

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE1

OBIETTIVO17

MATERIALI & METODI18

Disegno dello studio18

Strategie di ricerca e pico.....18

RISULTATI20

Selectional process20

Sintesi dei risultati:21

DISCUSSIONE.....31

Limiti della ricerca40

CONCLUSIONE41

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Introduzione

Vengono descritti i principali disturbi del comportamento alimentare, l'epidemiologia, l'eziologia, segni e sintomi, e la gestione del paziente pediatrico con DCA facendo emergere la gestione infermieristica.

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è verificare se esistono piani di prevenzione per i giovani e quale ruolo assume l'infermiere a riguardo.

Materiali e Metodi

È stata eseguita una revisione della letteratura nelle banche dati di PubMed e Cochrane utilizzando principalmente quattro stringhe di ricerca. Sono state presi in considerazione documenti del Ministero della Salute e il sito ufficiale del SISDCA.

Risultati

La ricerca effettuata tra tutti gli articoli analizzati ha individuato 21 articoli idonei e pertinenti con l'obiettivo di ricerca.

Discussione

Vengono fatti emergere diversi fattori di rischio che costituiscono le basi per futuri piani di prevenzione. Viene posta grande importanza sull'educazione sanitaria fornita da un infermiere con adeguata formazione e si riportano test di screening approvati per l'utilizzo pediatrico, somministrati preferibilmente da un professionista sanitario. Non si rilevano grandi evidenze per l'esecuzione di prevenzione terziaria da parte dell'infermiere.

Conclusione

La letteratura si sofferma sulla prevenzione primaria e secondaria ma risulta carente riguardo la prevenzione terziaria, ambito in cui l'infermiere si trova a stretto contatto con bambini e ragazzi con disturbi alimentari. Emerge la necessità della formazione continua dell'infermiere, sia generico che scolastico, e ulteriori studi per approfondire la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentari tra i giovani.

Keyword: eating disorder, eating disorders, prevention, childhood and adolescents, nurs*, nursing

INTRODUZIONE

“Sono malata di Anoressia, la malattia che prosciuga i colori della vita [...]. La verità è che per quanto io mi sforzi di pensare che andrà tutto bene, sono consapevole di essere morta dentro.” (Fiasella, 2023)

È un estratto di un video condiviso sui social di Carlotta Fiasella, una ragazza che ha iniziato a soffrire di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) a 16 anni e che ha condiviso la sua storia su Instagram e Tik Tok. Il 15/03/2022 è stata chiamata a fare un intervento nel convegno “I disturbi della nutrizione e dell’alimentazione tra le nuove misure legislative e percorsi di riabilitazione – Prospettive per affrontare un’epidemia sociale” nella Camera dei deputati e lei stessa riporta di aver sofferto una lotta contro la sua stessa mente per più di quattro anni, *“non vivevo più la mia vita da protagonista, era come guardarla da lontano”* (Fiasella, 2022), fa capire che le persone affette da questa malattia, a un certo punto, capiscono di stare male e sanno cosa dovrebbero fare per venirne fuori, ma la vocina che sentono nella loro mente che dice di dover essere magri, di dover essere perfetti e di dover fare di più per perdere peso è più forte e sovrasta la parte razionale.

Affidandosi poi a specifici professionisti della salute è riuscita ad uscirne e ora cerca di fare il più possibile a livello comunicativo, soprattutto sui social media, per diffondere informazioni riguardanti i DCA e sensibilizzare i suoi follower riguardo un tema così importante (Parlamento Italiano, 2022).

Tra i professionisti sanitari è inclusa la figura dell’infermiere, definito come ‘professionista della salute’ dal *Profilo Professionale dell’infermiere* approvato dal Decreto Ministeriale n. 739 del 1994. L’articolo 1 comma 2 riporta:

“l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”,

in aggiunta, al comma 3 viene sottolineata la capacità dell’infermiere di identificare i bisogni di salute del paziente e la relativa formulazione di specifici obiettivi per la pianificazione e la gestione dell’assistenza infermieristica, garantendo anche la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Altro punto importante di questo documento è l’articolo 1 comma 2 punto E, che cita quanto segue:

“l’infermiere: agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali”,

portando alla luce la capacità dell’infermiere di lavorare come singolo (dove possibile), come figura di supporto (quando necessario) e come equipe (Gazzetta Ufficiale, 1995).

Durante l’accertamento infermieristico vengono utilizzati gli 11 modelli disfunzionali di Gordon¹ per l’individuazione degli obiettivi assistenziali principali:

- 1) Percezione e gestione della salute
- 2) Nutrizione e metabolismo**
- 3) Eliminazione
- 4) Attività ed esercizio fisico
- 5) Sonno e riposo
- 6) Cognitivo/percettivo
- 7) Percezione di sé – concetto di sé**
- 8) Ruoli e relazioni
- 9) sessualità e riproduzione
- 10) Coping e tolleranza allo stress**
- 11) Valori e convinzioni

L’infermiere è una delle prime figure con cui i pazienti si interfacciano, ha la grande responsabilità di creare un rapporto di fiducia con pazienti e familiari (Bergomi et al., 2017).

¹ Gordon: Marjory Gordon nasce nel 1931, è una teorica del nursing. È lei che ha sviluppato la Teoria dei modelli funzionali di salute individuando 11 modelli disfunzionali, aiutando l’infermiere a capire quali sono le aree principali di intervento.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (denominati DCA) sono malattie psichiatriche che coinvolgono corpo e mente, compromettono la salute fisica e il funzionamento sociale dell'individuo. Sono caratterizzati da abitudini alimentari alterate e da una preoccupazione eccessiva per il peso e l'immagine corporea.

Sono malattie correlate a bassi livelli di autostima e spesso associate ad altri disturbi psichiatrici come il disturbo d'ansia o la depressione.

La quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5², rinomina i DCA come “Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione” (DNA) fornendo una definizione più completa:

“i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”
(American Psychiatric Association [APA], 2014).

I Disturbi del Comportamento Alimentare individuati fino ad oggi e inclusi nel DSM-5 sono:

1. Pica
2. Disturbo da ruminazione
3. Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
4. Anoressia nervosa
5. Bulimia nervosa
6. Disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder)
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
8. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

(Ministero della Salute, 2024a).

La **PICA**, o meglio Picacismo o Allotriofagismo, è un disturbo del comportamento alimentare che consiste nell'ingestione di materiale alimentare non considerato cibo e normalmente non commestibile come ad esempio carta e terra.

² DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* è lo strumento più completo e aggiornato dei disturbi della salute mentale, un punto di riferimento fondamentale per le diagnosi e la classificazione dei disturbi mentali.

IL DISTURBO DA RUMINAZIONE (Mericismo) è caratterizzato dal rigurgito del cibo, volontario o involontario, dopo il suo consumo. Può manifestarsi nei lattanti, bambini, adolescenti e adulti.

IL DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO (ARFID) comporta una mancanza di interesse per l'alimentazione insieme all'evitamento di cibi per le loro caratteristiche sensoriali e dalla preoccupazione per le possibili conseguenze dannose nell'alimentarsi. Maggiormente riscontrato nei bambini sotto i 12 anni e di sesso maschile.

L'ANORESSIA NERVOSA, forse il disturbo alimentare più conosciuto, è caratterizzata da una riduzione estrema dell'apporto calorico necessario all'organismo associato ad attività fisica intensa. Un criterio richiesto per questa diagnosi è il $BMI^3 < 18,5$, quindi il peso significativamente basso inferiore al minimo normale. Il soggetto vede in maniera alterata il proprio corpo, riconoscendolo sempre troppo grasso. La **BULIMIA NERVOSA**, letteralmente "fame da bue", si definisce dalla presenza di abbuffate⁴ seguite da comportamenti compensatori come vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, digiuno prolungato (Ospedale Maria Luigia, 2024).

IL BINGE EATING DISORDER (BED), inserito recentemente nei Disturbi del Comportamento Alimentare, si differenzia per episodi regolari di abbuffate associati alla sensazione della completa perdita di controllo senza essere seguite da comportamenti compensatori. Comporta un notevole aumento del peso e spesso ad obesità.

IL DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE riguarda le situazioni che presentano i sintomi tipici di un disturbo alimentare senza soddisfare pienamente i requisiti per inserirli in una classe precisa.

IL DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON SPECIFICAZIONE include i sintomi caratteristici di un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione in modo atipico. Al suo interno, infatti, si distinguono diversi disturbi come l'Anoressia Atipica (disturbo caratteristico dell'Anoressia senza perdita eccessiva

³ BMI: Body Mass Index, in italiano si traduce in IMC, Indice di Massa Corporea, è un parametro utilizzato per valutare il peso corporeo, si calcola facendo il rapporto tra peso in kg e il quadrato dell'altezza in m. Una persona viene considerata normopeso se BMI è compreso tra 18,50 e 24,99; sottopeso se tra 16,00 e 18,49; grave magrezza se < 16 ; sovrappeso se tra 25,00 e 29,99; obesità di vario livello se $> 30,00$.

⁴ Abbuffata: consiste nell'ingestione in breve tempo di quantità di cibo superiori rispetto a quelle che una persona sana mangerebbe in un simile periodo di tempo. Accompagnato da sentimenti di perdita controllo.

di peso), Bulimia con una frequenza limitata di abbuffate, Disturbo da condotta di eliminazione in assenza di abbuffate, Sindrome da alimentazione notturna che si manifesta dopo il risveglio dal sonno durante la notte.

Altri disturbi alimentari sono ancora da definire, ad esempio **ORTORESSIA** caratterizzata dall'ossessione del 'mangiar sano'; **DRUNKORESSIA**, diffusa specialmente tra i giovani, dove si limitano le calorie dei cibi per poterle assumere tramite l'alcol; **DIABULIMIA** che colpisce giovani donne diabetiche, tendono a saltare le iniezioni di insulina per perdere peso; **PREGNORESSIA** o semplicemente 'anoressia da gravidanza', dove le trasformazioni del corpo delle giovani mamme le porta a seguire diete estremamente ipocaloriche pericolose anche per la vita del feto (Salute, 2022).

I disordini alimentari sono maggiormente riscontrati nei paesi occidentali, ad esempio negli Stati Uniti risultano essere la prima causa di morte per malattia mentale, il Giappone registra dati simili a quelli statunitensi.

In Italia si rileva una prevalenza⁵ dello 0.2-0.8% per l'anoressia e 1-5% per la bulimia. Si stima che oltre 3.6 milioni di italiani soffrono di DNA che corrisponde a circa il 5% della popolazione italiana totale, risultando un problema di salute rilevante per la società. Inoltre, il Quaderno del Ministero della Salute del 2013: *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi alimentari*, evidenzia che la popolazione più colpita risulta essere il sesso femminile tra i 14 e i 25 anni, anche se il coinvolgimento del sesso maschile è in progressivo aumento di cui il 5-10% soffrono di anoressia nervosa, il 10-15% di bulimia nervosa e il 30-40% del BED (Bevere, et al., 2013).

Si sta introducendo una nuova forma di disturbo alimentare tipica del sesso maschile, inserite tra le forme di DCA con specificazione: **Vigoressia** o **Bigoressia**, ovvero l'ossessione di avere un corpo muscoloso e definito; l'anoressia maschile viene, invece, definita **Visnoressia** (Dr. F. Giubolini psicoterapeuta a Siena, 2018).

