



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**RUOLO INFERMIERISTICO NELLA
GESTIONE DEI DISTURBI ALIMENTARI:
VIAGGIO ALL'INTERNO
DELL'ANORESSIA NERVOSA.**

Relatore:
Dott. Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di
Asia Pantalone

Correlatore:
Dott.ssa Giulia Talevi

A.A. 2021/2022

INDICE

ABSTRACT	I
INTRODUZIONE	1
PANORAMICA SULL'ANORESSIA NERVOSA	4
<i> Criteri diagnostici nel DSM-V</i>	5
<i> Analogie e differenze diagnostiche tra anoressia nervosa e bulimia nervosa</i>	7
<i> Indici antropometrici, valori bioumorali e test fisici</i>	8
<i> Sintomi fisici e psicologici</i>	11
<i> Terapie non farmacologiche: FBT e CBT-E.</i>	12
L'ADOLESCENTE CON ANORESSIA NERVOSA	15
<i> Il rapporto genitori-figli</i>	16
<i> La giornata internazionale del fiocchetto lilla</i>	19
<i> Il codice lilla e il ruolo dell'infermiere di triage</i>	20
<i> Il ricovero ospedaliero in urgenza</i>	21
LA COSTRUZIONE DI UN RAPPORTO TERAPEUTICO INFERMIERISTICO	24
<i> Il pasto assistito</i>	25
<i> Pianificazione assistenziale</i>	26
CONCLUSIONI	34
RIFLESSIONI PERSONALI	35
BIBLIOGRAFIA	36
SITOGRAFIA.	37
RINGRAZIAMENTI.	38

ABSTRACT

BACKGROUND:

I disturbi alimentari sono caratterizzati da modalità errate nell'assunzione del cibo che compromettono lo stato di salute fisico e psichico della persona che ne è affetta. Tra questi, l'anoressia nervosa è la tipologia di disturbo alimentare più frequente, specie nel sesso femminile e nella fascia adolescenziale.

Coloro che soffrono di un disturbo alimentare manifestano dei sintomi di carattere somatico e psicologico per i quali è richiesto, oltre ad un trattamento farmacologico, anche uno di tipo cognitivo-comportamentale.

In base ai casi si sceglie il livello di assistenza più appropriato per la persona, garantendo alla stessa il supporto e le cure da parte di un team multidisciplinare all'interno del quale l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale.

OBIETTIVI:

L'obiettivo del presente elaborato di tesi è quello di individuare i ruoli e l'importanza che l'infermiere riveste nell'assistenza a persone affette da disturbi alimentari e in particolare da anoressia nervosa, mediante la costruzione di un rapporto terapeutico di fiducia e la formulazione di piani assistenziali specifici.

MATERIALI E METODI:

La metodologia utilizzata consiste in una documentazione di esperienze applicative di modelli assistenziali infermieristici nell'ambito dei disturbi alimentari. Le ricerche principali sono state effettuate consultando alcuni articoli su Pub-med, il sito dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute, il manuale diagnostico DSM-V e il manuale "Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC" di Judith M. Wilkinson.

RISULTATI:

I risultati che emergono sottolineano l'importanza delle conoscenze dell'infermiere in merito ai disturbi alimentari e alle varie forme con le quali si possono manifestare negli assistiti. Non solo è importante che l'infermiere costruisca una relazione terapeutica di fiducia con l'assistito affetto da un disturbo alimentare ma, che abbia anche a disposizione degli strumenti metodologici che gli consentano di individuare i bisogni e, quindi, di sviluppare dei piani assistenziali fatti di interventi mirati a rispondere a queste necessità. I piani assistenziali devono includere anche i caregivers. Data la complessità dei trattamenti e le difficoltà nello stare accanto a queste persone, è fondamentale prevedere interventi ed obiettivi di sostegno a queste persone spesso afflitte da sentimenti ed emozioni di impotenza e di autosvalutazione.

CONCLUSIONI:

I disturbi alimentari rappresentano dei fenomeni ormai in rapida crescita specie in età adolescenziale. Purtroppo il loro riconoscimento e trattamento, spesso, avviene in maniera tardiva, per cui, è necessario, non solo informare i genitori e chi sta accanto a queste persone a riconoscere i segni della malattia tempestivamente, ma è altrettanto importante ampliare le conoscenze dell'infermiere, affinché egli possa instaurare con gli assistiti un rapporto terapeutico di fiducia e dei piani di assistenza efficaci, indispensabili per il processo di guarigione, in collaborazione con gli altri membri del team.

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare, detti anche DCA o disturbi dell'alimentazione, rappresentano un gruppo di patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il proprio peso e per le proprie forme corporee, associati ad una distorsione della visione del proprio corpo, percepito spesso come non conforme alla propria idea di perfezione.

L'Istituto Superiore di Sanità evidenzia come questi disturbi siano ad insorgenza prevalentemente adolescenziale e, statisticamente parlando, colpiscano maggiormente il sesso femminile. Il censimento, in continua evoluzione, consente anche di conoscere informazioni relative all'utenza assistita. L'utenza in carico è per un 90% femminile rispetto al 10% di quella maschile. Il 59% degli utenti hanno tra i 13 e 25 anni di età, il 6% hanno meno di 12 anni. L'anoressia nervosa è rappresentata nel 42,3% dei casi, la bulimia nervosa nel 18,2% e il disturbo di binge eating nel 14,6% (ISS, 2022).

L'International Journal of Eating Disorders sottolinea inoltre come la diagnosi di DCA abbia mostrato un incremento a partire già dagli anni '90 del secolo scorso e, seppur negli ultimi decenni la situazione si sia stabilizzata, le percentuali restano comunque preoccupanti, soprattutto per l'effetto che la società e i social hanno sulla popolazione adolescente.

L'indagine svolta vede un'importante correlazione tra la permanenza smisurata e senza controllo degli adolescenti sui social e l'insorgenza di disturbi alimentari.

Nel mondo si è osservato che le civiltà occidentali e industrializzate sono le più colpite, probabilmente perché nella cultura occidentale prevale una pressione verso ideali di magrezza soprattutto femminile. La persona affetta da un disturbo alimentare mette in atto comportamenti mirati ad evitare il rischio di aumento del peso corporeo e al raggiungimento, invece, di un'immagine corporea ideale ma in realtà, per la persona, mai del tutto soddisfacente. Le persone affette da disturbi alimentari manifestano tutte gli stessi comportamenti, quali: la riduzione dell'introito di cibo e di liquidi, il digiuno forzato, la paura del momento del pasto, l'assunzione di lassativi o diuretici, a cui si aggiunge anche l'auto induzione del vomito, l'uso di anoressizzanti e la tendenza all'eccessiva attività fisica.

I principali disturbi dell'alimentazione sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (o binge eating disorder, BED). Il manuale diagnostico DSM-V descrive inoltre altri disturbi della nutrizione (feeding disorders) quali i disturbi alimentari sottosoglia, categoria utilizzata per descrivere quelle persone che, pur avendo un disturbo alimentare clinicamente significativo, non soddisfano i criteri per una diagnosi piena.

Soffrire di un disturbo dell'alimentazione sconvolge la vita di una persona e del suo contesto familiare, ne limita le capacità relazionali, lavorative e sociali. Per la persona che soffre di un disturbo dell'alimentazione tutto ruota attorno al cibo e alla paura di perdere il controllo sul proprio corpo. Ciò porta la persona ad evitare tutte le situazioni che potrebbero esporla al consumo di cibo come una semplice cena tra amici o pasti in famiglia. Purtroppo, solo una piccola percentuale di persone che soffrono di un disturbo dell'alimentazione chiede aiuto. Per questo motivo, sarebbe opportuno che la famiglia riconosca prematuramente i sintomi ed i segni di un disturbo alimentare in un suo componente; spesso però è la famiglia stessa che non accetta di ricevere aiuto nel gestire la situazione. I primi a dover riconoscere i sintomi e i segni di un possibile disturbo alimentare e quindi a chiedere aiuto dovrebbero essere gli amici, i docenti, le persone che ruotano intorno al nucleo familiare ristretto.

Nei primi tempi la perdita di peso viene gratificata dai complimenti degli altri, motivo per cui la persona viene stimolata a proseguire nel suo atteggiamento di ripudio per il cibo, con l'intento di avvicinarsi sempre più allo stereotipo delle icone di bellezza. Quando però il numero sulla bilancia comincia a scendere sempre più rapidamente e sotto la soglia limite ($BMI < 18,5$), accompagnandosi ad ansia, agitazione e pensieri ossessivi sull'alimentazione e sull'immagine corporea che si ha di sé, siamo di fronte ad un problema alimentare conclamato, per il quale è necessario chiedere aiuto.

I DCA non sono disturbi a sé stanti, anzi, purtroppo, molto spesso sono associati ad altre patologie della sfera psichica come la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi ossessivi compulsivi, i disturbi di personalità e delle condotte di abuso.

Non è raro che queste persone associno alla loro tristezza e al loro senso di vuoto l'abuso di alcool e sostanze o incorrano in atteggiamenti autolesionistici e in tentativi di suicidio.

Questo tipo di disturbi occupa uno spazio molto particolare nell'ambito della Salute Mentale, poiché oltre a "colpire" la mente e quindi a provocare un'intensa sofferenza psichica, essi coinvolgono anche il corpo con delle complicanze fisiche talvolta molto gravi.

Nel mio elaborato di tesi intendo indagare l'importanza che l'Infermiere riveste nell'assistenza a persone affette da DCA, in particolar modo nel caso dell'anoressia nervosa, al fine di ripristinare un normale peso corporeo nonché l'integrità psichica nella persona, collaborando con altre figure professionali quali psicologo, psichiatra e dietista.

