



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**RUOLO INFERMIERISTICO NEL
PASTO ASSISTITO IN PERSONA
AFFETTA DA ANORESSIA NERVOSA**

Relatore: Chiar.mo
Ercolani Maurizio

Tesi di Laurea di:
Perdichizzi Francesco Maria

AA. 2020/2021

INDICE

Abstract: Background, scopo della tesi, metodi, risultati.

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 4 |
| BACKGROUND | 6 |
| Capitolo 1 | |
| 1.1 adolescenza e cambiamenti spontanei | 10 |
| 1.2 disturbi alimentari in adolescenza..... | 11 |
| 1.3 quadro clinico dell'anoressia nervosa..... | 12 |
| 1.4 eziologia e fattori di rischio per AN..... | 14 |
| 1.5 criteri diagnostici ed epidemiologia dell'AN..... | 16 |
| 1.6 trattamenti nella cura dell'anoressia nervosa..... | 17 |
| 1.7 trattamenti farmacologici..... | 17 |
| 1.8 trattamenti non farmacologici..... | 19 |
| 1.9 pasto assistito..... | 19 |
| CAPITOLO 2 | |
| 2.1 definizione del quesito di ricerca in forma narrativa..... | 23 |
| 2.2 definizione del quesito di ricerca secondo il metodo pico..... | 23 |
| 2.3 parole chiave, fonte dei dati..... | 23 |
| 2.4 elenco degli articoli selezionati..... | 24 |
| CAPITOLO 3 | |
| 3.1 conclusioni..... | 26 |
| 3.2 riflessioni personali..... | 27 |
| 3.3 bibliografia..... | 28 |

ABSTRACT:**BACKGROUND:**

I disturbi alimentari consistono in modalità di assunzione di cibo che compromettono lo stato di salute fisica o il funzionamento psicosociale di una persona. L'anoressia è un disturbo del comportamento alimentare, sicuramente è tra i più noti e pericolosi, colpisce soprattutto nella fascia adolescenziale e in percentuale molto maggiore il sesso femminile.

Coloro che soffrono di un disturbo del comportamento alimentare presentano sintomi di carattere psicologico, psichiatrico e somatico e per tale motivo, il trattamento di questi disturbi richiede strutture e personale specializzato in grado di fornire un approccio multidisciplinare.

SCOPO:

Lo scopo della presente tesi è individuare i compiti efficaci dell'infermiere durante il pasto assistito in pazienti con anoressia nervosa.

METODI:

La metodologia utilizzata è la revisione della letteratura in modo da indagare su quanto già presente in merito all'argomento scelto. Le ricerche principali sono state effettuate su pub-med e su chinal, ho utilizzato anche il manuale diagnostico DSM5 ,le revisioni della FNOPI e il sito del ministero della salute .

RISULTATI:

I risultati che emergono da questa revisione sottolineano la necessità da parte del personale infermieristico di ripristinare il peso corporeo normalizzando gli schemi alimentari e di esercizio fisico. Instaurare una relazione terapeutica di fiducia con l'assistito è il primo passo che si è dimostrato fondamentale, anche durante i pasti assistiti, dove gli infermieri alleviano l'ansia della persona nei confronti del pasto, limitano i rituali alimentari fino ad arrivare ad eliminarli. Il personale infermieristico oltre a far rispettare le prescrizioni alimentari e di esercizio erogando in modo direttivo chiare regole, dovrebbe raccogliere anche dati attraverso uno schema durante e dopo il pasto in modo da fornire una maggiore continuità assistenziale.

INTRODUZIONE

L'anoressia nervosa è uno dei più comuni e allo stesso tempo grave disturbo del comportamento alimentare. Si caratterizza per l'eccessiva preoccupazione verso il proprio peso corporeo, dalla distorsione dell'immagine di sé e dalla restrizione dell'assunzione di cibo. Essa comporta problemi generali di salute anche di notevole portata, fino alla morte.