L'aumento dei casi dei Disturbi della Nutrizione è inversamente proporzionale all'età di esordio; infatti, solo una trentina di anni fa erano maggiormente coinvolti adolescenti e giovani adulti mentre oggi si riscontrano casi di esordio già a 7-8 anni, talvolta anche

⁵ Prevalenza: è una misura che calcola la frequenza dei casi malati in una popolazione. È data dal rapporto dei soggetti malati e la totalità della popolazione.

meno. Nel 2009 è stato pubblicato l'articolo *'Influences of Disordered Eating in Prepubescent Children'* da Kerry E. Cave (2009), una ricerca che evidenzia la paura di ingrassare già nei bambini di 5 anni.

L'ultima indagine del Ministero della Sanità riporta che il 40% dei pazienti ha tra i 12 e 17 anni, il 25% ne ha meno di 14, il 6% è sotto i 12 anni.

Un'impennata significativa dei casi si è evidenziata nel periodo del COVID-19 facendo aumentare l'incidenza⁶ del 40%. La survey epidemiologica del Ministero della Salute (2024) ha registrato 163.547 nel primo semestre del 2019, nel 2020 i casi totali tra i nuovi e quelli già in trattamento hanno raggiunto i 2.398.749, nel 2023 hanno superato i 3 milioni di casi.

Inoltre, il Sistema Sanitario Nazionale ha eseguito uno studio triennale dal 2019 al 2021 prendendo in considerazione i dati dei flussi informativi EMUR-PS, ovvero il numero di accessi in Pronto Soccorso per Disturbi dell'Alimentazione, dove è risultato evidente l'aumento dei dati: passando dal 61.1% del 2019 al 72.7% del 2021; il flusso SDO (flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera) che mostrano un incremento di quasi 2000 pazienti dimessi nel triennio; infine i dati del SIMS, i quali considerano il supporto offerto dal territorio per far fronte a tali malattie (Ministero della Salute, 2024d). Tutti i dati relativi ai casi di Eating Disorder (ED) sono dati sottostimati, poiché una gran parte di persone con questi disturbi tendono a nascondersi; vengono presi in considerazione solo i pazienti presi in carico dal Sistema Nazionale, all'interno di apposite strutture o ricoverati, e pazienti che chiedono aiuto e vengono seguiti da appositi professionisti. Inoltre, è importante sottolineare che la letteratura relativa alla situazione italiana rispetto a tali disturbi è ancora carente, quindi difficile quantificare con precisione la gravità relativa al fenomeno in questione (Belloli, 2024).

L'eziologia dei Disturbi dell'Alimentazione è di difficile definizione, non è possibile determinare una causa singola e non è semplice individuare quali sono i fattori di rischio. Si definisce come un problema multifattoriale, include, infatti, diversi fattori:

- *Fattori predisponenti*: ovvero **genetici/biologici**, si sono riscontrate alcune anomalie nel funzionamento di determinate parti del cervello e nei livelli dei neurotrasmettitori di serotonina; **psicologici** che includono bassa autostima, ansia,

⁶ Incidenza: esprime i nuovi casi di malattia in una popolazione in un certo periodo di tempo. È una misura diretta del rischio di malattia.

depressione, perfezionismo, insoddisfazione corporea; **ambientali** come la situazione sociale e la pressione della società moderna, la presenza di familiari che soffrono o hanno sofferto di DCA, famiglie disfunzionali, il ricorso a diete ‘fai da te’.

- *Fattori precipitanti*: è quella che si suol dire ‘la goccia che fa traboccare il vaso’. Sono quegli eventi, situazioni stressanti e traumatiche che scatenano l’inizio del disturbo o lo rendono manifesto nelle persone predisponenti. Un esempio è il COVID-19, evento stressante, che ha creato ansia e paura, lasciando il trauma della solitudine e della perdita di controllo sulla propria vita; oppure possono essere lutti, abusi, malattie, eccessiva pressione addosso da parte di familiari o insegnanti, competizioni sportive importanti, l’inizio di una scuola nuova, la separazione dei genitori.
- *Fattori di mantenimento*: è come dire ‘mettere la benzina sul fuoco’, sono quei fattori che rendono stabile il disturbo. Possono essere delle piccole vittorie personali come la perdita di peso, l’essere riusciti a vedere calare il numero sulla bilancia. Corrispondono a un circolo vizioso nel quale la persona vuole sempre di più e si pone degli obiettivi sempre più grandi, sviluppando forti basi per stati depressivi/ansiosi che rendono particolarmente stabile il disturbo della nutrizione

(Brega, 2016).

Le cause, quindi, sono molteplici e si manifestano sotto diverse forme.

Da alcuni studi emerge che alcuni tipi di sport a livello agonistico come la danza, l’atletica, la ginnastica, possono portare a sviluppare un DCA con più facilità, questo per allenamenti troppo intensi o per rientrare in una determinata categoria o per il raggiungimento di certi livelli.

La società stessa impone ideali di bellezza e magrezza, che portano a sentirsi inadeguati, questo implementa l’idea di insoddisfazione dell’immagine corporea⁷ che accomuna la maggior parte delle persone affette da questi disturbi. Ad esempio, l’ideale di bellezza delle ragazze americane comune corrisponde a 180 cm di altezza e 53 kg, fatto che

⁷ Insoddisfazione dell’immagine corporea: dovuta alla divergenza tra la percezione dell’immagine corporea e l’immagine idealizzata di esso. Risulta essere una grande problematica, insita nella mente della persona per cui è fondamentale il lavoro dello psicologo.

coincide solo con una minima percentuale di modelle americane, la restante popolazione risulterebbe sovrappeso o obesa se messa a confronto (Jones et al., 2014).

Anche i social media possono essere un fattore di rischio importante, è facile ricevere stimoli o messaggi subliminali che influiscono nello stile di vita della persona. Gli influencer, persone che hanno un seguito molto alto e con una certa credibilità, possono avere due facce: da un lato quelli che incentivano una vita sana e sensibilizzano una visione positiva del proprio corpo in qualunque forma esso sia; dall'altro lato potrebbero pubblicizzare stili di vita nocivi, prodotti dimagranti, un'immagine corporea alterata dalla realtà con l'utilizzo di filtri, possono mostrare una vita che all'apparenza risulta perfetta e rischiando di suscitare emozioni negative e senso di nullità in chi li segue (Dalla Regione & Vanzetta, 2023).

I bambini non sono estranei a tutto ciò, anche loro possono essere sottoposti a eventi particolarmente stressanti di cui per la maggior parte delle volte da parte della famiglia come un divorzio, la nascita di un fratellino/sorellina, la morte o la mancata conoscenza di uno dei genitori, la perdita del lavoro e il malumore costante dei genitori, un trasferimento improvviso, malattie o abusi (Berge et al., 2011). Anche in loro è possibile ritrovare fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. I bambini iniziano ad utilizzare i social media e internet precocemente, dove possono venire a contatto con un mondo che presenta degli ideali irrealistici e loro sono ancora troppo vulnerabili per trovarcisi faccia a faccia.

Un altro fattore da non sottovalutare è la scuola, dove i bambini possono essere costantemente soggetti a bullismo e prese in giro dai compagni di classe (Dunn et al., 2022) o dove possono sentirsi inadeguati se comparati agli altri, che sia una sensazione interiore del bambino o esplicita da parte di altri bambini o addirittura da maestri e adulti (Al-sheyab et al., 2018, p. 5).

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono delle malattie particolarmente problematiche poiché coinvolgono sia la mente che il corpo dell'individuo.

Per ogni disturbo ci sono dei campanelli di allarme diverso; tuttavia, è bene saper riconoscere quali sono i principali: una diversa attenzione per il peso e l'immagine corporea, un impegno sempre maggiore per l'attività fisica, l'interesse verso la cucina e i componenti alimentari, l'isolamento sociale (Funari, 2013).

Si possono notare delle modifiche nello stile di vita del soggetto, come una particolare ossessione per le misure del corpo, l'utilizzo di farmaci non necessari (lassativi o diuretici), senso di colpa se ha mangiato più del solito, un desiderio di essere perfetti in qualcosa definito come 'perfezionismo patologico'⁸ (ad esempio la scuola o lo sport), usare il bagno dopo ogni singolo pasto per un tempo più lungo del normale, e modifiche nei comportamenti verso l'alimentazione e la nutrizione, come una progressiva riduzione della quantità di cibo al pasto e progressivamente la riduzione dei pasti stessi, acquisire nuove abitudini durante il pasto tagliando in piccoli pezzi il cibo e masticarlo eccessivamente e molto lentamente, calcolare la quantità di calorie che si ingeriscono (Ministero della Salute, 2022).

Principalmente si suddividono tre classi di sintomi: psicologici, psicosociali e fisici.

Effetti psicologici
<ul style="list-style-type: none"> • Modificazione del modo di pensare • Preoccupazioni nei confronti del cibo e dell'alimentazione • Danneggiamento della concentrazione • Pensiero inflessibile • Difficoltà nel prendere decisioni • Procrastinazioni • Modificazioni emotive (sbalzi del tono dell'umore, depressione, irritabilità) • Aumento dell'ossessività (necessità di prevedibilità, di seguire una routine e di tenere le cose in ordine e di accumulare le cose) • Ritualità alimentari (tagliare il cibo in piccoli pezzi o in forme geometriche, mangiare lentamente)

Tabella 1: Sintomi da malnutrizione⁹ dei DCA. (Ruocco, et al., 2017)

⁸ Perfezionismo patologico: è la tendenza a considerare inaccettabile qualsiasi imperfezione. È alla base di numerosi disturbi mentali, risponde bene alla terapia cognitivo-comportamentale.

⁹ Malnutrizione: si intende uno stato di nutrizione per difetto derivante dalla discrepanza tra i fabbisogni e gli apporti, malnutrizione per eccesso è invece tipica delle condizioni di sovrappeso e obesità.

Effetti psicosociali
<ul style="list-style-type: none"> • Perdita di interessi • Perdita del desiderio sessuale • Isolamento sociale
Effetti fisici
<ul style="list-style-type: none"> • Modificazioni nella struttura e nella funzione del cervello • Perdita di massa ossea • Sentire freddo • Disturbi del sonno • Debolezza muscolare • Sensazione di pienezza • Danneggiamento della fertilità • Diminuzione del metabolismo basale

Tabella 2: Sintomi da malnutrizione¹⁰ dei DCA. (Ruocco, et al., 2017).

Oltre ai sintomi elencati in tabella si possono rilevare anche:

- Perdita/aumento di peso in un lasso di tempo relativamente breve
- Presenza di abbuffate
- Modifiche o perdita totale del ciclo mestruale (amenorrea), dovuto ad un dimagrimento eccessivo e ai cambiamenti drastici del modo di mangiare
- Disturbi gastrointestinali
- Cefalea e vertigini
- Pelle e capelli secchi
- Unghie fragili
- Peluria sul corpo (laungine)
- Bradicardia
- Ipotensione
- Difficile cicatrizzazione delle ferite
- Costante sensazione di freddo
- Edema
- Ipotermia, nel caso di persone eccessivamente sottopeso
- Diminuzione o perdita del desiderio sessuale, nel maschio anche impotenza
- Apatia

¹⁰ Malnutrizione: si intende uno stato di nutrizione per difetto derivante dalla discrepanza tra i fabbisogni e gli apporti, malnutrizione per eccesso è invece tipica delle condizioni di sovrappeso e obesità.