Ho scelto di affrontare questo tema in seguito alla frequentazione del tirocinio clinico presso la SOD di "Neuropsichiatria Infantile" dell'Ospedale Salesi di Ancona, in cui ho avuto modo di assistere diverse ragazze affette da DCA (dai 14 anni di età). Osservare

queste ragazze nei loro comportamenti, nel momento della terapia, nel momento del pasto assistito e della visita mi ha consentito di fare delle riflessioni importanti sia da un punto di vista professionale infermieristico che personale.

PANORAMICA SULL'ANORESSIA NERVOSA

Il termine anoressia deriva dal greco (an- privativo e órexis 'appetito') e significa "assenza o marcata riduzione dell'appetito". L'aggettivo "nervosa" identifica invece la natura funzionale e non organica dell'anoressia, per distinguerla dalle forme di inappetenza o di rifiuto del cibo prodotte da altre malattie. Il termine è stato introdotto da William Gull nel 1873.

L'anoressia nervosa è un grave disturbo dell'alimentazione, con un alto tasso di mortalità associata. Questa tipologia di DCA sta ad indicare una perdita dell'appetito non derivante da malattie organiche ma da un disagio psicologico che fa sì che nella persona affetta da anoressia nervosa il sintomo della fame sia presente ma al tempo stesso sia frenato dal patologico controllo del peso e dell'immagine corporea.

Alcuni tratti caratteristici dell'anoressia nervosa sono:

- Una costante ricerca della magrezza
 - Una paura patologica dell'obesità
 - Una visione distorta della propria immagine corporea
 - Una diminuzione degli introiti di cibo rispetto le necessità in base a sesso ed età
- Tutto ciò porta ad una significativa perdita di peso. La diagnosi è clinica e il trattamento più frequentemente utilizzato è di tipo farmacologico a cui ne viene associato uno di tipo psicologico-comportamentale. Sarebbe ideale promuovere il coinvolgimento della famiglia, fondamentale per la cura dei più giovani.

Il disturbo colpisce maggiormente il sesso femminile e la fascia adolescenziale. A volte può comparire anche dopo i 40 anni di età.

Vengono riconosciuti due tipi di anoressia nervosa:

- Tipo restrittivo: caratterizzata da un'alimentazione ipocalorica con riduzione delle quantità di cibo assunto. Le persone affette hanno come obiettivo una riduzione significativa del numero sulla bilancia che ottengono mediante un rigido controllo alimentare accompagnato ad un intenso esercizio fisico. A differenza del tipo successivo, queste persone non mettono in atto delle "abbuffate" o delle condotte di alimentazione.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: in questo caso chi è affetto dal disturbo alterna episodi di iperalimentazione (le cosiddette "abbuffate") all'assunzione di lassativi e diuretici o al vomito autoindotto per eliminare il cibo ingerito e quindi anche il senso di colpa che accompagna il momento del pasto.

L'incidenza dell'anoressia nervosa è progressivamente aumentata durante il secolo scorso. Nella popolazione generale degli Stati Uniti i tassi di prevalenza sono passati allo 0,9% per l'anoressia. Il disturbo nelle donne prevale di circa 10 volte quello negli uomini. Anche in Italia notiamo un incremento importante. A febbraio 2021, il Consorzio Interuniversitario CINECA ha confermato un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Nel 2020 sono state assistite 2.398.749 persone anche se il dato risulta essere sottostimato poiché una grande quota di persone affette da questa patologia non accede alle cure.

La spiegazione di questo incremento va ricercata sia nell'influenza di fattori culturali che nei criteri di inclusione di alcuni sport. Nel primo caso, si può fare riferimento al cosiddetto "modello occidentale" secondo il quale i criteri estetici enfatizzano sempre di più la magrezza. Inoltre, il disturbo colpisce maggiormente persone vulnerabili in termini di autostima e di identità sociale che possono reagire sconvolgendo completamente le loro abitudini alimentari, al fine di soddisfare questi requisiti. Nel secondo caso si può far riferimento alle danzatrici o anche alle modelle, alle quali vengono richiesti dei canoni estetici molto ferrei. Oltre a questi fattori, un 58% dei casi di anoressia nervosa sono su base genetica ovvero subentrano per una predisposizione genetica e in seguito a casi della stessa patologia nell'ambito familiare. Molto frequente è l'insorgenza del disturbo nella figlia femmina in seguito alla comparsa della patologia nella mamma.

Infine, anche la dipendenza psicologica dalle figure genitoriali, in particolare dalla madre, può giocare un ruolo importante. Secondo recenti studi, le adolescenti con un basso livello di autostima riferiscono livelli anormali di preoccupazione per il loro aspetto fisico. Questa preoccupazione precede spesso di mesi o di anni l'esordio del disturbo.

Criteri diagnostici nel DSM-V

Nel 2013, con il superamento del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e l'introduzione del nuovo DSM-V, l'APA (American Psychological Association) ha cercato di risolvere alcuni dei problemi diagnostici evidenziati per quel che riguarda la diagnosi di anoressia nervosa. In linea generale possiamo notare nel DSM-V un'attenzione posta maggiormente agli aspetti comportamentali che interferiscono con un sano peso corporeo (restrizione alimentare, iperattività, strategie di compenso).

Le principali novità riguardano:

- 1)** Peso corporeo atteso: nelle versioni precedenti dei DSM si poneva la diagnosi di AN per un peso corporeo inferiore al 85% di quello atteso. Nel DSM-V si è eliminato il valore numerico e si è lasciato un più generico "peso significativamente

basso” in quanto risultava difficile definire il peso ideale di un assistito e quindi anche il suo 85%.

- 2)** Amenorrea: l'assenza del ciclo mestruale è stata sempre considerata un grave segnale di sottopeso nelle donne affette da disturbi alimentari. Nel DSM-V questo criterio viene abbandonato in quanto non sempre il sintomo dell'amenorrea è presente nelle persone affette da AN e, viceversa, non tutte le donne o ragazze con amenorrea sono affette da anoressia nervosa. Tale criterio non può essere applicato nelle ragazze in fase prepuberale, nelle donne in menopausa, donne che non hanno mai avuto cicli regolari o che utilizzano la pillola anticoncezionale. Può capitare anche che donne con cicli regolari abbiano in realtà un disturbo alimentare per cui anche il criterio dell'amenorrea non è applicabile.
- 3)** Paura di ingrassare: nel DSM-IV si faceva riferimento ad una preoccupazione soggettiva di prendere peso, mentre nel DSM-V si parla proprio di comportamenti di controllo ossessivo del peso e delle forme corporee. Si fa quindi riferimento ad un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso.

Grazie alle novità introdotte dal DSM-V si è favorita una miglior precisione diagnostica. I criteri presenti nel DSM-IV avevano favorito un aumento esponenziale delle diagnosi generiche di EDNOS (Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati) portando ad una riduzione di quelle specifiche. Con l'introduzione del DSM-V e la modifica di alcuni criteri, si sono ridotte le diagnosi generiche (che nel DSM-5 non sono più EDNOS ma OSFED, Disturbi Alimentari con Altra Specificazione) e sono aumentate le diagnosi specifiche (anoressia, bulimia e binge eating disorder ad esempio).

Dunque, nel DSM-V, i criteri per poter fare una diagnosi di AN sono i seguenti:

- 1)** Restrizione dell'assunzione di calorie rispetto alle necessità del proprio corpo che porta a un peso corporeo significativamente basso tenendo presenti principalmente l'età ed il sesso. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
- 2)** Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- 3)** Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli

di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Analogie e differenze diagnostiche tra anoressia nervosa e bulimia nervosa

A volte risulta difficile distinguere un soggetto anoressico da un soggetto bulimico per il fatto che le due patologie hanno dei tratti comuni e in alcuni casi le differenze possono essere talmente sottili da incorrere in un'errata diagnosi e quindi in un inadeguato trattamento. L'anoressia e la bulimia sono dunque contrassegnate dalla sovrapposizione di caratteristiche cliniche e di sintomi e il decorso clinico dei due disturbi fa sì che questi non siano del tutto indipendenti ma neanche completamente sovrapposti. Le diagnosi di anoressia e di bulimia nervosa si riscontrano spesso all'interno della stessa famiglia, suggerendo che questi due disturbi possono condividere le stesse cause eziologiche. Caratteristica essenziale e comune all'anoressia e alla bulimia è la presenza di un'alterata percezione del peso corporeo e dell'immagine di sé.

Per quel che riguarda la bulimia nervosa il DSM-V ha mantenuto gli stessi criteri diagnostici del DSM-IV con l'eccezione del criterio C (frequenza e durata delle abbuffate). Adesso è richiesto che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due volte la settimana per tre mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di condotte compensatorie per settimana. Infine, per la bulimia la classificazione o senza condotte di eliminazione è stata eliminata.

I criteri diagnostici DSM-V della bulimia nervosa sono i seguenti:

- 1)** Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - A.** La persona si alimenta in un determinato periodo di tempo con una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - B.** La persona è afflitta dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio e quindi di non riuscire a smettere di mangiare o controllare cosa o quanto si sta mangiando.
- 2)** Ricorso al vomito autoindotto, all'abuso di lassativi, di diuretici o di altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- 3)** Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in

media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

- 4) I livelli di autostima si abbassano drasticamente e sono influenzati dalla forma e dal peso corporeo.
- 5) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Livello di gravità attuale:

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

Indici antropometrici, valori bioumorali e test fisici

Al fine di guidare i professionisti in una corretta diagnosi di AN, sono stati stabiliti dal DSM-V degli indici antropometrici, dei valori bioumorali e dei test fisici da prendere in considerazione nella valutazione degli assistiti affetti da AN:

A. Indice di Massa Corporea (IMC): (o BMI, acronimo inglese di Body Mass Index) è un parametro che mette in relazione la massa corporea e la statura di un soggetto. L'IMC fornisce una stima delle dimensioni corporee più accurata rispetto alle vecchie tabelle basate semplicemente su altezza e peso. Nel DSM-V, l'IMC viene preso come primo indice di riferimento per poter far diagnosi di AN. Questo parametro prende in considerazione anche l'età e il sesso della persona.