Rischi maggiori legati alla Bulimia Nervosa: (Funari, 2013).

- Erosione dello smalto dentale e presenza di carie, dovute al vomito autoindotto o all'alimentazione eccessiva
- Segno di Russell¹¹ (**calli sulle nocche e sulle mani**)
- Dolore alla gola
- Viso gonfio
- Disidratazione
- Squilibrio elettrolitico, soprattutto del potassio

Rischi maggiori legati all'Anoressia Nervosa:

- Cardiovascolari gravi (infarto o gravi aritmie)
- Riduzione della fertilità o infertilità
- Fragilità ossea
- Osteoporosi

Rischi legati al Binge Eating Disorder sono:

- Pressione alta
- Cardiovascolari (infarto o aterosclerosi)
- Malattie metaboliche come diabete tipo 2
- Autostigma¹²

*L'autostigma legato al peso è la misura in cui un individuo che ha problemi di peso percepisce, sostiene, accetta e interiorizza la discriminazione, il pregiudizio e gli stereotipi verso l'obesità o il sovrappeso (Ahorsu et al., 2020).

Nei casi più gravi queste malattie possono portare a morte, dovuta al malessere del corpo, quindi per problematiche fisiche, o intenzionale con atti autolesionistici o tentato suicidio (Dunn et al., 2022).

¹¹ Segno di Russel: caratterizzato da **calli sulle nocche e sulle mani** causati dall'induzione del vomito. La parte superiore della mano gratta contro i denti.

¹² Autostigma: coloro che hanno malattie mentali concordano con gli stereotipi legati alla malattia mentale, aumentando le convinzioni negative di sé stessi.

Come fare la diagnosi?

Fare diagnosi di DCA non è semplice, l'ideale sarebbe fare diagnosi precoce ma coloro che chiedono aiuto e decidono di seguire piani terapeutici sono già del tempo che lottano da soli contro questa malattia, come se non bastasse, la maggior parte delle persone affette da questi disturbi tende a nascondersi e a rimanere silenti. Non vogliono guarire o non si rendono conto di essere malati o mentono. Sono infatti persone bugiarde e inaffidabili. Inoltre, queste sono delle malattie in un continuum tra loro, possono evolvere da un iniziale BED verso una Bulimia Nervosa o in un disturbo da ruminazione e modificarsi nel tempo (Marucci, 2023).

L'APA¹³ (America Psychiatric Association) nel 2013 ha pubblicato la quinta edizione del DSM-5 dove vengono descritti in modo chiaro i criteri da utilizzare per fare diagnosi dei disturbi riconosciuti fino d'ora, con quest'ultima edizione sono stati modificati e aggiornati alcuni criteri dell'edizione precedente. Ad esempio, per l'Anoressia Nervosa è stato abolito il criterio dell'amenorrea poiché non applicabile al sesso maschile o alle donne in menopausa; per la Bulimia Nervosa è cambiato il numero delle abbuffate e condotte compensatorie a settimana nell'arco di 3 mesi, passando da 2 a 1 volta alla settimana. Infine, sono stati introdotti di criteri per valutare la gravità della malattia che può essere live – moderata – grave – estrema.

Viene eseguita una valutazione clinica, una valutazione psicologica e una valutazione nutrizionale. In questi campi risulta fondamentale la figura dell'infermiere, il quale assiste il paziente durante l'esecuzione dei vari esami e crea un iniziale rapporto di fiducia tra paziente-operatore sanitario (State of Mind, 2024).

La *valutazione clinica* include anamnesi, esame obiettivo, indagine soggettiva e oggettiva per cercare segni e sintomi, ed eventuali esami ematici e diagnostici, anche se spesso risultano inalterati nonostante il sottopeso o la grave malnutrizione; la *valutazione psicologica* viene effettuata per evidenziare comorbidità psicologiche se presenti, per soppesare il coinvolgimento della famiglia, la condizione sociale e lo stato psicologico dell'individuo; la *valutazione nutrizionale* è necessaria per analizzare il peso, il BMI, la composizione corporea, l'apporto calorico, elementi di malnutrizione.

¹³ APA: America Psychiatric Association, associazione scientifica costituita da psicologi degli Stati Uniti, le cui linee guida e progressi scientifici hanno influenza mondiale. È una delle istituzioni più importanti in ambito psicologico.

Data la complessità della malattia e i numerosi fattori ad essa associati è fondamentale un intervento multidisciplinare che comprende diverse figure, tra cui: medici (di varie specialistiche come psichiatri e neuropsichiatri infantili), dietisti, psicologi, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e fisioterapisti. L'infermiere ha un ruolo determinante nella creazione di un programma idoneo al paziente, specialmente a livello ospedaliero, residenziale e semiresidenziale. A lui sono affidate l'accoglienza del paziente, creare un legame di fiducia e alleanza terapeutica con paziente e famiglia ed è sempre lui che esegue un primo esame obiettivo, collabora con il medico nella rilevazione di dati soggettivi e oggettivi, prepara il paziente per eventuali esami; nel degente si occupa anche dell'osservazione continua e il monitoraggio delle condizioni cliniche ed eventuali cambiamenti (Ruocco, et al., 2017).

I trattamenti devono essere erogati in base alla gravità della situazione, all'età, alle caratteristiche del paziente e alle possibilità stesse che il territorio offre e che il paziente può accedere. Le cure si distinguono:

- a livello ambulatoriale, comprendono l'intera equipe e la collaborazione della famiglia;
- centro diurno, una via di mezzo tra un trattamento intensivo e ambulatoriale, utilizzato specialmente per giovanissimi;
- in urgenza (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), attivato solo quando le condizioni cliniche sono talmente gravi da richiedere un ricovero;
- residenziale, consiste nel fornire continuità terapeutica in un ambiente protetto per un massimo di 5/6 mesi, fondamentale è l'adesione terapeutica del paziente alla terapia.

Uno studio del 2005 ha valutato l'efficacia del trattamento diurno rispetto a quello tradizionale, dove il primo è comprensivo di programmi biopsicosociali che includono anche terapia comportamentale e cognitivo-comportamentale, la seconda invece psicoterapia interpersonale, farmacoterapia e terapia individuale. Risulta che i trattamenti diurni sono più efficaci rispetto a trattamenti tradizionali (Kong, 2005).

L'insieme degli interventi nutrizionali attuati per il trattamento dei DNA vengono generalmente denominati come 'riabilitazione nutrizionale', e hanno come obiettivo: aiutare la persona a ristabilire uno stile alimentare sano in maniera graduale, adeguato sia

per quantità che per qualità dei cibi, sotto la guida di specialisti e professionisti della salute (Ministero della Salute, 2024b).

Gli interventi attuati devono essere adeguati alle situazioni cliniche e al paziente, alcuni esempi sono (Ministero della Salute, 2024b):

- *Pasto assistito*, prevede la delineaazione di appositi schemi dietetici per il recupero del peso in maniera graduale e l'assistenza di infermieri durante il pasto;
- *Alimentazione meccanica*, è una modalità applicata per ridurre ansia e paura nei confronti di cibo e aumento del peso. Prevede degli schemi dietetici programmati dove il cibo viene considerato come 'una medicina'.

Il trattamento riconosciuto come 'gold standard' è la terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), la quale investiga le relazioni tra i pensieri che inducono ad emozioni alterate, le quali creano comportamenti disfunzionali, che a loro volta rafforzano pensieri irrealistici. Quindi la CBT si pone l'obiettivo di individuare quali sono i presupposti che inducono a pensieri ricorrenti che determinano l'attivazione di schemi disfunzionali e prova a sostituirli con convinzioni realistiche e abitudini sane (Dalle Grave & Khazen, 2021).

Da uno studio del 2017 risulta che la terapia Cognitivo Comportamentale di tipo intensivo è associata ad un incremento significativo del BMI e alla riduzione di esercizio fisico eccessivo (Gianfredi, et al., 2017).

Un aiuto nella gestione di pazienti con disturbi del comportamento alimentare viene offerto dal SISDCA¹⁴, Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, la quale si è impegnata a fornire delle linee guida per la diagnosi e il trattamento di tali disturbi. All'interno del sito è possibile trovare 'Practice guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorder' del 2010, aggiornata poi in 'Guideline watch (august 2012): practice guideline for the treatment of patient with eating disorder, 3rd edition' nel 2012, dove vengono definite diverse modalità di trattamento, tra cui la farmacoterapia e la terapia familiare (Yager, et al., 2012).

¹⁴ SISDCA: Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, è una società scientifica di professionisti sanitari di carattere multidisciplinare, comprendente medici specialistici, infermieri, educatori, psicologi. Il suo intento è la promozione di studi e ricerche, e le loro applicazioni pratiche riguardo ai disturbi del comportamento alimentari.

Si è resa indispensabile la creazione di una rete di servizi ben strutturata:

- Linee Guida del National Institute for Health Care Excellence (NICE) del 2017 descrivono una panoramica dei disturbi alimentari con possibili trattamenti dei disturbi maggiori, quali Bulimia, Anoressia e Binge Eating (NICE guidelines, 2017);
- Quaderno della salute 2013, si occupa di descrivere le caratteristiche delle strutture, della malattia e della gestione stessa del paziente;
- Quaderno della salute 2017, offre modalità di trattamento per la riabilitazione nutrizionale per professionisti sanitari;
- *Raccomandazioni per i familiari, un aiuto per genitori e famiglia a trattare con un parente che presenta disturbi alimentari*. Un ausilio per creare il giusto ponte con Associazioni dedicate (Ministero della Salute et al., 2018);
- *Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. "Raccomandazioni in Pronto Soccorso per un codice lilla"*. Utile specialmente all'infermiere di triage per individuare immediatamente il paziente con DCA e poter iniziare i trattamenti. Definisce in breve i criteri di dimissione e l'invio del paziente ad appositi centri di cura (Ministero della Salute et al., 2018);

Un contributo per la diffusione e conoscenza dei DCA arriva dalla Fondazione del Fiocchetto Lilla, la quale, nel 2012 istituisce il fiocchetto lilla, simbolo dei Disturbi del Comportamento Alimentare. I fondatori sono persone che hanno avuto esperienze dirette o indirette di questi disturbi psichiatrici, il comitato scientifico si compone di diversi specialisti come psicologi, psicoterapeuti e infermieri.

L'obiettivo di questa associazione è dare concretezza alla malattia, supporto e speranza per pazienti e familiari, uniformità di intervento e possibilità di ricerche future, e fare prevenzione per cercare di evitare questi pericoli (Fondazione del fiocchetto lilla ETS, 2023). Nel 2018 è stato riconosciuto dalla Presidenza del Consiglio, il giorno **15 marzo** come "giornata nazionale del fiocchetto lilla dedicata ai disturbi del comportamento alimentare" in modo da sensibilizzare la popolazione riguardo a questo tema delicato e per dare speranza e coraggio a chi combatte contro la malattia (Gazzetta Ufficiale, 2018).

La prevenzione viene solitamente suddivisa su tre livelli:

- 1) primaria, indirizzata a tutta la popolazione, prima dell'insorgenza della malattia;
- 2) secondaria, indirizzata alle persone a rischio o che manifestano i primi sintomi;
- 3) terziaria, a coloro con la malattia conclamata.