- lieve (IMC ≥ 17 kgm-2)
- moderato (IMC 16-16,99 kgm-2)
- grave (IMC 15-15,99 kgm-2)
- estremo (< 15 kgm-2)

Le linee guida del NICE affermano che nell'anoressia nervosa, sebbene il peso e l'IMC siano importanti indicatori, essi dovrebbero essere associati ad un monitoraggio nutrizionale che verifichi l'entità della perdita di peso, l'entità della crescita ponderale nel

bambino, i segni fisici e l'impiego di appropriati test di laboratorio.

B. Circonferenza e area muscolare del braccio: la circonferenza del braccio costituisce un utile indice delle riserve energetiche dell'organismo e della sua massa proteica. Per quanto possa essere utilizzata singolarmente, questa misurazione viene spesso combinata con la plica tricipitale. Per ogni circonferenza vengono effettuate tre misurazioni e la media viene approssimata. Nelle donne viene considerata indice di una grave malnutrizione una circonferenza del braccio $< 13,9$ cm; nell'uomo, invece, se $< 15,2$.

C. Determinazione del consumo energetico: è noto che la spesa energetica totale nell'uomo (TEE) è determinata dalla spesa energetica a riposo (REE), dalla termogenesi indotta dagli alimenti e dal costo energetico dell'attività fisica. La REE è bassa nelle persone sottopeso con anoressia nervosa rispetto ad altri soggetti. Il basso livello di REE sembra dovuto alla perdita di massa magra e alle modificazioni neuroendocrine a carico di leptina, ormoni tiroidei, ormoni surrenalici indotte dalla malnutrizione per difetto. Nei soggetti con anoressia nervosa la REE può scendere addirittura al di sotto delle 600 kcal/die, ma laddove sia presente un'intensa attività fisica, il dispendio energetico totale può arrivare a superare le 2000 kcal/die. Un'accurata misurazione della REE in persone con anoressia nervosa può essere molto utile per valutare la quantità di calorie che il soggetto dovrebbe assumere per poter ottenere il recupero ponderale e ottimizzare la riabilitazione nutrizionale.

D. Valutazione degli indici biochimici: tra gli esami di laboratorio più considerati in persone affette da AN abbiamo i valori delle proteine plasmatiche (albumina, transferrina, prealbumina). La concentrazione serica di alcune di queste proteine risulta utile per la valutazione a scopo diagnostico e/o prognostico dello stato nutrizionale e della massa proteica.

- Albumina serica. È la più abbondante proteina serica ed è sintetizzata esclusivamente a livello epatico; avendo un'emivita breve è considerata indicatore di monitoraggio a breve termine dello stato nutrizionale sia per la valutazione dell'efficacia del trattamento che per la previsione di eventuali complicanze. La carenza di albumina serica può anche essere indice di una raccolta di liquido ascitico in cavità peritoneale, che molto spesso può mascherare l'anoressia nervosa in quanto la persona non mostra un calo ponderale importante.

- Transferrina. Si tratta di una proteina serica con emivita di 7-8 giorni; la sua riduzione

può essere indice di carenza proteica associabile ad AN.

Altri esami di laboratorio che vengono presi in considerazione, ad esempio, sono:

- Emocromo con formula leucocitaria. Può evidenziare spesso anemia, leucopenia, neutropenia e piastrinopenia. Si può parlare di malnutrizione quando si evidenziano valori dei linfociti patologici e quindi inferiori a 1500/mm³.
- Elettroliti. Potassio, sodio, magnesio, fosforo, cloro, ferro e calcio. L'ipopotassiemia, in modo particolare può comportare lo sviluppo di aritmie cardiache, una delle principali cause di morte nei disturbi dell'alimentazione, e può anche contribuire alla scarsa motilità gastrointestinale e alla miopatia. Nel soggetto anoressico anche una piccola carenza di sodio può causare problemi psicologici con deliri ed allucinazioni. L'iposodiemia, nella persona anoressica, è causata dall'abuso di lassativi, diuretici, dal vomito autoindotto etc...
- Glicemia. Parametro fondamentale da valutare sempre e correggere in casi necessari.
- Colesterolemia. Alti livelli di colesterolo possono essere associati a malnutrizione in quanto la presenza di ipercolesterolemia sembra essere associata a un ipotiroidismo o ad un deficit di estrogeni, riscontrabili nell'AN.
- Test di funzionalità epatica: bilirubina, diretta ed indiretta, enzimi (AST/ALT, ALP, gamma GT, LDL) proteine plasmatiche e fattori della coagulazione.
- Test di funzionalità tiroidea. Possono essere alterati nell'anoressia nervosa, ma di solito si tratta di anomalie che rappresentano adattamenti fisiologici alla malnutrizione.

E. Test fisici: la valutazione fisica della persona con disturbi dell'alimentazione va effettuata prima e dopo la riabilitazione nutrizionale. Nelle persone affette da AN può essere eseguita una valutazione completa della fitness fisica che comprende:

- Test di resistenza. Test di Cooper o test al cicloergometro con valutazione del consumo di ossigeno (VO₂).
- Flessibilità e motilità articolare. Test di flessione del tronco, numero di flessioni sulle braccia che l'assistito è in grado di eseguire.

Nell'anoressia nervosa è presente un basso VO₂ sia a riposo sia durante l'esercizio fisico che tuttavia permette di mantenere elevati livelli di attività fisica, che, a sua volta, può

contribuire ad aumentare la spesa energetica necessaria per la perdita di peso.

Sintomi fisici e psicologici

L'anoressia nervosa è un disturbo che si manifesta attraverso un comportamento alimentare patologico ma le cui cause sono da rintracciare in un profondo disagio e sofferenza psicologica. Nei soggetti affetti da AN, quindi, coesistono sintomi fisici con sintomi psicologici.

Per quel che riguarda i sintomi fisici, bisogna considerare che l'eccessiva condizione di magrezza può comportare seri danni a tutti gli organi del corpo intaccando diversi sistemi e generando numerosi sintomi fisici, tra cui i più frequenti sono:

- Riduzione della pressione arteriosa
- Rallentamento della frequenza cardiaca
- Osteopenia/osteoporosi
- Ritardi /compromissione della crescita
- Capelli fragili e sottili
- Problemi ematologici (anemia, leucopenia)
- Debolezza muscolare con riduzione della massa magra
- Problemi a carico dei reni
- Alterazioni nei livelli di sodio, magnesio, potassio, calcio, ferro e fosforo
- Problemi gastrointestinali (difficoltà digestive, stipsi, rallentato svuotamento gastrico)
- Sensazione di freddo
- Unghie fragili
- Disfunzioni ormonali come l'ipotiroidismo

L'anoressia nervosa, però, può avere alla base anche delle cause che sono da rintracciare in un profondo disagio e sofferenza psicologica. Tra i sintomi psicologici da indagare e trattare ci sono:

- Interiorizzazione del corpo ideale: le persone con anoressia nervosa sono insoddisfatte del proprio corpo e seguono un modello caratterizzato da uno stato di eccessiva magrezza.
- Perfezionismo clinico: bisogno di raggiungere obiettivi sempre più elevati e dalla scarsa tolleranza verso i propri errori accompagnati spesso a senso di colpa per il mancato raggiungimento del proprio obiettivo di peso ideale. Si tratta di un pensiero ossessivo e rigido con importanti pretese verso sé stessi. Il perfezionismo è considerato un importante fattore di rischio per l'anoressia nervosa.
- Bassa autostima: le persone affette da AN provano spesso un sentimento di vergogna e senso di colpa cronici che tendono a diventare esasperati e deliranti. Sono associati

ad un basso tono dell'umore con un frequente bisogno, in questi assistiti, di controllo del peso e delle forme corporee, diventando spesso un pensiero ossessivo e duraturo. Sono inoltre spesso presenti sensazioni di vuoto e di solitudine, associati a stati depressivi.

- Insoddisfazione per il proprio corpo: può essere considerato un potente precursore dello sviluppo di disturbi alimentari. Rappresenta uno dei principali fattori di mantenimento o di ricaduta. L'insoddisfazione per il proprio corpo può favorire lo sviluppo del disturbo dell'immagine corporea nel quale, seppur la persona sia affetta da un grave sottopeso, percepisce comunque il suo corpo come normopeso ma più frequentemente sovrappeso.

Terapie non farmacologiche: FBT e CBT-E.

Le linee guida NICE raccomandano come intervento di prima scelta, negli adolescenti con anoressia nervosa, una forma particolare di terapia della famiglia, chiamata "Family-Based Treatment" (FBT).

Il FBT coinvolge tutta la famiglia (genitori e fratelli) che devono frequentare ogni seduta accanto all'adolescente. Il trattamento comprende 20-24 sedute di 50-60 minuti, ad eccezione del pasto familiare che dura fino a 90 minuti.

Il trattamento si svolge in tre fasi:

- Nella fase 1, della durata di tre – cinque mesi, con sedute a intervalli settimanali, i genitori sono caricati della responsabilità di correggere i comportamenti alimentari disturbati e il basso peso dell'adolescente. Il compito del terapeuta è quello di aiutare i genitori a sviluppare e a perfezionare le loro tecniche.
- Nella fase 2, una volta che i comportamenti alimentari disturbati sono notevolmente ridotti, il controllo sul consumo di cibo viene trasferito di nuovo all'adolescente e le sedute sono in genere programmate ogni due o tre settimane.
- Nella fase 3, quando sono stati raggiunti un peso corporeo ed un comportamento alimentare normali, sono affrontate questioni più generali che riguardano lo sviluppo adolescenziale e le sedute avvengono con cadenza mensile.

Il FBT è un trattamento multidisciplinare e include un terapeuta primario (per esempio, un neuropsichiatra infantile o uno psicologo), un co-terapeuta che deve essere presente a tutte le sedute, e un team che si compone di pediatra, infermiere e nutrizionista che incontrano periodicamente gli assistiti.

Questo tipo di terapia presenta però dei limiti, dovuti al fatto che basandosi su pasti in

famiglia, sono i genitori a doversi prendere carico dell'alimentazione dell'adolescente e ciò non sempre è proponibile in tutte le famiglie. Dall'analisi dei limiti della FBT, emerge quindi la necessità di sviluppare e testare trattamenti alternativi.

Una potenziale candidata per diventare un trattamento alternativo alla FBT, è la CBT-E (“enhanced cognitive behaviour therapy”, ovvero “terapia cognitivo comportamentale migliorata”).

La CBT-E è un trattamento psicologico individuale, flessibile e personalizzato adatto a curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (“approccio transdiagnostico”), affrontando i processi cognitivo comportamentali di mantenimento della psicopatologia che operano nell'assistito. (Fairburn, 2008).

La CBT-E si basa sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione. “Cognitivo comportamentale” indica un trattamento principalmente dei processi cognitivi e dei comportamenti implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. “Transdiagnostica” significa che la terapia è applicabile con minime modifiche a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione.

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da essa. Per esempio, i comportamenti di controllo del peso estremi (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo compulsivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici) e il raggiungimento e il mantenimento del sottopeso e della sindrome da malnutrizione si possono verificare solo se una persona crede che il giudizio sul proprio valore dipenda dal controllo dell'alimentazione, dal peso e dalla forma del corpo.

La CBT-E usa in modo flessibile strategie e procedure terapeutiche in sequenza per affrontare la psicopatologia individuale della persona. Per fare questo il terapeuta e l'assistito lavorano assieme come una “squadra” per superare il disturbo dell'alimentazione. La persona è incoraggiata a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come una sua priorità. La strategia chiave è creare una formulazione individualizzata e condivisa dei principali meccanismi di mantenimento che dovranno essere affrontati dal trattamento. La CBT-E adotta una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali, ma favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare e ottenere dei cambiamenti cognitivi. Nelle fasi più avanzate del trattamento, l'assistito è aiutato a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale (mind-set) del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente

da esso per evitare la ricaduta.

La CBT-E si avvale di 4 fasi:

- La fase 1 dura quattro settimane con due sedute la settimana ed è finalizzata a rendere l'assistito consapevole della sua patologia per aiutarlo a regolarizzare e a stabilizzare le sue modalità alimentari e ad affrontare le sue preoccupazioni per il peso.
- La fase 2 avviene mediante due sedute con cadenza settimanale. Sono rivisti in dettaglio i progressi effettuati nelle prime quattro settimane di terapia e viene progettata la fase 3.
- Nella fase 3 vengono affrontate le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. In alcuni assistiti possono essere affrontati anche alcuni meccanismi di mantenimento aggiuntivi, come il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali.
- Nella fase 4 sono organizzate delle procedure atte a minimizzare il rischio di ricaduta a breve e a lungo termine.

In genere, viene poi programmata una seduta dopo 20 settimane dalla conclusione della terapia per rivedere i progressi e per affrontare qualsiasi problema che rimane o che è emerso.

L'ADOLESCENTE CON ANORESSIA NERVOSA

Le fasi preadolescenziale e adolescenziale sono le più difficili da affrontare per i genitori. Infatti, se non trattate adeguatamente, risulta più facile l'insorgenza di problematiche associate a queste fasce di età, come anche l'anoressia nervosa. Il disagio adolescenziale può interferire con le normali attività del ragazzo o della ragazza, come ad esempio il mangiare. Riconoscere presto i segni di possibili disagi e rivolgersi tempestivamente a figure specializzate è fondamentale per poter intervenire al più presto ed evitare conseguenze nefaste per la salute del giovane.

L'AN in adolescenza riguarda più spesso le ragazze piuttosto che i ragazzi, anche se nel 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato un aggiornamento dei dati, secondo cui esiste un rapporto di 1 a 4 tra visnoressia (anoressia maschile) e anoressia femminile.

Nell'uomo la diagnosi risulta essere più tardiva rispetto che nella donna. Simonetta Marucci, endocrinologa esperta nei Disturbi del Comportamento Alimentare, in un'intervista pubblicata nel 2020 sul quotidiano "Il Messaggero" ha affermato che l'anoressia negli uomini ha manifestazioni in parte simili a quelle dell'ambito femminile ma spesso l'ossessione per le forme corporee può esprimersi attraverso un'attività fisica compulsiva, oltre ad un comportamento alimentare dannoso.

La dottoressa prosegue affermando poi che seppur i ricercatori, per anni, abbiano escluso gli uomini dalla maggior parte degli studi e standardizzato i protocolli clinici e diagnostici sulla popolazione femminile, sarebbe invece importante che i professionisti della salute cominciassero a riconoscere i sintomi e comprendessero le emozioni e i vissuti che questi ragazzi sperimentano, per poter intervenire efficacemente con strumenti e strategie adeguate.

L'adolescenza è caratterizzata da numerosi cambiamenti ormonali e fisici ed in questa fase subentra l'esigenza di strutturare la propria personalità adulta. Lo sviluppo di una forma di anoressia è facilitato proprio da questo periodo di crisi nel giovane che vuole adeguare il proprio fisico agli standard richiesti dalla società diffusi molto spesso proprio dai social media.

Tra i fattori di rischio associati ad AN in adolescenza abbiamo:

- 1)** Come il ragazzo ha vissuto la sua età infantile: risulta essere molto importante ai fini della gestione della fase adolescenziale. Se l'infanzia è stata serena ed ha garantito un equilibrio psichico solido al ragazzo, egli può attraversare e superare la crisi adolescenziale. Un ragazzo che, invece, ha subito in età infantile dei piccoli traumi dell'attaccamento potrebbe vedere nella crisi adolescenziale la goccia che

fa traboccare il vaso.

- 2)** L'attaccamento tra il bambino ed i genitori: gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo di AN, in quanto è un meccanismo motivazionale unico, che regola i rapporti e stabilisce il livello di intimità tra i due soggetti. In questa fase molto importante è fornire protezione e sicurezza emotiva. Non è raro che un'adesione incerta sia associata allo sviluppo dell'anoressia. Gli adolescenti con AN sviluppano un più alto tasso di disadattamento psicologico, cioè più problemi interpersonali e affettivi. I giovani sembrano voler raggiungere la perfezione attraverso una svalutazione di sé stessi e un senso di vuoto emotivo. Il desiderio di essere più magri e l'insoddisfazione verso il proprio corpo li rende anche più insicuri nelle relazioni interpersonali.

La stessa letteratura scientifica negli ultimi anni ha posto maggiore attenzione all'esordio di AN in età adolescenziale. I clinici hanno anche sottolineato l'importanza e l'utilità di interventi precoci e della continuità della cura, in questa fase cruciale per lo sviluppo della persona. Negli ultimi anni c'è stato un progressivo abbassamento dell'età dell'esordio di AN e questo ha comportato un'attenzione maggiore verso il rischio di incorrere in danni permanenti secondari alla malnutrizione, specialmente nelle fasce di età più giovani in cui non si è ancora raggiunto uno sviluppo completo. L'intervento precoce, quindi, riveste un ruolo fondamentale ed andrebbe associato a strumenti di valutazione adeguati all'età.

La continuità terapeutica, specie per i giovani adolescenti, per un periodo di trattamento che può prolungarsi nel tempo, richiede il mantenimento di una stabilità dell'équipe terapeutica favorendo la collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale e attraverso i contatti con le scuole. Qualsiasi sia il livello di assistenza (ambulatoriale, di ricovero ospedaliero, di riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale) si dovrebbe garantire la continuità della cura. Purtroppo, ad oggi, come è stato rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, in Italia l'organizzazione dell'assistenza per i giovani affetti da AN è disomogenea: alcune regioni sono dotate di tutte le strutture e tutti i livelli di assistenza previsti per la cura di questa patologia, mentre in altre Regioni ci sono delle importanti carenze.

Il rapporto genitori-figli

Il ruolo della famiglia come fattore di sofferenza emotiva viene indagato da tempo dalla psicologia come una componente non trascurabile. La consapevolezza dei possibili disagi familiari è un tratto decisamente positivo della modernità. Nella letteratura contemporanea viene dato maggior spazio al ruolo che la famiglia svolge nel caso di adolescenti con un disturbo alimentare. Alcuni genitori pensano che il proprio figlio, non riconoscendo la propria patologia, non sia nemmeno in grado di padroneggiarla e ciò porta i genitori

a minimizzarne le manifestazioni comportamentali dei propri figli comportando spesso esiti infausti per la salute dei giovani, al contrario di quanto accade quando i genitori si mostrano empatici e comprensivi.