Tipi di prevenzione	Scopi	Mezzi
Prevenzione primaria	Ridurre o eliminare i fattori di rischio che contribuiscono a sviluppare il DCA	Educazione Sensibilizzazione Informazione
Prevenzione secondaria	Ridurre la morbilità e il cronicizzarsi del DCA	Identificazione precoce delle persone a rischio
Prevenzione terziaria	Trattamento delle persone con DCA ormai conclamato e prevenzione delle complicanze	Trattamento e riduzione dei sintomi

Tabella 3: livelli di Prevenzione per i Disturbi del Comportamento Alimentare (Alaimo, 2016).

Questo è un campo che vede l'infermiere come uno dei protagonisti principali.

La prevenzione si pone come obiettivo evitare la malattia o, se non possibile, limitare le conseguenze gravi al minimo possibile.

Ricordando il Codice Deontologico delle professioni Infermieristiche approvato nel 2019, all'Art. 2, viene riportato quanto segue:

“L’infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell’ambito della pratica clinica, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca.” (FNOPI, 2019).

OBIETTIVO

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di indagare e ricercare, mediante revisione della letteratura, se sono presenti o meno evidenze scientifiche riguardo la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in bambini e adolescenti. In particolar modo si propone di mettere in luce il ruolo dell'infermiere a riguardo.

MATERIALI & METODI

È stato formulato il seguente quesito di ricerca:

Ci sono delle strategie di prevenzione per i disturbi del comportamento alimentare nei bambini e adolescenti?

Qual è il ruolo dell'infermiere a riguardo?

La letteratura è sufficiente a indirizzare l'agire dei professionisti sanitari?

Disegno dello studio

Ricerca bibliografica.

Strategie di ricerca e pico

È stata condotta una ricerca bibliografica di studi primari e secondari per capire se esistono strategie di prevenzione e se queste sono applicabili a bambini e adolescenti, in particolar modo si è cercato, nella letteratura, il ruolo che l'infermiere assume a riguardo.

La ricerca è stata effettuata consultando le banche dati internazionali di MEDLINE (PubMed) e Chocrane Library (materiale reperito nelle sezioni Chocrane Central Register of Controlled Trials e Chocrane Database of Systematic Review).

Sono stati presi in considerazione anche il SISDCA, la Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, e il NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Infine, sono stati presi di riferimento i Quaderni del Ministero della Salute del 2013 e del 2017.

La ricerca è stata eseguita in modo retroattivo di 15 anni, a partire da gennaio 2009 fino al 2024.

La stringa di ricerca è stata sviluppata seguendo il metodo PICOM:

P = popolazione interessata

I = interventi

C = comparazione o confronto

O = obiettivo, outcome e risultati

M = metodo = revisione narrativa della letteratura

Quindi:

P = bambini e adolescenti

I = interventi infermieristici

C = *non è stato preso in considerazione per il presente lavoro*

O = strategie di prevenzione

Da qui è stato possibile ricavare le principali parole chiave: “eating disorder”, “eating disorders”, “childhood with eating disorders”, “strategy of prevention”, “prevention”, “nurs*” dalle quali sono state sviluppate diverse stringhe di ricerca con l’ausilio dell’operatore booleano AND.

Criteri di scelta degli studi esaminati

Essendo l’argomento di tesi molto ampio, si è reso necessario impostare dei limiti alla ricerca.

Gli studi scelti come idonei dovevano rispettare i seguenti criteri:

- Popolazione target: bambini e adolescenti.
- Disponibilità: articoli full text, ovvero quegli articoli consultabili senza il necessario pagamento.
- Tempo: studi condotti negli ultimi 15 anni, quindi a partire dal 2009.
- Lingua: italiano/inglese/spagnolo
- Articoli riguardanti il ruolo dell’infermiere

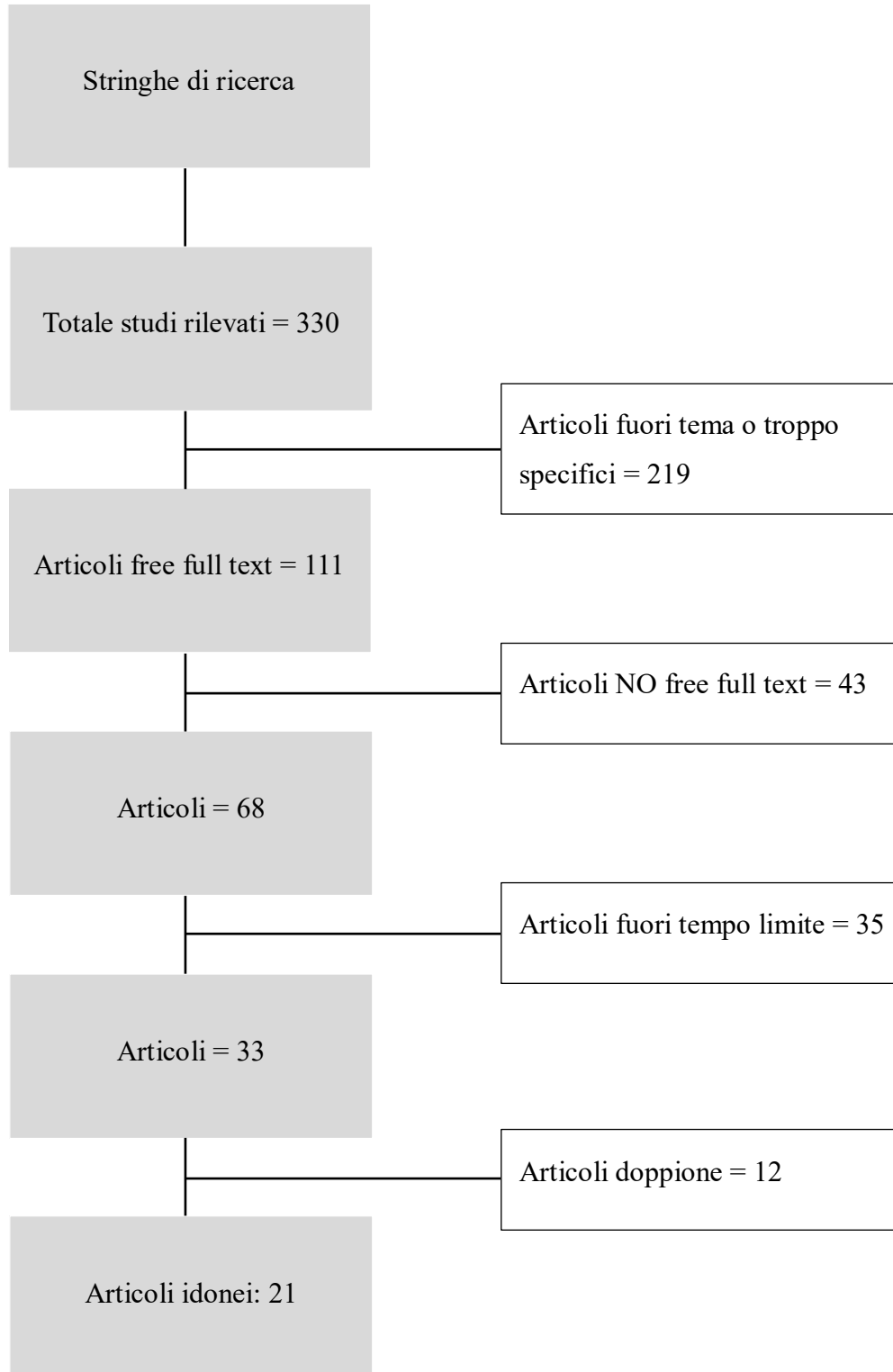
Criteri di esclusione sono stati:

- Articoli no full text
- Articoli fuori tema, quindi non riguardanti i Disturbi del Comportamento Alimentare
- Articoli troppo specifici o non pertinenti, come l’associazione a determinate patologie
- Articoli che considerano una popolazione maggiore di 18 anni
- Articoli doppione
- Articoli fuori il tempo limite

Grazie all’impostazione di questi filtri è stato possibile eseguire una prima scrematura degli articoli trovati.

RISULTATI

Selectional process



Sintesi dei risultati:

Autore e anno	Titolo	Rivista	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati
Joelle Yan Xin Chua, Wilson Tam, Shefaly Shorey, 2019	<i>A review of binge eating disorder and obesity</i>	The Journal of Child Psychology and Psychiatry	Revisione sistematica e metanalisi	Esaminare l'efficacia degli interventi universali di prevenzione dei disturbi alimentari nel miglioramento dell'immagine corporea, dell'interiorizzazione degli ideali di bellezza e autostima tra i bambini di età compresa tra 5 e 17 anni.	Alcuni interventi di prevenzione risultano efficaci nell'aumentare la stima corporea e autostima e alla riduzione di ideali di apparenza tra pari. Tuttavia, non viene esplorato a fondo il ruolo della famiglia. Viene, infine, incoraggiato l'inserimento di interventi preventivi universali nei programmi scolastici attuati da professionisti della salute.
Jessica A. Abene, Jiayi Tong, Jeffrey Minuk, Gretchen Lindenfeldar, Yong Chen, Ariana M. Chao, 2024	<i>A review of binge eating disorder and obesity</i>	International Journal of eating disorder	Revisione sistematica	Sintesi sulla relazione tra insicurezza alimentare e alimentazione incontrollata.	Emerge che l'insicurezza alimentare e sintomi annessi sono molto spesso associati alle abbuffate e viceversa, per questo motivo è importante eseguire screening.

Eric Stice, C. Nathan Marti, Paul Rohde, Heather Shaw, 2011	<i>Testing Mediators Hypothesized to Account for the Effects of a Dissonance Eating Disorder Prevention Program Over Longer-Term Follow-Up</i>	NIH Public Access (National Institutes of Health)	Trial clinico non randomizzato	Verifica l'efficacia di un programma di prevenzione dei disturbi alimentari eseguito da infermieri e consulenti, basato sulla riduzione dell'internalizzazione dell'idea di bellezza e dell'insoddisfazione corporea, nel corso di un anno di distanza.	È un programma valido ma non duraturo al follow-up di un anno. Con esso si associa una diminuzione dell'idea di insoddisfazione corporea, dell'interiorizzazione dell'idea di magrezza e predice alcuni sintomi caratteristici.
Debra H. Stavarski, Robbi K. Alexander, Shelby N. Ortiz, Thomas Wasser, 2018	<i>Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study</i>	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Cross sectional study	Esplorare le differenze tra le percezioni dei pazienti e degli infermieri riguardo alle azioni infermieristiche che generano speranza e la relazione che le azioni hanno con la percezione della speranza dei pazienti con DCA	Pazienti riferiscono che le azioni infermieristiche che più efficaci a generare speranza sono: fornire un ambiente di assistenza aperto, conforto dal dolore, coinvolgimento del paziente nella cura e nel trattamento.
Lyza Norton, Laura M. Hart, Francoise Butel, Susan Moloney, Narelle O'Connor,	<i>Promoting Confident Body, Confident Child in community child health: A mixed-</i>	Health promotion Journal of Australia	Studio a metodo misto di implementazione-efficacia	Valutare il Confident Body, Confident Child (CBCC), un programma basato sulle evidenze	È un programma che, se utilizzato in associazione al CHNs (Child Health Nurses),