Un basso livello di “coscienza di malattia” può provocare frustrazione e confusione e i genitori che hanno espresso forte preoccupazione per le manifestazioni della malattia hanno avuto approcci positivi nei confronti della stessa rispetto a quelli che si mostravano più sicuri delle proprie azioni e dei propri comportamenti (Rona Moss-Morris, 2002).

Il decorso della malattia, la maggior parte delle volte, può interferire con le dinamiche relazionali familiari. Appaiono critici i comportamenti rifiutanti e iperprotettivi da parte dei genitori, che rappresentano un fattore di rischio per l’esordio dei disturbi alimentari (Castro, 2000).

Alcuni studi hanno evidenziato che se l’emotività dei genitori può avere, in alcuni casi, un ruolo nel mantenere o aggravare il disturbo dell’alimentazione, al contrario, in altri, può favorirne il miglioramento. L’emotività viene espressa verso un membro della famiglia ammalato mediante cinque dimensioni:

- commenti critici
- ostilità
- eccessivo coinvolgimento emotivo
- commenti positivi
- calore

Le famiglie con un’elevata emotività espressa sono le più critiche, ostili ed eccessivamente coinvolte emotivamente rispetto a quelle con bassa emotività espressa.

Aiutare i genitori a migliorare le loro attitudini ed i comportamenti nei confronti dei figli è necessario in quanto un’emotività espressa elevata sembra essere associata a un maggiore tasso di drop-out (termine inglese che significa “ritirarsi”, ci si riferisce a quel fenomeno in cui un assistito interrompe prematuramente il percorso intrapreso) e ad un esito di trattamento più scadente.

Le persone con anoressia nervosa sembrano essere più sensibili agli stimoli negativi, a volte generati dalla famiglia stessa. Quelle particolarmente vulnerabili ai commenti critici hanno tendenzialmente un temperamento ansioso e sono piuttosto sensibili. Se i livelli di criticismo da parte della famiglia fossero bassi all’inizio del trattamento, la terapia potrebbe essere finalizzata a supportare i genitori nel mostrare più calore e a fare più commenti positivi nei confronti dell’adolescente affetto da anoressia nervosa. Il

coinvolgimento dei genitori di assistiti adolescenti può accelerare il processo di guarigione e ridurre i rischi di ricadute nel tempo ma è molto importante che i genitori stessi vengano guidati dai professionisti per poter aiutare quanto più possibile i propri figli nei processi di guarigione.

Quando il disturbo si protrae fino all'età adulta inevitabilmente diventano più frequenti e accentuate le dispute e le difficoltà relazionali con i genitori e/o il partner innescando liti riguardanti l'alimentazione o gli altri comportamenti legati al disturbo stesso. Ciò favorisce l'incremento di sbalzi del tono dell'umore che peggiorano la situazione già critica.

Il coinvolgimento dei genitori è consigliato anche nella riabilitazione nutrizionale degli assistiti adolescenti per i seguenti motivi:

- I genitori hanno il diritto di prendere decisioni importanti per quanto riguarda il trattamento dei loro figli adolescenti e senza un consenso informato da loro firmato non si può procedere in alcun modo;
- Il coinvolgimento della famiglia può rappresentare un fattore positivo per il trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti;
- La reazione dei genitori ai sintomi di un adolescente con disturbo dell'alimentazione può influenzare anche positivamente l'esito del trattamento;
- I genitori possono essere coinvolti nel trattamento per fornire assistenza agli adolescenti durante i pasti;
- I genitori possono favorire il cambiamento degli adolescenti stessi.

Si preferisce fare un incontro con i soli genitori prima di iniziare il trattamento vero e proprio per valutare la loro conoscenza rispetto ai DCA in generale, l'ambiente familiare, la presenza di interpretazioni disfunzionali riguardo ai DCA (ad esempio pensare che il disturbo dell'alimentazione sia auto provocato o sia una forma di autodistruzione conseguente delle loro scarse abilità genitoriali), la presenza di commenti critici e ostili, gli effetti delle loro reazioni sul comportamento del ragazzo o della ragazza, la promozione di una dieta che aumenti nel giovane la preoccupazione per il peso e la forma del corpo.

Ciò che conta è far capire ai genitori che se essi stessi, da un lato, possono contribuire, involontariamente, al mantenimento del disturbo nel figlio adolescente, dall'altro possono decidere di aiutarlo nel processo di cambiamento. Per questa ragione un loro coinvolgimento nel trattamento è di estrema importanza.

L'ambiente domestico dovrebbe sostenere gli sforzi che il ragazzo fa per cambiare (per esempio riducendo le reazioni critiche, l'ostilità e l'eccessivo controllo, rimuovendo le

bilance e gli specchi o smettendo di incoraggiare i figli a seguire delle diete).

Oltre alla sofferenza in cui vive l'adolescente, non poco trascurabile è l'angoscia e il profondo senso di colpa che vivono i genitori che molto spesso associano la patologia dei figli ad un proprio fallimento nel ruolo genitoriale. L'anoressia può andare ad incrinare e lacerare il sentimento d'amore materno e paterno e dunque l'idea stessa di essere stati dei buoni genitori. Il genitore va incontro ad infiniti interrogativi posti dai propri figli rispetto ai quali sente che non c'è risposta, ed anzi qualsiasi sua risposta fallisce. Da qui i genitori mettono in moto un'exasperata ricerca di buoni rimedi, sempre nel timore di sbagliare, nel dubbio di non dire la cosa giusta e peggiorare l'umore del figlio o della figlia. Tutto ciò può comportare un peggioramento del rapporto tra genitori e figli nonché un deterioramento del rapporto che conduce ad una sempre più marcata mancanza di comunicazione, che altro non può fare se non peggiorare la patologia stessa.

La giornata internazionale del fiocchetto lilla

Il simbolo del Fiocchetto Lilla è nato in America e rappresenta da più di 30 anni la lotta contro i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Solo in Italia circa 3 milioni di persone soffrono di un disturbo dell'alimentazione. La maggior parte di esse sono adolescenti. Secondo i dati raccolti dal Centro per i disturbi del comportamento alimentare dell'Ospedale San Raffaele di Milano, soprattutto le ragazze tra i 25 ed i 35 anni soffrono di forme combinate di anoressia-bulimia.

Considerato l'aumento esponenziale dei casi, la necessità di sensibilizzare l'opinione pubblica su questo tema e al fine di accrescere le conoscenze in merito al disturbo, il 15 marzo 2012 è stata istituita la Giornata del Fiocchetto Lilla che dal 2018 è stata riconosciuta istituzionalmente come Giornata Nazionale contro i Disturbi dell'Alimentazione dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

In occasione di questa giornata, vengono organizzate in tutta Italia delle iniziative, servizi gratuiti, centri di ascolto e di cura a disposizione dei cittadini per diffondere informazioni e offrire supporto alle persone che ne soffrono e alle loro famiglie.

Questa giornata nasce anche con l'intento di diffondere l'idea che il sostegno della famiglia sia fondamentale per chi soffre di disturbi alimentari ma solamente se si agisce nel modo giusto per non rischiare di peggiorare la situazione.

La Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso afferma che l'obiettivo prioritario del loro intervento è quello di riuscire a dare un sostegno a tutti coloro che, avendo un familiare con disturbo del comportamento alimentare, non conoscono come affrontare la malattia e la loro vita che, necessariamente, è cambiata.

Aggiunge inoltre che si tratta di un numero insieme di persone che, generalmente, per motivi pratici rimangono più ai margini del percorso terapeutico, ma che rappresentano una grandissima risorsa per attivare e poi proseguire il cammino verso la guarigione. Lavorare con la famiglia, coinvolgere i familiari nella battaglia contro la malattia diventa decisivo ed assume un'importanza decisiva per l'esito del trattamento.

In Italia, la Giornata è stata promossa per la prima volta nel 2012 dall'Associazione "Mi Nutro di Vita", in seguito alla denuncia di un padre, Stefano Tavilla, in onore e ricordo della figlia Giulia, una ragazza di 17 anni affetta da Bulimia Nervosa e deceduta, nel 2011, a pochi passi dal ricovero. Stefano ha promosso l'iniziativa affinché in tutto lo stivale vengano garantiti tutti i livelli di assistenza per persone con DCA e non si ripetano più dei decessi a causa delle lunghe liste d'attesa. Il 15 marzo è stato scelto proprio perché il giorno della scomparsa di Giulia.

Il fiocchetto lilla nasce con l'intento di rendere i DCA meritevoli di attenzione, rispetto e cura da parte delle persone, della società e del sistema sanitario in generale. Occorre abolire i sentimenti di distacco e disprezzo per questa patologia e, al contrario, favorire la crescita di una cultura fondata sull'ascolto creando una rete di supporto e di cura rivolta a chi ne è direttamente colpito ed alla sua famiglia, così da contrastare il disagio relazionale, il senso di abbandono e l'omertà che spesso caratterizzano queste problematiche.

Il codice lilla e il ruolo dell'infermiere di triage

Il Codice Lilla è un percorso ospedaliero dedicato all'accoglienza nel Pronto Soccorso di persone con un sospetto DCA affinché vengano avviate cure mirate. Questo nuovo codice nasce dal desiderio stesso degli infermieri di garantire all'utente conoscenze e strumenti adeguati, viste negli anni delle importanti lacune in merito a queste patologie che stanno diventando una vera e propria emergenza sanitaria. L'infermiere di triage svolge un ruolo centrale nell'assegnazione o meno del codice Lilla, per cui deve essere sufficientemente formato per poter identificare subito la persona potenzialmente affetta da un DCA. La figura dell'infermiere diventa importantissima anche nel campo della continuità assistenziale per le competenze relazionali e educative che contraddistinguono il suo ruolo professionale.