Vicki Attemborough, Shelley Roberts, 2021	<i>methods implemented on study</i>			scientifiche che fornisce strategie genitoriali per promuovere alimentazione sana, attività fisica e soddisfazione corporea tra i bambini di 2-6 anni.	avrebbe un ottimo potenziale per la sorveglianza primaria infantile.
Daniel K. Ahorsu Mphil, Chung-Ying Lin, Vida Imani, Mark D. Griffiths, Jian-An Su, Janet D. Latner, Rachel D. Marshall, Amir H. Pakpour, 2020	<i>A prospective study on the link between weight-related self-stigma and binge eating: Role of food addiction and psychological distress</i>	International Journal of eating disorder	Studio prospettico	Indaga il legame tra peso e alimentazione incontrollata; ruolo della mediazione della dipendenza da cibo tra peso e alimentazione incontrollata; ruolo della mediazione del disagio psicologico tra peso e alimentazione incontrollata	Presenta una serie di scale per individuare i partecipanti idonei. Risulta che programmi di interventi mirati alla dipendenza da cibo e al disagio psicologico possono avere effetti positivi sull'autostima di adolescenti affetti da questi disturbi.
Sarah A. Wildrmuth, Glenn R. Mesman, Wendy L. Ward, 2013	<i>Maladaptive eating patterns in children</i>	Journal of Pediatric Health Care	Case study	Sviluppare opuscoli educativi per bambini, adolescenti e famiglie per diffondere informazioni riguardo alcuni disturbi alimentari che si stanno diffondendo tra i giovani.	Vengono mostrate le caratteristiche principali di alcuni disturbi alimentari tra giovanissimi, come riconoscerle e alcune metodologie di trattamento. Consiste in un aiuto per operatori sanitari quali medici di base,

					infermieri, psicologi e altri specialisti senza, però, sostituire l'assistenza sanitaria adeguata e il giusto follow-up del paziente.
Chung-Ying Lin, Vida Imani, Mark D. Griffiths, Amir H. Pakpour, 2021	<i>Validity of the Yale Food Addiction Scale for Children (YFAS-C): Classical test theory and item response theory of the Persian YFAS-C</i>	Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity	Cross sectional study	Valutare se YFAS-C è un valido strumento da applicare su bambini per valutare eventuali anomalie alimentari	Comparazione del persiano YFAS-C con altri strumenti che valutano il livello di dipendenza da cibo tra i bambini e gli adolescenti iraniani e aiutano a fare screening di disturbi del comportamento alimentare
Lauren E. Jones, Ellen Buckner, Renèe Miller, 2014	<i>Chronological progression of body dissatisfaction and drive for thinness in females 12 to 17 years of age</i>	Pediatric Nursing	Studio descrittivo	Esaminare i modelli di punteggi dell'Eating Disorder Inventory in un campione sano di adolescenti di sesso femminile con alto potenziale di rischio	Con l'utilizzo di EDI-3 emerge che l'insoddisfazione corporea e la spinta alla magrezza iniziano verso i 14-15 anni, per cui la prevenzione dei disturbi alimentari deve iniziare nell'infanzia e continuare nell'adolescenza

<p>Nihaya A. Al-sheyab, Tamer Gharaibeh, Khalid Kheirallah, 2018</p>	<p><i>Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan</i></p>	<p>Journal of Obesity</p>	<p>Cross sectional study</p>	<p>Intende valutare la relazione tra il rischio di sviluppare disturbi alimentari e la pressione tra pari tra gli adolescenti</p>	<p>Il rischio di disordini alimentari è stato valutato con l'utilizzo di EAT-26, la pressione tra pari è stata valutata con lo strumento I-PIEC (Inventor of Peer Influence on Eating Concerns). Gli operatori sanitari sono incoraggiati a condurre un'adeguata prevenzione primaria a livello scolastico.</p>
<p>Jerica M. Berge, Katie Loth, Carrie Hanson, Jillian Croll, Dianne Neumark-Sztainer 2012</p>	<p><i>Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach</i></p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Studio retrospettivo qualitativo</p>	<p>Comprendere come i cambiamenti nel ciclo della vita familiare e le rispettive risposte possono portare all'insorgenza di DCA, il tentativo è generare nuove teorie e sviluppare ricerche future per la prevenzione di DCA</p>	<p>Emergono alcuni eventi transitori nel ciclo di vita familiare che, senza adeguato supporto, possono accelerare l'insorgenza di DCA. Le ricerche future dovrebbero orientare la creazione di interventi che riducono l'intensità dello stress e aumentino l'adattabilità e le capacità di coping degli individui e della famiglia</p>

					per prevenire DCA
Margaret Funari, 2014	<i>Detecting symptoms, early intervention, and preventative education: Eating Disorders & the school-age child</i>	NASN School Nurse	Revisione tradizionale	L'aumento dell'obesità ha portato a creare dalla scuola dei piani di 'diete' e messaggi di perdita di peso, che hanno fatto insorgere preoccupazione dei genitori.	Lo studio individua l'infermiere scolastico come una gran risorsa per le scuole. Vengono elencati una serie di interventi precoci, opzioni di trattamenti e piani di educazione sanitaria eseguita da un professionista sanitario.
Catherine P. Dunn, Joan B. Riley, Kirsten B. Hawkins, Kenneth P. Tercyak, 2022	<i>Factors associated with disordered eating behavior among adolescent girls: screening and education</i>	Journal of Primary Care & Community Health	Studio descrittivo	Descrizione della frequenza di comportamenti disordinati nelle adolescenti di sesso femminile, caratteristiche associate e comportamenti salutari	Questo studio porta alla luce l'importanza dell'educazione sanitaria e screening per prevenire e identificare precocemente i disordini alimentari. Necessari ulteriori studi per valutare i fattori che promuovono o proteggono dai DCA per migliorare la prevenzione
Amanda Raffoul, Samantha L Turner, Meg G Salvia, S	<i>Population-level policy recommendations for the prevention of</i>	International Journal of Eating Disorder	Revisione sistematica	Lo scopo è identificare le raccomandazioni e le lacune nelle	Una parte dello studio si focalizza sull'educazione sanitaria,

Bryn Austin, 2023	<i>disordered weight control behaviors: a scoping review</i>			conoscenze relative alla prevenzione dei disturbi alimentari nel controllo del peso.	l'altra parte si concentra sulla presenza o meno di raccomandazioni. Risulta che queste ultime sono ancora basate solo sulla conoscenza di esperta senza, però, avere evidenze scientifiche.
Tamara Berends, Marleen van de Lagemaat, Berno van Meijel, Jasmijn Coenen, Annemarie A van Elburg, 2018	<i>Relapse prevention in anorexia nervosa: experiences of patients and parents</i>	International Journal of Mental Health Nursing	Studio descrittivo qualitativo	Analizza il modo in cui pazienti e genitori vivono con la linea guida 'Guideline Relapse Prevention'. Descrive, inoltre, i fattori che supportano o ostacolano il successo dell'applicazione di essa	I pazienti e genitori sono piuttosto soddisfatti dell'utilizzo della linea guida, apprezzano la possibilità di tenersi in contatto con il professionista sanitario durante la post-terapia.
Tamara Berends, Ber no van Meijel, Anne marie van Elburg, 2012	<i>The anorexia relapse prevention guidelines in practice: a case report</i>	Perspective Psychiatry Care	Case report	Illustrare l'applicazione della linea guida 'Anorexia Relapse Prevention Guidelines' nella pratica infermieristica	Viene descritta la linea guida nelle sei sessioni. Contribuisce al riconoscimento precoce di sintomi e permette un intervento precoce, ottimo strumento per gli infermieri
Tamara Berends,	<i>Rate, timing and</i>	BMC Psychiatry	Studio di coorte	Vengono esaminati	I tassi di ricaduta sono

<p>Berno van Meijel, Willem Nugteren, Mathijs Deen, Unna N. Danner, Hans W. Hoek and Annemarie A. van Elburg,</p> <p>2016</p>	<p><i>predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study</i></p>			<p>tempo e predittivi di ricaduta nell'anorexia utilizzando la linea guida Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa</p>	<p>risultati più bassi del previsto, ma per ridurlo ulteriormente è necessario stabilire dei piani ricaduta personalizzati. La linea guida offre procedure strutturate per la prevenzione delle ricadute con un follow-up di 18 mesi.</p>
<p>Aggeliki Bilali, Petros Galanis, Emmanuel Velonakis, T. Heofanis Katostaras,</p> <p>2010</p>	<p><i>Factors associated with abnormal eating attitudes among Greek adolescents</i></p>	<p>Journal of Nutrition Education and Behavior</p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Intende stimare la prevalenza dei disturbi alimentari negli adolescenti greci e identificare i possibili fattori di rischio associati</p>	<p>Lo studio condotto ha utilizzato la EAT-26 per verificare sintomi e caratteristiche dei soggetti, si rileva che molteplici fattori contribuiscono allo sviluppo di disturbi alimentari in età precoci.</p>
<p>Petra Warschburger, Jana Zitzmann</p>	<p><i>The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-</i></p>	<p>Journal of Youth and Adolescence</p>	<p>Trial clinico non randomizzato controllato</p>	<p>Valutare un programma di prevenzione universale rivolto agli adolescenti a scuola.</p>	<p>Distinguendo un gruppo di controllo e un gruppo di intervento risulta che, con il programma di prevenzione universale applicato, il gruppo di intervento mostra un decorso favorevole</p>

	<i>Controlled Trial</i>				riguardo i fattori di rischio osservati, anche se paragonabile ad altri interventi di prevenzione primaria. Vengono descritte le diverse fasi dello studio e mostra l'utilizzo di questionari e scale per la selezione dei partecipanti con disturbi alimentari.
Sarah A. Sliwa, Nancy D. Brener, Elizabeth A. Lundeen, Sarah M. Lee, 2019	<i>Do Schools That Screen for Body Mass Index Have Recommended Safeguards in Place?</i>	HHS Public Access (Department of health & human services - USA)	Cross-sectional study	I centri per controllo e prevenzione delle malattie raccomandano che le scuole adottino programma di screening del BMI. Ma lo fanno veramente?	Vengono adottati diversi tipi di screening, di cui alcuni non raccomandati. Viene riportata l'importanza del ruolo infermieristico a scuola per la prevenzione dei disturbi alimentari.
Tomoya Hirota, Diana Paksarian, Jian-Ping He, Sachiko Inoue, Emma K. Stapp, Anna Van Meter, Kathleen R. Merikangas,	<i>Associations of Social Capital with Mental Disorder Prevalence, Severity and Comorbidity among U.S. Adolescents</i>	HHS Public Access (Department of health & human services - USA)	Cross-sectional study	Esamina le associazioni trasversali tra i costrutti della capitale sociale e i disturbi mentali durante vita dell'adolescente; la gravità del deterioramento funzionale;	Supporta l'idea che il miglioramento del capitale sociale reale e/o percepito (per le amicizie, famiglia, scuola) può aiutare nella prevenzione dei disturbi

2022				psichiatrico e comorbidità	mentali e individuali nell'adole_ scente.
------	--	--	--	-------------------------------	--

DISCUSSIONE

La ricerca effettuata risulta essere un'ulteriore conferma della complessità dei disturbi del comportamento alimentare soprattutto per quanto ne riguarda il riconoscimento precoce e la possibilità di costruire piani di prevenzione per bambini e adolescenti da poter attuare in modo efficace (Raffoul et al., 2023). La figura infermieristica è designata come figura ideale per fare prevenzione, lo ricorda anche l'art 1 del Profilo Professionale dell'Infermiere n. 739/94 e il Codice Deontologico del 2019 capo IV Organizzazione art. 32 – partecipazione al governo clinico, dove viene riportato quanto segue:

“L’Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio [...] e aderisce attivamente alle procedure operative [...]”.