Prima dell'istituzione del Codice Lilla molti familiari hanno "denunciato" il fatto che, recandosi al PS, dove pensavano di ricevere aiuto, hanno trovato solamente personale sanitario che focalizzava l'attenzione alla cura dei sintomi fisici, tralasciando la presenza di una patologia più profonda. Le persone venivano quindi rimandate a casa senza una

diagnosi di disturbo alimentare, curate solo per le problematiche fisiche.

Nel marzo 2018 il Ministero della Salute ha pubblicato un articolo intitolato “Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione” rivolto proprio agli operatori di Pronto Soccorso affinché acquisissero le competenze tecniche, relazionali e educative necessarie per far fronte a casi di DCA. All'interno dello stesso documento ritroviamo delle indicazioni per indirizzare la persona affetta da DCA ai centri di cura più appropriati, attraverso la segnalazione della mappa dei servizi e delle associazioni dedicati alla cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Se da un lato è fondamentale che l'infermiere rilevi possibili segni e sintomi riconducibili ad un disturbo dell'alimentazione, è altrettanto importante che, già dal momento del triage, egli mantenga una comunicazione empatica con le persone e assuma nei suoi confronti un atteggiamento non giudicante, poiché tutto ciò è necessario alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca.

La persona che soffre di un disturbo dell'alimentazione ha alla base un disturbo psicologico e se si rivolge ad un PS lo fa come richiesta di aiuto per cui si aspetta di essere accolta da personale formato sia per quel che riguarda l'aspetto clinico, ma anche soprattutto per quanto riguarda l'aspetto umano.

Il Codice Lilla sottolinea quindi l'importanza di costruire strumenti concreti che supportino le persone che soffrono di queste malattie.

Il ricovero ospedaliero in urgenza

A partire già dal triage di PS, in base alla gravità della patologia, la persona può essere indirizzata verso diversi livelli di assistenza, ovvero:

- Medico di medicina generale
- Terapia ambulatoriale specialistica
- Terapia ambulatoriale intensiva in centro diurno/day hospital
- Riabilitazione intensiva residenziale
- Ospedalizzazione

Quando la patologia è ormai in stadio avanzato e sussiste un alto rischio per la persona, si ricorre al ricovero ospedaliero, per il quale sono stati stabiliti dei precisi criteri di

ammissione che sono:

- Peso corporeo minore del 75% del peso ideale
- Rapida, persistente, incontrollata perdita di peso (10-15% nei 30 giorni precedenti il ricovero)
- Ripetuti episodi sincopali
- Temperatura corporea < 36,1
- Gravi alterazioni degli esami di laboratorio (potassio, sodio, glicemia...)
- Compromissione dei parametri epatici e renali
- Alterazioni significative del ritmo cardiaco e/o della frequenza cardiaca (FC <50 nell'adulto; <45 assistito pediatrico o adolescente)
- Significativa ipotensione (PA <90/50 mmHg)
- Tendenze suicidarie
- Prolungata mancanza dell'accrescimento atteso o dello sviluppo corporeo (assistiti pediatrici o adolescenti).

Laddove vi sia indice di una grave depressione e di rischio suicidario viene richiesta una valutazione psichiatrica urgente per procedere con un ricovero immediato.

La decisione del ricovero non è mai facile né per l'assistito né per la famiglia, motivo per cui deve essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti. Il ricovero dovrebbe essere effettuato vicino al luogo di residenza della persona per consentire il coinvolgimento dei familiari, soprattutto nel caso degli adolescenti. La preferenza ricade ovviamente sul reparto ospedaliero specializzato del trattamento dei DCA che mostra una prognosi più favorevole rispetto le unità ospedaliere senza esperienza specifica.

In questi reparti specializzati il personale viene formato adeguatamente riguardo alle complicanze mediche peculiari dei disturbi dell'alimentazione, alla gestione delle relazioni e dei comportamenti che si manifestano in questi assistiti e nell'accoglienza e gestione della famiglia. Deve anche saper instaurare un rapporto di fiducia con queste persone soprattutto durante i pasti.

I reparti specializzati devono essere dotati di un'equipe terapeutica multidisciplinare formata da professionisti dell'area medico nutrizionale ed infermieristica che eseguano una valutazione e uno screening dello stato nutrizionale, attraverso il rilevamento dei dati antropometrici e l'anamnesi clinico-nutrizionale, eseguano la rilevazione e valutazione delle complicanze mediche derivanti dai disturbi dell'alimentazione attraverso esami bioumorali e strumentali, pianifichino e gestiscano la terapia nutrizionale per os (pasti assistiti) o nutrizione artificiale, mantengano costanti i rapporti con i familiari con

particolare indicazione per gli assistiti minorenni, aggiornandoli sullo stato nutrizionale della persona e sulla risposta alla terapia in atto.

Gli obiettivi del ricovero sono principalmente:

- far raggiungere alla persona assistita un IMC compatibile con la prosecuzione della terapia in regime residenziale/ semiresidenziale o ambulatoriale
- correzione degli squilibri idro-elettrolitici e dell'eventuale alcalosi metabolica
- garantire una dimissione dopo la quale la persona possa proseguire il trattamento attraverso la presa in carico da parte di uno degli altri livelli assistenziali con la quale l'équipe ospedaliera deve essere preventivamente in contatto per evitare il fenomeno del drop-out frequente soprattutto nei passaggi da un livello assistenziale all'altro.

LA COSTRUZIONE DI UN RAPPORTO TERAPEUTICO INFERMIERISTICO

L'infermiere che assiste una persona affetta da un DCA deve essere abile nel saper creare e promuovere un'alleanza terapeutica fatta di collaborazione reciproca, attenzione alla persona e volta al raggiungimento del "self-empowerment" ovvero, in psicologia, un processo mediante il quale la persona aumenta la possibilità di raggiungere un maggior controllo sulla propria vita.

La figura dell'infermiere, specie quando assiste persone affette da un disturbo così complesso, deve essere caratterizzata da empatia, rispetto, accettazione, fiducia, speranza e deve rimanere in una posizione non giudicante. La costruzione di un'alleanza terapeutica infermiere-persona favorisce una miglior prognosi e l'efficacia del trattamento. Affinché tutto ciò sia possibile, non solo l'infermiere, ma anche la persona, deve essere disponibile al cambiamento. Inoltre, l'assistenza a persone affette da un DCA risulta essere più impegnativa per l'instaurarsi in loro di comorbidità.

Ciò che può capitare è che se il ricovero avviene in unità di degenza affollate, i bisogni degli assistiti con disturbi alimentari potrebbero essere considerati meno importanti perché erroneamente percepiti come meno malati ma in realtà ciò che deve ricordare sempre l'infermiere è la comorbidità psichiatrica, le complicanze e i tassi di mortalità associati a questa patologia.

Ciò che può ostacolare la creazione del rapporto terapeutico è in primis la mancanza di consapevolezza da parte della persona e la negazione della gravità della patologia che fa sì che la persona stessa non abbia alcun controllo della situazione e della maggior parte degli aspetti della sua vita.

Inoltre, gli obiettivi del trattamento sono spesso in diretta opposizione con i desideri della persona ed il ricovero in ospedale tende ad accrescere in questa la paura dell'aumento di peso, controllato normalmente attraverso la rigidità di pensiero, nel tentativo di mantenere un senso di autoefficacia e ordine. L'attenzione agli atteggiamenti di controllo è fondamentale perché questi possono portare a vere e proprie lotte di potere tra la persona e l'infermiere. Anche la paura e l'ansia, sintomi comuni, spesso comportano un limite alla comunicazione.

Un altro aspetto a cui l'infermiere deve porre attenzione è che la persona può identificarsi talmente tanto nel suo disturbo che il fatto di curarlo e di non averlo più può contribuire a un senso di travolgente trepidazione, ovvero un peggioramento dello stato ansioso

accompagnato ad inquietudine e preoccupazione continue.

Il pasto assistito

Il pasto assistito è uno dei trattamenti centrali, riservato alle persone con DCA, sia nei percorsi residenziali e semiresidenziali che in quelli ospedalieri. Questa procedura è indicata nelle persone che non riescono a fare i cambiamenti necessari per superare il disturbo dell'alimentazione, come ad esempio il non mangiare una quantità necessaria di alimenti al fine di recuperare il peso. L'eccessiva preoccupazione per la forma del corpo, la paura di perdere il controllo nei confronti dell'alimentazione e di aumentare di peso in modo incontrollato, l'ansia associata all'assunzione di cibo e la presenza di rituali alimentari possono frenare il desiderio di alimentarsi, in persone in cui non manca comunque il senso di fame.

Il pasto assistito nasce principalmente dall'idea di aiutare la persona a riattribuire al cibo e ai pasti la loro normale funzione di nutrimento riducendo significativamente l'ansia e le paure generate dall'assunzione di cibo.

Gli obiettivi generali di questa procedura sono i seguenti:

- normalizzare il comportamento alimentare ristabilendo la giusta frequenza, quantità e qualità dei pasti;
- promuovere l'incremento ponderale nelle persone sottopeso o il mantenimento del peso;
- aiutare gli assistiti ad attenuare l'ansia e la paura nei confronti del cibo;
- interrompere i rituali alimentari che ostacolano l'assunzione di cibo.

Prima di cominciare questo percorso è fondamentale che le persone siano informate e concordino circa gli obiettivi e le procedure dei pasti assistiti. È altrettanto importante condividere con loro le linee di indirizzo del trattamento per ridurre il drop-out e l'ansia nei confronti dell'alimentazione. Generalmente si programmano 4-5 pasti al giorno perché mangiare regolarmente aiuta nello sviluppo di modalità di alimentazione e riduce il senso di pienezza tipico delle persone sottopeso, riduce la frequenza degli episodi bulimici associati frequentemente a modalità di alimentazione ritardata e ai salti dei pasti.