Un pensiero comune a vari studi rilevati dalla ricerca effettuata è la necessità di rilevare i possibili fattori di rischio sui cui l'infermiere e l'equipe possono costruire strategie di prevenzione efficaci. Nei disturbi alimentari risulta particolarmente complessa l'individuazione di singole cause, ma è possibile individuare una molteplicità di fattori e comportamenti di rischio cui i giovani sono costantemente sottoposti (Dunn et al., 2022). Di seguito vengono riportati i principali fattori di rischio per i minorenni segnalati dalla ricerca effettuata.

Dalla revisione di Abene et al. (2023) emerge che sintomi negativi come l'insicurezza alimentare associata a stati depressivi o di stress sono strettamente correlati a restrizioni dietetiche 'fai da te' che risultano essere non salutari per l'individuo, favorendo abbuffate e condizioni di sovrappeso.

Un altro fattore influente per l'insorgenza dei disturbi della nutrizione è la pressione tra pari, ovvero un costante confronto con gli altri e la ricerca di un modo per piacere e farsi accettare da ragazzi della stessa età o dal proprio gruppo di amici. Le ragazze risultano essere più inclini ad una costante comparazione del fisico e del peso con le coetanee mentre i ragazzi riferiscono di avere l'impressione di suscitare una maggiore simpatia agli altri se sono magri (Al-sheyab et al., 2018). La pressione tra pari può causare l'adozione di comportamenti devianti che comportano l'uso di fumo o alcol, utilizzati per sopprimere il senso di fame (Dunn et al., 2022, p. 4; Hirota et al., 2021).

Un fattore di rischio da non trascurare tra i giovanissimi è l'insoddisfazione corporea (Bilali et al., 2010), definita come *“risentimento soggettivo verso il proprio sé fisico*

(Stice, 2002)” (Chua et al., 2019), particolarmente accentuata tra i 12 e i 17 anni (Jones et al., 2014). Al giorno d’oggi, l’insoddisfazione corporea può essere dovuta dall’imposizione di obiettivi irrealistici derivati da messaggi erronei dei social media, informazioni che associano la bellezza all’estrema magrezza, che tendono a sviluppare sensi di inadeguatezza e bassa autostima (Bilali et al., 2010).

La presente ricerca rileva che, oltre agli elementi sopra descritti, è anche importante considerare gli eventi transitori nel ciclo di vita. Questi comprendono cambiamenti scolastici, la morte di un familiare o un lutto importante, cambiamenti nelle relazioni, di casa o del lavoro, malattie importanti e abusi sessuali e/o fisici. Sono tutte quelle situazioni che in maniera più o meno traumatica possono impattare nella salute mentale del bambino se non adeguatamente seguito da professionisti (Berge et al., 2011).

Una volta individuati possibili fattori di rischio e aver ricevuto la formazione necessaria, l’infermiere sarà capace di costruire piani di prevenzione idonei per minimizzare le possibilità di insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare, per captare la malattia precocemente e per cercare di evitare ricadute.

La **prevenzione primaria** rivolta a bambini e adolescenti prevede promozione della salute e maggiore sensibilizzazione dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione, sono vari gli studi che suggeriscono di impostare progetti di educazione sanitaria eseguita da un professionista della salute adeguatamente formato sull’argomento, l’infermiere scolastico viene riconosciuto come la figura più idonea ad assolvere questo ruolo.

L’educazione sanitaria viene definita come educazione alla salute, è un’attività rivolta alla popolazione sana che ha l’obiettivo di sensibilizzare stili di vita salutari e il mantenimento del proprio benessere, è considerata parte integrante delle attività infermieristiche. Include la promozione della salute, ovvero quel processo che permette all’individuo di possedere tutti gli strumenti utili per aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute.

È importante fare educazione alla salute a tutte le età, iniziando dai bambini più piccoli delle scuole elementari e proseguire per tutta la durata degli anni scolastici a seguire, quindi comprende scuole medie e superiori. La scuola non è l’unico luogo in cui eseguire educazione sanitaria, altre opzioni potrebbero essere i centri pomeridiani, campi estivi e attività sportive. Ovviamente l’infermiere deve personalizzare le attività di educazione

alla salute in base all'età dei partecipanti e delle loro capacità, ad esempio i più piccoli devono essere incoraggiati al movimento, a giocare di fuori e a fare sport e deve essere insegnata l'importanza della diversità dei corpi; per i più grandi l'infermiere può pensare a programmi più specifici: mostrare uno stile alimentare sano e uno stile di vita salutare, fare attività per la sensibilizzazione dei DCA nel giorno del Fiocchetto Lilla (15 marzo), spronare i ragazzi, in particolar modo gli adolescenti, a parlare e ad aprirsi con professionisti della salute (Funari, 2013). Gli autori Al-sheyab et al. (2018) propongono una prevenzione di tipo 'guidata' per lavorare sulla pressione tra pari, l'idea è erogare educazione alla salute al gruppo intero, in seguito formare piccoli sottogruppi supervisionati da infermieri e rivalutare ciò che viene appreso. Il programma ha la durata di tutto il percorso scolastico degli alunni ed è rivolto a studenti, famiglie, maestri e professori. Eseguire una rivalutazione di ciò che è stato appreso con l'educazione sanitaria è utile per capire se è stata efficace o se ha degli aspetti da migliorare (Stice et al., 2011).

La prevenzione primaria per i ragazzi deve essere rivolta anche a chi si trova quotidianamente a stretto contatto con loro, ovvero tutti coloro che potrebbero trasmettere involontariamente messaggi equivocanti (Sánchez-Carracedo et al., 2013).

Uno studio si è concentrato sull'esplorazione del Confident Body, Confident Child (CBCC), un programma di strategie genitoriali per favorire comportamenti alimentari salutari, soddisfazione corporea e attività fisica nei bambini tra 2 e 6 anni. Il programma è giunto ad un esito positivo se supervisionato da infermieri pediatrici di comunità, i quali rispondono a eventuali domande e incertezze, forniscono consigli e spiegano in modo semplice come lavorare con il bambino con DCA (Norton et al., 2021).

Un ulteriore aiuto è stato fornito da Wildermuth et al., (2013) che si sono occupati di fornire opuscoli riassuntivi di alcuni disturbi alimentari molto diffusi tra i bambini e non tutti inseriti nell'ultima edizione del DSM-5, comprendono il Binge Eating disorder, Emotional Eating, Boredom Eating e Night Eating Syndrome. In queste brochure vengono descritti i disturbi in breve, possibili trattamenti e metodi per facilitare la riduzione del problema, sono utili per famiglie e ragazzi ma anche per la consultazione di professionisti sanitari come psichiatri, psicologi, infermieri e nutrizionisti (Wildermuth et al., 2013).

La **prevenzione secondaria** prevede l'utilizzo di screening per quei soggetti considerati maggiormente a rischio (Abene et al., 2023). Gli screening approvati per bambini e ragazzi sono scale di valutazione o questionari costituiti da domande aperte e/o chiuse, utilizzati per valutare diversi fattori di rischio, vengono distribuiti dagli infermieri:

- Weight Bias Internalization Scale, WBSI, valuta l'autostigma (Ahorsu et al., 2020);
- Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS-21, valuta il disagio psicologico (Ahorsu et al., 2020; Lin et al., 2020);
- Binge Eating Scale, BES, valuta eventuale presenza di abbuffate e le manifestazioni comportamentali e sentimentali (Ahorsu et al., 2020; Lin et al., 2020);
- Inventory of Peer Influence of Eating Condition, I-PEC, valuta il grado di influenza tra pari (Al-sheyab et al., 2018);
- Yale Food Addiction Scale for Children, YFAS-C, valuta il grado di dipendenza da cibo (Lin et al., 2020);
- Eating Disorder Examination Questionnaire, EDEQ, valuta atteggiamenti, comportamenti e sentimenti riguardo l'immagine corporea (Lin et al., 2020);
- Clinical Impairment Assessment, CIA, valuta il disagio psicosociale (Lin et al., 2020);
- Eating Attitude Test, EAT-26, valuta i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare (Al-sheyab et al., 2018; Lin et al., 2020);
- Eating Disorder Inventory, EDI-3, valuta la presenza e l'intensità di tratti psicologici e sintomi dei disturbi del comportamento alimentare. Utilizza sottoscale per identificare range qualitativi clinici: Drive for thinness subscale per la preoccupazione del peso e della dieta e la paura di ingrassare, Bulimia subscale per rischio bulimia, Body dissatisfaction subscale per l'insoddisfazione corporea (Jones et al., 2014).

L'ideale è la diffusione a scuola da parte dell'infermiere scolastico o un qualunque infermiere adeguatamente formato sui DCA che opera sul territorio, il quale possiede tutte le capacità per saper riconoscere eventuali sintomi dei disturbi del comportamento alimentare che inizialmente potrebbero passare inosservati. Inoltre, alcuni studi (Sliwa et al., 2018; Ahorsu et al., 2020) consigliano di fare screening di valutazione del peso

attraverso il BMI per la salvaguardia dai disturbi alimentari nelle scuole che offrono adeguati programmi di educazione fisica, tuttavia, non ci sono ancora abbastanza prove di efficacia che supporti questa idea (Sliwa et al., 2018; Ahorsu et al., 2020).

La **prevenzione terziaria** è rivolta a coloro che presentano la malattia conclamata e coincide con il trattamento e la prevenzione di eventuali ricadute.

Lo studio di Stavarski et al., (2019) si concentra sulla speranza che prova il paziente rispetto alla propria situazione, elemento spesso sottovalutato. L'infermiere ha tutte le competenze che aiutano a generare speranza e a mantenerla durante il lungo percorso di guarigione del giovane con DCA, l'operatore sanitario deve però essere formato sulle strategie che effettivamente producono speranza tenendo in considerazione le opinioni riferite dai pazienti. L'infermiere deve coinvolgere il paziente nel trattamento e nelle scelte che lo riguardano, deve il fornire sollievo dal dolore, creare un legame in cui il paziente si sente sicuro di aprirsi con il professionista senza giudizi (Stavarski et al., 2019).

Il case report di Berendes et al. (2011) riporta lo sviluppo della 'Guidelines Relapse Prevention' (GRP) per favorire l'attuazione di interventi precoci nelle possibili recidive di anoressia nervosa, un progetto innovativo per pazienti, famiglie e operatori sanitari. La GRP si costituisce di cinque fasi: incoraggiare i pazienti a fare ricerche della loro malattia e cercare informazioni per gestire eventuali ricadute; interiorizzazione della malattia per accettare la ricaduta nel loop dei disturbi alimentari; utilizzare risorse di vario tipo come social e libri, e capacità di chiedere aiuto a professionisti sanitari; creare una relazione solida tra paziente-infermiere basata sulla fiducia reciproca; azione, ovvero la decisione di sottoporsi a trattamenti specifici per cercare di guarire (Berends et al., 2018). L'infermiere si deve occupare di redigere un piano di prevenzione utilizzando la linea guida come punto di partenza in collaborazione con paziente e famiglia. La GPR risulta essere un ottimo strumento di partenza per guidare l'agire degli infermieri pediatrici che si occupano di giovani con anoressia nervosa (Berends et al., 2011).

L'ideale sarebbe utilizzare la linea guida di prevenzione alle ricadute di anoressia nervosa come strumento di monitoraggio ogni 18 mesi (Berends et al., 2016).

Oltre a questi pochi studi non sono stati rilevati molti articoli riguardanti la prevenzione terziaria che includono la figura dell'infermiere, nonostante sia uno degli operatori a più stretto contatto con il paziente con DCA

Sulla base degli studi sopra discussi, è stato possibile progettare alcuni esempi di pianificazione assistenziale infermieristica utilizzando la tassonomia "NANDA" (*North American Nursing Diagnosis Association*), stabilendo obiettivi "NOC" (*Nursing Outcomes Classification*) e interventi "NIC" (*Nursing Interventions classification*), di seguito riportati.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA						
Titolo e codice	MANCANZA DI SPERANZA (00124)					
Definizione	Sensazione che la persona non proverà emozioni positive o un miglioramento delle proprie condizioni					
OBIETTIVI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice:	SOLITUDINE: GRAVITÀ (1203)					
Definizione	Gravità di sintomi e segni emotivi, sociali o esistenziali di isolamento					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-grave</i>			<i>5-nessuna</i>	
120305	Senso di non appartenenza	1	2	3	4	5
120307	Senso di isolamento sociale	1	2	3	4	5
120308	Senso di non essere compreso	1	2	3	4	5
120315	Sbalzi d'umore	1	2	3	4	5
120328	Modelli alimentari non salutari	1	2	3	4	5
Titolo e codice:	VOLONTÀ DI VIVERE (1206)					
Definizione	Desiderio, determinazione e impegno per sopravvivere					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-estremamente compromessa</i>			<i>5-non compromessa</i>	
120602	Espressione di speranza	1	2	3	4	5
120604	Espressione di senso di controllo	1	2	3	4	5
120609	Uso di strategie per migliorare la salute	1	2	3	4	5
		<i>1-grave</i>			<i>5-nessuna</i>	
120614	Depressione	1	2	3	4	5
120615	Pensieri suicidi	1	2	3	4	5
INTERVENTI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice: ISPIRARE SPERANZA (5310)						
Definizione: rafforzare la fiducia di una persona nella propria capacità di avviare e portare a compimento le proprie azioni						
Attività	Assistere la persona a identificare le aree di speranza nella vita					
	Sviluppare un piano di assistenza che implichi un certo grado di conseguimento dagli obiettivi passando da obiettivi semplici ad atti più complessi					
	Dare alla persona e ai suoi familiari la possibilità di coinvolgimento in gruppi di sostegno					
Titolo e codice: SOSTEGNO EMOZIONALE (5270)						
Definizione: offrire rassicurazione, accettazione e incoraggiamento in momenti di stress						
Attività	Dichiarare sostegno ed empatia nei confronti della persona					
	Discutere con la persona delle esperienze emozionali					
	Incoraggiare la persona a parlare o piangere come mezzo per diminuire la risposta emozionale					
	Rimanere accanto alla persona e garantire rassicurazione e protezione nei periodi di ansia					
Titolo e codice: PREVENZIONE DEL SUICIDIO (6340)						
Definizione: ridurre il rischio di autolesionismo con l'intento di togliersi la vita						
Attività	Determinare la presenza del rischio di suicidio					
	Educare la persona su strategie di coping					
	Osservare, registrare e riferire qualsiasi cambiamento dell'umore o del comportamento che può indicare un aumento del rischio o di suicidio e documentare i risultati dei regolari controlli di sorveglianza					

DIAGNOSI INFERMIERISTICA						
Titolo e codice	DISPONIBILITÀ AD AUMENTARE LA SPERANZA (00185)					
Definizione	Modello di attese e desideri per mobilitare energie al fine di raggiungere risultati positivi o evitare una situazione potenzialmente minacciosa o negativa, che può essere rafforzato					
OBIETTIVI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice: SPERANZA (1201)						
Definizione	Ottimismo, ovvero soddisfazione personale e sostegno vitale					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-mai dimostrata</i>		<i>5-costantemente dimostrata</i>		
120103	Dichiara volontà di vivere	1	2	3	4	5
120106	Dichiara ottimismo	1	2	3	4	5
120107	Esprime fiducia in sé	1	2	3	4	5
120108	Esprime fiducia negli altri	1	2	3	4	5
120112	Si pone obiettivi	1	2	3	4	5
Titolo e codice: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: AUTOGESTIONE (11411)						
Definizione	Azioni personali per eliminare comportamenti disadattativi e per adottare e mantenere modelli alimentari salutari e un peso corporeo ottimale					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-mai dimostrata</i>		<i>5-costantemente dimostrata</i>		
141103	Imposta un peso corporeo realizzabile come obiettivo da raggiungere	1	2	3	4	5
141108	Identifica gli stati emotivi che influenzano l'assunzione di cibi e liquidi	1	2	3	4	5
141109	Identifica le situazioni sociali che influenzano l'assunzione di cibi e liquidi	1	2	3	4	5
141112	Verbalizza il desiderio di diminuire i comportamenti alimentari disadattativi	1	2	3	4	5
141114	Segue un piano terapeutico	1	2	3	4	5
INTERVENTI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice: TERAPIA DI GRUPPO (5450)						
Definizione: applicare tecniche psicoterapeutiche a un gruppo, compreso l'uso delle interazioni tra i suoi membri						
Attività	Formare un gruppo di dimensioni ottimali (da 5 a 12 membri)					
	Determinare se il livello di motivazione è abbastanza alto da poter trarre beneficio dalla terapia di gruppo					
	Incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri quello che hanno in comune e i diversi sentimenti che provano quali collera, tristezza, humor, sfiducia					
Titolo e codice: MIGLIORAMENTO DEL COPING (5230)						
Definizione: facilitare nella persona l'elaborazione di processi cognitivi e l'attuazione di comportamenti per la gestione dei fattori percepiti come stressanti, dei cambiamenti e delle minacce che interferiscono con il soddisfacimento delle esigenze e con lo svolgimento dei ruoli ricoperti.						
Attività	Valutare l'adattamento della persona ai cambiamenti dell'immagine corporea					
	Incoraggiare le relazioni con le altre persone e le attività sociali e di comunità					
	Esplorare insieme all'assistito i metodi che ha adottato in precedenza per affrontare i problemi della vita					
	Aiutare la persona a identificare appropriati obiettivi a breve e lungo termine					
Titolo e codice: GESTIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (1030)						
Definizione: prevenire e trattare le restrizioni dietetiche severe, l'eccessiva attività fisica o la bulimia e le azioni volte a eliminare i liquidi e gli alimenti assunti.						
Attività	Consultarsi con un gruppo e assistito per fissare come obiettivo un determinato peso corporeo					
	Sviluppare una relazione di sostegno					
	Garantire il necessario sostegno (per esempio, tecniche di rilassamento, esercizi di desensibilizzazione, dare la possibilità di parlare delle proprie emozioni) alla persona che fa nuovi comportamenti alimentari, che modifica la propria immagine corporea o che cambia lo stile di vita					
	Stipulare con la persona un "contratto comportamentale" allo scopo di arrivare ai comportamenti desiderati per quanto riguarda l'aumento o il mantenimento del peso corporeo					

DIAGNOSI INFERMIERISTICA						
Titolo e codice	DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA (00118)					
Definizione	Rappresentazione mentale negativa del proprio fisico					
OBIETTIVI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice: AUTOSTIMA (1205)						
Definizione	Giudizio personale di considerazione del proprio valore					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-mai positiva</i>			<i>5-costantemente positiva</i>	
120501	Espressione di autoaccettazione	1	2	3	4	5
120505	Descrizione di sé stesso	1	2	3	4	5
120506	Attenzione nei confronti degli altri	1	2	3	4	5
120511	Livello di fiducia	1	2	3	4	5
120519	Percezione del proprio valore	1	2	3	4	5
Titolo e codice: CONTROLLO DEI RISCHI: BULLISMO GIOVANILE (1936)						
Definizione	Azioni personali per comprendere, prevenire, eliminare o ridurre il rischio di essere vittima di bullismo giovanile					
		Scala				
Indicatori	Titolo	<i>1-mai dimostrata</i>			<i>5-costantemente dimostrata</i>	
193602	Identifica i fattori di rischio	1	2	3	4	5
193603	Identifica i fattori di rischio personali	1	2	3	4	5
193607	Sviluppa relazioni positive con i coetanei	1	2	3	4	5
193612	Dimostra un'autostima positiva	1	2	3	4	5
193614	Adotta efficaci strategie di coping orientate all'incarico	1	2	3	4	5
INTERVENTI INFERMIERISTICI						
Titolo e codice: MIGLIORAMENTO DELL' AUTOSTIMA (5400)						
Definizione: promuovere nella persona assistita una maggiore autoconsiderazione del proprio valore						
Attività	Incoraggiare la persona ad affrontare il bullismo e l'atteggiamento del "prendere in giro"					
	Aiutare la persona assistita a riesaminare le percezioni negative di sé stessa					
	Assistere la persona nel perseguire l'accettazione di sé					
Titolo e codice: VALORIZZAZIONE DELL'IMMAGINE CORPOREA (5220)						
Definizione: migliorare la percezione e gli atteggiamenti consci e inconsci della persona assistita verso il proprio corpo						
Attività	Praticare la guida preventiva per preparare la persona ai cambiamenti dell'immagine corporea che sono prevedibili					
	Aiutare la persona a stabilire l'influenza che ha il gruppo degli amici e/o colleghi sulla sua percezione dell'attuale immagine corporea					
	Monitorare affermazioni della persona che identificano la percezione della sua immagine corporea con la forma e il peso effettivi					
	Stabilire se un cambiamento nell'immagine corporea ha contribuito ad aumentare l'isolamento sociale					
	Aiutare la persona a rischio di anoressia o bulimia a sviluppare speranze più realistiche circa la propria immagine corporea					
Titolo e codice: GUIDA PREVENTIVA ALLE SITUAZIONI CRITICHE (5210)						
Definizione: preparare la persona assistita a una prevedibile crisi dello sviluppo o situazionale						
Attività	Insegnare quale è lo sviluppo normale e il relativo comportamento, se appropriato					
	Aiutare la persona assistita a decidere come il problema sarà risolto					
	Indirizzare la persona assistita a servizi del territorio, se appropriato					
	Programmare visite nei punti strategici dell'evoluzione della persona assistita/ della situazione					

LIMITI DELLA RICERCA

Seppur il ruolo dell'infermiere sulla prevenzione è rivelatosi fondamentale, in special modo per la prevenzione primaria facendo spesso riferimento all'infermiere scolastico, questa figura non è ancora del tutto sviluppata in Italia.

È carente la letteratura che supporta l'agire degli infermieri riguardo la prevenzione terziaria, malgrado siano spesso a stretto contatto con bambini e adolescenti con DCA.

La maggior parte della letteratura rilevata è stata scartata per articoli che andavano fuori tema associando i disturbi alimentari ad altre patologie. Un'altra grande parte della ricerca risultava essere composta da articoli non free full text, quindi non consultabili gratuitamente.

Sono necessari studi futuri per approfondire la ricerca dei fattori di rischio e fornire strategie di prevenzione efficaci che prevedono la collaborazione dell'infermiere.