La persona va incoraggiata a non farsi condizionare dalle emozioni, dalle preoccupazioni e dalla sensazione precoce di pienezza e in alcuni casi vanno anche affrontati alcuni rituali alimentari come mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi. L'assistenza deve essere finalizzata al dialogo e a creare un riferimento fiduciario per la persona.

Gli operatori coinvolti (psicologo, dietista, infermiere) non devono assumere un ruolo autoritario né giudicante ma devono invece svolgere una funzione di aiuto, mostrare un vero interesse e comprendere e aggirare le resistenze, mostrarsi incuriositi dai pensieri

dell'assistito per comprenderne le difficoltà e la paura del cambiamento.

L'ora dopo il pasto è la più difficile in quanto è caratterizzata da un incremento dell'ansia e delle preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo che possono condurre le persone a mettere in atto comportamenti di compenso come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici, l'esercizio fisico eccessivo e, in casi più rari, comportamenti autolesionistici. In questo lasso temporale la persona va monitorata e può essere d'aiuto organizzare delle attività che la distraggano o delle sedute terapeutiche individuali/di gruppo per lavorare sul senso di ansia e disagio legati al pasto.

Affinché questi interventi siano efficaci dovrebbero sviluppare nelle persone delle abilità a lungo termine che potranno utilizzare quando non saranno più assistiti durante e dopo i pasti.

Pianificazione assistenziale

Gli infermieri forniscono un'assistenza completa e continua per cui è rilevante che utilizzino un metodo che consenta loro di fornire degli interventi più qualificati ed organizzati.

Il Nursing Process (NP) può essere definito come l'applicazione pratica di un modello di assistenza infermieristica nella cura della persona. Si tratta di uno strumento metodologico che consente di identificare, comprendere, descrivere, spiegare e/o prevedere la risposta degli individui a problemi di salute o processi vitali e determinare quali aspetti di queste risposte richiedono un intervento professionale (Horta WA. Processo infermieristico. San Paolo: EPU; 1979).

In particolar modo, la persona affetta da DCA necessita di cure sia fisiche che psicologiche che sociali, vista la complessità della malattia, affinché le sue condizioni cliniche migliorino.

Nel tempo, quindi, si è cercato di elaborare un progetto assistenziale che guidasse gli infermieri nella presa in carico di questa persona ma che rendesse anche la stessa partecipe e attiva nella progettazione delle sue cure.

Utilizzando la classificazione NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) è stato possibile rilevare, in base alle problematiche reali e di rischio in cui può incorrere la persona affetta da un DCA, delle diagnosi infermieristiche appropriate con i relativi

NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Interventions Classification).

Tra le principali diagnosi infermieristiche inerenti alla persona assistita abbiamo:

[00002] NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO.

- Assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico.

NOC:

- Stato nutrizionale (1004) livello di assunzione e assimilazione di nutrienti per soddisfare i bisogni metabolici.
- Stato nutrizionale: assunzione di alimenti e liquidi (1008) quantità di cibo e di liquidi introdotti nell'organismo nell'arco di 24 ore.

NIC:

- Assistenza nell'aumento del peso corporeo (1240) aiuto nell'aumento del peso corporeo.
- Gestione dei disturbi del comportamento alimentare (1030) prevenzione e trattamento dei problemi legati a restrizioni dietetiche severe e a una eccessiva attività fisica o a crisi di bulimia seguite da azioni volte a eliminare i liquidi e gli alimenti assunti.
- Gestione della nutrizione (1100) promuovere e garantire un apporto equilibrato di sostanze nutritive.

Attività infermieristiche:

- 1.** Insegnare un metodo di pianificazione dei pasti;
- 2.** Educare l'assistito ed i familiari sui cibi ricchi di nutrienti e al tempo stesso economici;
- 3.** Fornire informazioni appropriate sui bisogni nutrizionali (ad esempio parlare

delle linee guida dietetiche e della piramide degli alimenti).

[00118] DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA.

- Confusione nel quadro mentale del proprio sé fisico.

NOC:

- Immagine corporea (1200) percezione positiva del proprio aspetto e delle funzioni del proprio corpo.
- Autostima (1205) giudizio personale di considerazione e di autostima.

NIC:

- Miglioramento dell'autostima (5400) assistere una persona nell'aumentare la considerazione personale del proprio valore.
- Valorizzazione dell'immagine corporea (5220) miglioramento della percezione e degli atteggiamenti consci e inconsci dell'assistito verso il proprio corpo.

Attività infermieristiche:

1. Stabilire una relazione di fiducia con l'assistito;
2. Esplorare i fatti, i sentimenti ed i comportamenti correlati alla perdita;
3. Incoraggiare le interazioni sociali.

[00195] RISCHIO DI SQUILIBRIO ELETTROLITICO.

Vulnerabilità a variazione dei livelli degli elettroliti sierici che può compromettere la salute.

NOC:

- Equilibrio elettrolitico (0606) concentrazione degli ioni nel sangue necessaria per mantenere l'equilibrio elettrolitico.

NIC:

- Monitoraggio degli elettroliti (2020) sistematica rilevazione, osservazione, analisi, verifica e valutazione dei dati relativi all'assistito per mantenere l'equilibrio elettrolitico.
- Gestione dei disturbi del comportamento alimentare (1030) prevenzione e

trattamento dei problemi legati a restrizioni dietetiche severe e a una eccessiva attività fisica o a crisi di bulimia seguite da azioni volte a eliminare i liquidi e gli alimenti assunti.

Attività infermieristiche:

- 1.** Monitorare i sintomi di uno squilibrio elettrolitico come debolezza, irritabilità muscolare, nausea, variazioni dell'ECG e alterazione degli elettroliti principali come sodio e potassio;
- 2.** Registrare accuratamente le entrate e le uscite;
- 3.** Sorvegliare per disidratazione;
- 4.** Somministrare liquidi, se necessario.

[00224] RISCHIO DI AUTOSTIMA CRONICAMENTE SCARSA.

Vulnerabilità ad autovalutazione e sentimenti negativi duraturi di sé o sulle proprie capacità, che può compromettere la salute.

NOC:

- Autostima (1205) giudizio personale di considerazione e di autostima.
- Consapevolezza di sé (1215) riconoscere i propri punti di forza, miti, valori, sentimenti, attitudini, pensieri e comportamenti in relazione con l'ambiente e con gli altri.

NIC:

- Miglioramento dell'autostima (5400) assistere una persona nell'aumentare la considerazione personale del proprio valore.
- Ispirare speranza (5310) rafforzamento della fiducia di una persona nella capacità di avviare e portare a compimento le proprie azioni.

[00053] ISOLAMENTO SOCIALE.

Solitudine vissuta dalla persona e percepita come imposizione di altri e come stato negativo o minacciosi.

NOC:

- Coinvolgimento sociale (1503) interazioni sociali di un individuo con persone,

gruppi o organizzazioni.

NIC:

- Ispirare speranza (5310) rafforzamento della fiducia di una persona nella capacità di avviare e portare a compimento le proprie azioni.
- Miglioramento della socializzazione (5100) facilitazione della capacità di una persona di interagire con gli altri.

Attività infermieristiche:

1. Assistere la persona a distinguere la realtà dalle percezioni;
2. Ridurre lo stigma dell'isolamento rispettando la dignità della persona;
3. Rinforzare i tentativi dell'assistito, della famiglia e degli amici nello stabilire delle relazioni.

[00095] INSONNIA.

Alterazione della quantità e della qualità del sonno che compromette la funzionalità della persona.

NOC:

- Sonno (0004) periodica sospensione naturale dello stato di coscienza durante la quale il corpo recupera le proprie energie.

NIC:

- Gestione dell'umore (5330) garantire la sicurezza, la stabilità, il recupero e il mantenimento dell'umore nella persona depressa o maniacale.
- Miglioramento del sonno (1850) facilitazione del sonno e dei cicli di veglia regolari.

[00150] RISCHIO DI SUICIDIO.

Vulnerabilità a lesioni autoinflitte che costituiscono una minaccia alla vita.

NOC:

- Autocontrollo dell'ideazione suicidaria (1408) capacità di astenersi da gesti e

tentativi di suicidio.

- Equilibrio dell'umore (1204) adattamento appropriato del tono emotivo in risposta alle circostanze.

NIC:

- Gestione dell'umore (5330) garantire la sicurezza, la stabilità, il recupero e il mantenimento dell'umore nella persona depressa o maniacale.
- Prevenzione del suicidio (6340) riduzione del rischio di ferite autoinflitte con l'intento di togliersi la vita.

Attività infermieristiche:

1. Valutare e documentare, almeno una volta al giorno, il rischio di suicidio dell'assistito;
2. Valutare per comportamenti che segnalano pensieri o progetti di suicidio;
3. Mantenere l'ambiente libero da oggetti pericolosi;
4. Osservare, registrare e riferire ogni cambiamento di umore e di comportamento che può indicare un aumento del rischio di suicidio e documentare risultati dei regolari controlli di sorveglianza.

Inoltre, vista l'importanza che il caregiver o la famiglia rivestono nel trattamento della persona con DCA, sono state individuate delle diagnosi infermieristiche anche in loro sostegno.

[00073] COPING INADEGUATO DELLA FAMIGLIA.

Comportamento di una persona significativa (componente della famiglia, altra persona significativa o amico stretto) che diminuisce le capacità proprie e dell'assistito di affrontare efficacemente i compiti essenziali per l'adattamento di entrambi a una situazione che rappresenta una sfida alla salute.