CONCLUSIONE

La presente analisi ha evidenziato l'importanza cruciale della prevenzione primaria e secondaria nei DCA specialmente considerando l'aumento di questi disturbi tra i giovani. Si è reso evidente il bisogno di figure infermieristiche adeguatamente formate, come gli infermieri scolastici e generici, che possano operare sul territorio e nelle scuole. Questi hanno un ruolo cruciale nell'implementazione dell'educazione alla salute che sia efficace e che promuova stili di vita sani, soprattutto tra i più giovani.

In Italia, i programmi di prevenzione primaria e secondaria nei DCA sono attualmente insufficienti, è importante sviluppare strategie che coinvolgano gli infermieri nella sensibilizzazione di temi riguardo i comportamenti alimentari. Si rende quindi necessario focalizzarsi sulla prevenzione terziaria che sia adeguata a gestire i casi già presenti, le complicanze e le recidive. Gli infermieri, in quanto hanno un costante contatto con gli assistiti, devono ricercare una formazione continua e avere accesso a programmi, linee guida ed evidenze scientifiche che supportino il loro intervento.

In sintesi, la mancanza di programmi idonei e di figure professionali dedicate alla prevenzione dei DCA rappresenta una sfida significativa per la sanità. È essenziale sviluppare strategie di prevenzione efficaci per ridurre l'incidenza dei disturbi alimentari. Inoltre, la letteratura attuale mostra un vuoto nella prevenzione terziaria, rendendo evidente la necessità di ulteriori iniziative che rispondono a questa 'emergenza' sanitaria. Infine, è fondamentale riconoscere che il ruolo dell'infermiere si estende oltre l'ospedale, includendo anche la prevenzione sul territorio, contribuendo così a migliorare la salute della comunità.

BIBLIOGRAFIA

- Abene, J. A., Tong, J., Minuk, J., Lindenfeldar, G., Chen, Y., & Chao, A. M. (2023). Food insecurity and binge eating: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23956>
- Ahorsu, D. K., Lin, C., Imani, V., Griffiths, M. D., Su, J., Latner, J. D., Marshall, R. D., & Pakpour, A. H. (2020). A prospective study on the link between weight-related self-stigma and binge eating: Role of food addiction and psychological distress. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 442–450. <https://doi.org/10.1002/eat.23219>
- Al-sheyab, N. A., Gharaibeh, T., & Kheirallah, K. (2018). Relationship between peer pressure and risk of eating disorders among adolescents in Jordan. *Journal of Obesity*, 2018, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/7309878>
- Alaimo, M. (2016). *Dossier/ Mangiare per vivere. Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Anoressia e bulimia una vera emergenza sanitaria*. Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/dossier-disturbi-alimentari-anoressia.html>
- Belloli, A. (2024, 18 marzo). *Disturbi Alimentari: Sempre più casi, sempre meno strutture*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2024/03/fiocchetto-lilla-casi-strutture/>
- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1546–1555. <https://doi.org/10.1111/inm.12456>
- Berends, T., van Meijel, B., & van Elburg, A. (2011). The anorexia relapse prevention guidelines in practice: A case report. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(3), 149–155. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00322.x>
- Berends, T., van Meijel, B., Nugteren, W., Deen, M., Danner, U. N., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2016). Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: A cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1019-y>

- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355–1363. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x>
- Bergomi, P., Scudeller, L., & Mangiacavalli, B. (2017). Validazione di uno strumento per l'accertamento infermieristico in accordo con i modelli funzionali di Gordon. *L'Infermiere*, 6. <https://www.infermiereonline.org/2018/02/01/validazione-di-uno-strumento-per-laccertamento-infermieristico-in-accordo-con-i-modelli-funzionali-di-gordon/>
- Bevere, F., Borrello, S., Brambilla, F., Dalle Grave, R., De Lorenzo, A., Di Fiandra, T., M. Donini, L., Fabbri, A., Faravelli, C., Fava, A., M.G. Ghirardini, A., Maj, M., Marabelli, R., Marinoni, G., Monteleone, P., L. Palma, G., Pavone, L., Ruocco, G., Sandri, G., ... Siracusano, A. (2013). *Quaderno del Ministero della Salute. Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. Springer Healthcare Italia S.r.l.
- Bilali, A., Galanis, P., Velonakis, E., & Katostarar, T. (2010). Factors associated with abnormal eating attitudes among greek adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(5), 292-298. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.06.005>
- Brega, I. (2016, 16 maggio). *I fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi alimentari*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2016/05/fattori-rischio-mantenimento-disturbi-alimentari/>
- Butcher, H., Bulechek, G., McClosken Dachterman J. & Wagner, C. (2020). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. 3^{ed}. Italiana sulla 7^a edizione originale, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.
- Cave, K. E. (2009). Influences of disordered eating in prepubescent children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(2), 21–24. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090201-01>
- Chua, J. Y. X., Tam, W., & Shorey, S. (2019). Research Review: 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*, 61(5), 522–535. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13164>

- Dalla Ragione, L., & Vanzetta, R. (2023). *Social Fame Adolescenza, social media e disturbi alimentari*. Il Pensiero Scientifico editore.
- Dalle Grave, R., & Khazen, C. E. (2021). *Terapia cognitivo comportamentale per i disturbi dell'alimentazione negli adolescenti*. Positive press editoria & formazione.
- Dr. F. Giubolini psicoterapeuta a Siena. (2018, 21 ottobre). *Anoressia maschile (visnoressia) disturbi dell'alimentazione nell'uomo*. 403 Forbidden. <https://www.studiopsicoterapia.si.it/anoressia-maschile-visnoressia>
- *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (s.d.). Cortina Raffaello.
- Dunn, C. P., Riley, J. B., Hawkins, K. B., & Tercyak, K. P. (2022). Factors associated with disordered eating behavior among adolescent girls: Screening and education. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 215013192110626. <https://doi.org/10.1177/21501319211062673>
- Funari, M. (2013). Detecting symptoms, early intervention, and preventative education. *NASN School Nurse*, 28(3), 162–166. <https://doi.org/10.1177/1942602x12473656>
- Gianfredi, V., Janni, J., Nucci, D., Minutolo, G., Acito, M., & Villarini, M. (2017). Terapia cognitivo-comportamentale dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: Studio comparativo tra trattamento clinico non intensivo e intensivo. *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 61(4), 114.
- Giornata nazionale del fiocchetto lilla dedicata ai disturbi del comportamento alimentare, direttiva n. 1177 (2018, 19 giugno) (italiana). *Gazzetta Ufficiale*, 159(140).
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S., Takáo Lopes, C.; (2021). *NANDA International. Diagnosi infermieristiche definizioni e classificazioni 2021-2023*. 12^{ed.}, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.
- Hirota, T., Paksarian, D., He, J.-P., Inoue, S., Stapp, E. K., Van Meter, A., & Merikangas, K. R. (2021). Associations of social capital with mental disorder prevalence, severity, and comorbidity among U.S. adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1875326>

- Il Profilo Professionale dell'infermiere, decreto ministeriale n. 739 (1994) (Italiano).
- Jones, L. E., Buckner, E., & Miller, R. (2014). Chronological progression of body dissatisfaction and drive for thinness in females 12 to 17 years of age. *Pediatric Nursing, 40*(1).
- Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, 51*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x>
- Lin, C.-Y., Imani, V., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Validity of the Yale Food Addiction Scale for Children (YFAS-C): Classical test theory and item response theory of the Persian YFAS-C. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00956-x>
- Marucci S. Disturbi alimentari e ricerca dell'identità. *Il Medico Pediatra* (2023).
- Ministero della Salute [MSAL]. (2022). Conoscere, affrontare, vincere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Opuscolo informativo.
- Ministero della Salute, Ruocco, G., Giacomini, D., & Romano, G. (2018). Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. *Salute Mentale - disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)*,12. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2775_allegato.pdf
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas M. (2020). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. 3^{ed}. Italiana sulla 6^a edizione originale, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.
- NICE guidelines. (2017). Eating disorders: recognition and treatment. *NICE - National Institute for Health and Care Excellence*.
- Norton, L., Hart, L. M., Butel, F., Moloney, S., O'Connor, N., Attenborough, V., & Roberts, S. (2021). Promoting Confident Body, Confident Child in community child health: A mixed-methods implementation study. *Health Promotion Journal of Australia*. <https://doi.org/10.1002/hpja.487>
- Raffoul, A., Turner, S. L., Salvia, M. G., & Austin, S. B. (2023). Population-level policy recommendations for the prevention of disordered weight control behaviors:

A scoping review. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23970>

- Ruocco, G., Andrioli Stagno, R., Ballardini, D., Cotugno, A., Dalla Ragione, L., Dalle Grave, R., Del Toma, E., Emanuele, A., Galanti, G., Galeffi, V., Giacomini, D., Gravina, G., Iacopini, P., Monteleone, P., Pezzana, A., Romano, G., Santonastaso, P., Trabace, R., & Vincenzi, M. (2017). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*(29^aed.). NanoShare srl.
- Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Fauquet, J., Barrada, J. R., Pàmias, M., Puntí, J., Querol, M., & Trepát, E. (2013). A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: The MABIC study protocol. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-955>
- Sliwa, S. A., Brener, N. D., Lundeen, E. A., & Lee, S. M. (2018). Do schools that screen for body mass index have recommended safeguards in place? *The Journal of School Nursing*, 35(4), 299–308. <https://doi.org/10.1177/1059840518758376>
- State of Mind. (2024, 31 gennaio). *Disturbi Alimentari: Caratteristiche, fattori di rischio e di mantenimento*. <https://www.stateofmind.it/disturbi-alimentari-dca/>
- Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 29-38. <https://doi.org/10.1111/jpm.12507>
- Stice, E., Marti, C. N., Rohde, P., & Shaw, H. (2011). Testing mediators hypothesized to account for the effects of a dissonance-based eating disorder prevention program over longer term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 398–405. <https://doi.org/10.1037/a0023321>
- Wildermuth, S. A., Mesman, G. R., & Ward, W. L. (2013). Maladaptive eating patterns in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(2), 109–119. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.07.009>

SITOGRAFIA

dott. Franco Scita. (2024, 5 febbraio). *Disturbi del comportamento alimentare - DCA - Cosa sono?* Ospedale Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/cosa-sono-disturbi-alimentazione/> (ultimo accesso 4/10/2024)

Fiasella, C. (2023, 15 marzo). *Come posso amare qualcuno se prima non amo me stessa?* [Video].

TikTok. <https://www.tiktok.com/@carlottafiasella/video/7210761021684747526>

Mariella Falsini. (2023, 29 marzo). *Fondazionefiocchettolilla* [Video].

YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=7lgfhmy62CA>

Ministero della Salute. (2024a, 14 marzo). *Classificazione dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)*.

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA> (ultimo accesso 4/10/2024)

Ministero della Salute. (2024b, 14 marzo). *Interventi nutrizionali nel trattamento dei DNA*.

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6161&area=salute%20mentale&menu=DNA> (ultimo accesso 4/10/2024)

Ministero della Salute. (2024c, 14 marzo). *Survey epidemiologica*.

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6029&area=salute%20mentale&menu=DNA&tab=1> (ultimo accesso 4/10/2024)

Ministero della Salute. (2024d, 4 aprile). *Assistenza del SSN per i DNA*.

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6175&area=salute%20mentale&menu=DNA> (ultimo accesso 4/10/2024)