NOC:

- Coping della famiglia (2600) capacità della famiglia di gestire i fattori di stress che mettono alla prova le sue risorse.
- Sostegno della famiglia durante il trattamento terapeutico (2609) capacità

della famiglia di essere presente e di fornire sostegno emotivo quando un suo componente viene sottoposto ad un trattamento terapeutico.

NIC:

- Promozione del coinvolgimento della famiglia (7110) facilitazione della partecipazione dei componenti della famiglia all'assistenza emotiva e fisica dell'assistito.
- Terapia alla famiglia (7150) assistenza ai familiari perché aiutino la propria famiglia a adottare un modo di vivere più adeguato alle esigenze del nucleo familiare.

Attività infermieristiche:

- 1.** Aiutare la famiglia a riconoscere il problema;
- 2.** Aiutare la motivazione della famiglia al cambiamento;
- 3.** Aiutare i componenti della famiglia a chiarire che cosa si aspettano e di cosa hanno bisogno da tutti gli altri;
- 4.** Discutere con la famiglia modi efficaci per dimostrare i sentimenti.

[00064] CONFLITTO IN RAPPORTO AL RUOLO GENITORIALE.

Il genitore prova confusione e conflitto di ruolo in risposta a una crisi.

NOC:

- Prestazioni di ruolo genitoriale (2211) azioni dei genitori per creare un ambiente favorevole alla crescita fisica, emotiva e sociale dei figli.

NIC:

- Mantenimento dei processi familiari (7130) ridurre al minimo gli effetti di una alterazione dei processi familiari.
- Sostegno al caregiver (7040) fornire le informazioni, la tutela e il sostegno necessari per facilitare l'assistenza primaria alla persona assistita da parte di un'altra persona che non è un professionista della salute.

Attività infermieristiche:

- 1.** Mettere a confronto i genitori con i loro comportamenti genitoriali inefficaci

(durante la crisi) e discutere i possibili comportamenti alternativi;

2. Aiutare i genitori a identificare i loro punti di forza personali e le capacità di coping che possono essere usati per risolvere la crisi;

[00061] TENSIONE NEL RUOLO DI CAREGIVER.

Difficoltà a svolgere il ruolo di caregiver per un familiare o un'altra persona significativa.

NOC:

- Benessere del caregiver (2508) soddisfazione del caregiver riguardo alla propria salute e alle circostanze della vita.

NIC:

- Promozione del ruolo genitoriale (8300) dare informazioni sul ruolo genitoriale, sul supporto e sul coordinamento di servizi disponibili per le famiglie ad alto rischio.
- Gestione della nutrizione (1100) promuovere e garantire un approccio equilibrato di sostanze nutritive.

Attività infermieristiche:

1. Valutazione dei fattori contribuenti;
2. Fornire sostegno emotivo ed incoraggiamento;
3. Aiutare la famiglia a valutare la situazione con realismo;
4. Indicare altri servizi come necessario.

CONCLUSIONI

Il lavoro di tesi da me sviluppato nasce con l'obiettivo di indagare tutti gli aspetti salienti dei Disturbi Alimentari e in modo particolare dell'anoressia nervosa affinché l'infermiere possa riconoscere le varie forme nelle quali il disturbo può presentarsi e quindi realizzare dei piani assistenziali specifici e utili alla cura dell'assistito. Queste patologie sono purtroppo, a volte, sconosciute, specialmente ai genitori di ragazzi e ragazze adolescenti che rappresentano la fetta più grande di popolazione colpita. È necessario e fondamentale, quindi, che chi sta vicino a queste persone, abbia degli input per poter riconoscere precocemente i sintomi, in modo tale da potersi rivolgere a professionisti che possano aiutarli. Inoltre, è doveroso, informare la popolazione che a sostegno di queste persone ci sono molte iniziative (come la Giornata Internazionale del Fiocchetto Lilla) nonché molte strutture, oltre all'ospedale.

In questa tesi ho voluto porre l'attenzione specialmente sul ruolo che l'infermiere svolge in ambito ospedaliero. La sua figura è di estrema importanza per la persona, sia da un punto di vista terapeutico che umano. L'infermiere che assiste persone affette da DCA deve avere delle capacità sia tecniche che umane per poter fornire loro sostegno e per poterli accompagnare nel percorso di cura costruendo un valido rapporto terapeutico.

Ho voluto, inoltre, indagare due tipologie di terapie derivanti dalla cognitivo-comportamentale ovvero la FBT, un trattamento multidisciplinare che include un neuropsichiatra o lo psicologo, un co-terapeuta ed un team che si compone di pediatra, infermiere e nutrizionista e che permette anche l'inclusione della famiglia, che in realtà può, se aiutata, facilitare il percorso di cura e guarigione, nonostante a volte l'ambiente familiare stesso va indagato per risalire ad eventuali problemi che potrebbero essere all'origine di un DCA. La CBT-E è un altro trattamento utile per tutte le categorie diagnostiche dei DCA in quanto è un approccio transdiagnostico e quindi applicabile, con minime modifiche, a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione.

Oltre poi ad approfondire tutti quelli che sono i valori bioumorali, i test fisici e gli aspetti psicologici riconducibili ad un DCA, ho approfondito il tema del pasto assistito, momento fondamentale del trattamento perché proprio lì si instaura un rapporto non sano tra la persona ed il cibo, visto come un nemico.

In ultimo, ricorrendo alla classificazione NANDA-I, ho delineato quelle che sono le principali diagnosi infermieristiche con relativi interventi (NIC) ed obiettivi (NOC) per poter guidare gli infermieri nella costruzione di un piano assistenziale riservato all'assistenza di persone con DCA e alla famiglia o caregivers che li accompagnano.

RIFLESSIONI PERSONALI

La scelta di sviluppare questo tema per la mia tesi di laurea è nata dopo la frequentazione, come tirocinante infermiera, del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Pediatrico Salesi di Ancona durante il secondo anno di Corso.

La parte pediatrica mi ha sempre affascinata e in quell'occasione ho avuto modo di affrontare un tema che nel passato mi ha toccata in prima persona, quello dei DCA in giovani ragazze dai 12 ai 17 anni. Reputo quell'esperienza tra le più belle e significative vissute in questi tre anni per il fatto di aver avuto modo di analizzare e scoprire da vicino cosa voglia dire disturbo alimentare, quali siano i sintomi comuni a tutte le ragazze, l'importanza del ruolo dell'infermiere, il momento del pasto assistito e della visita giornaliera, nonché il rapporto, il più delle volte conflittuale, tra figlia adolescente e madre. In quell'occasione non solo ho avuto modo di studiare i comportamenti delle ragazze ma anche quelli dell'infermiere, soprattutto durante i momenti di crisi delle stesse e durante la somministrazione della terapia e della pesata.

Ho conosciuto le loro storie, ho assistito ai loro gesti compulsivi ed ossessivi, alle lunghe ed interminabili passeggiate per il corridoio, al loro modo di tagliare il cibo in piccoli pezzi per mangiarne sempre meno, alle loro crisi, spesso successive all'incontro con i genitori o alla visita con psicologo e nutrizionista.

È stata un'esperienza unica, soprattutto da un punto di vista umano e mi ha resa ancora più consapevole del fatto che prima di essere infermieri siamo persone e che come ci rapportiamo all'assistito, specie nel caso di patologie così complesse, può essere fondamentale per il processo di guarigione stesso.

All'inizio di quell'esperienza è stato difficile rapportarsi con le ragazze, ma, rispettando i loro tempi, ho avuto modo di conoscerle meglio rivedendo una me del passato che come loro ha sofferto ma che ce l'ha fatta.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica
Nervous anorexia in the pregnancy: care in obstetric-gynaecological nursing *Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, JM, Fernández Valero, MJ, 2011.
- Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della salute, n. 17/22, luglio 2013.
- Batista, M. Predictors of Eating Disorder Risk in Anorexia Nervosa Adolescents. Acta Clinica Croatica, 2018.
- Dalle Grave, R. La Terapia Cognitivo Comportamentale Multistep dei Disturbi dell'Alimentazione. Teoria, Trattamento e Casi Clinici. Firenze: Eclipsi, 2015.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. Behaviour Research and Therapy (73, 79-82), 2015.
- Davies H, Schmidt U, Stahl D, Tchanturia K. Evocata espressione emotiva ed esperienza nell'anoressia nervosa, 2011.
- Fairburn, C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press, 2008.
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, 29 settembre 2017.
- Ministero della Salute. 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", 2018.
- Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. Vanessa Pellegrino Toledo Natália Amorim Ramos Flávia Wopereis, 2011.
- Setting Standards of Care for Diagnosis and Treatment of Adolescents with Eating Disorders, GEORGE D. COMERCI, M.D.,1995.

SITOGRAFIA.

<https://disturbialimentariveneto.it/disturbi-nutrizione/> (21 Settembre 2014)

<https://www.ospedemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa/> (9 gennaio 2023)

<https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>

https://www.paginemediche.it/medicina-e-prevenzione/disturbi-e-malattie/anoressia-nervosa-i-rischi-per-gli-adolescenti (13 Giugno 2017)

<https://www.stateofmind.it/2016/07/ruolo-famiglia-disturbi-alimentari/> (8 Luglio 2016)

<http://www.centroiltulipano.com/2019/01/04/anoressia-nervosa-qual-e-ruolo-dei-genitori/> (4 Gennaio 2023)

<http://www.dallegrave.it/funzionamento-familiare-e-sociale-nei-disturbi-dell'alimentazione/>