La fame e procurarsi del cibo ha rappresentato un problema fondamentale nell'evoluzione e nella storia dell'uomo; oggi per molte persone il cibo è disponibile con abbondanza e continuità e questa disponibilità ha lasciato emergere l'anoressia nervosa, probabilmente da sempre presente limitatamente nella storia umana, in maniera più marcata.

L'immagine del corpo ideale è cambiata molto nel corso della storia, nell'Epoca Rinascimentale lo stereotipo della bellezza femminile era la donna dal corpo prospero, le forme abbondanti rappresentavano la ricchezza e il ceto nobile di appartenenza. Negli anni Novanta e nel terzo millennio si riafferma la magrezza come canone estetico, associata a sicurezza in sé, determinazione e autoaffermazione sociale. Per quanto riguarda i mass media si hanno pressioni sociali che possono essere anche contrastanti, da un lato vengono pubblicizzati cibi con alto contenuto calorico e con confezioni che attirano l'attenzione del consumatore, dall'altro le industrie di alta moda diffondono un esempio di corpo ideale sempre più esile e sottile, con modelle scheletriche e stereotipate. D'altra parte quale miglior modo di mettere in risalto un capo d'abbigliamento se non facendolo indossare ad un corpo privo di forma, si distoglie lo sguardo dalla persona sotto l'abito per concentrare il pubblico su di esso.

Questo tipo di disturbo non riguarda solo le donne e gli uomini non ne sono esenti. Anche loro sono potenziali consumatori di prodotti per l'estetica e nelle riviste compaiono modelli dal fisico asciutto e atletico. Negli ultimi tempi si è assistito ad un aumento della percentuale di popolazione maschile affetta da disturbi alimentari, negli ultimi anni tra gli uomini l'anoressia negli USA è salita dall'1 al 7%. (Mantoan, 2009) Un emblema della lotta contro l'anoressia è stata Isabelle Caro, che nel 2007 posò nuda per una campagna pubblicitaria del fotografo Oliviero Toscani. Morì il 17 Novembre 2010 a 28 anni, pesava 31kg per 164cm di altezza.

La Quinta Edizione del DSM a cura dell'American Psychiatric Association (2014) descrive l'anoressia nervosa (AN) come uno tra i disordini che si ripercuotono della condotta alimentare. Tra i disturbi del comportamento alimentare l'anoressia nervosa è considerata la forma più nota.

Trattasi di una patologia che generalmente, ma non esclusivamente, si manifesta in ragazze adolescenti e giovani donne ed è caratterizzata da intensa paura di diventare grasse, da un rifiuto di mantenere il peso corporeo ad un livello normale anche se sottopeso e da disturbi dell'immagine del corpo (Colman, 2009).

I DCA risultano avere un maggiore riscontro nella pratica clinica in quanto i soggetti che richiedono un intervento terapeutico ai servizi specializzati sono in aumento.

Purtroppo mi è capitato di ascoltare da persone che magari non conoscono a fondo questa problematica che pensano che il peso eccessivamente basso sia frutto di un "capriccio", infatti queste persone non considerano la patologia come tale ma sostengono che questi comportamenti sono volontari.

Tutto ciò, sommato al fatto che spesso le persone affette da anoressia nervosa ritardano la rivelazione della loro malattia, sperimentando vergogna nel chiedere aiuto e nel sottoporsi a trattamenti intensivi di cura, causa a loro percezione dello stigma.

Il ruolo dell'infermiere che assiste persone affette da AN è molto importante sotto molti punti di vista, il fine unico è di far recuperare il peso perso in eccesso e di ripristinare un giusto stato mentale con la collaborazione di diversi professionisti quali psichiatra, psicologo, dietista ecc..

Ho notato anche dalla mia esperienza di tirocinio che il momento del pasto è fondamentale e l'infermiere che assiste persone con disturbo della condotta alimentare deve saper adottare comportamenti adeguati al fine di rendere questo momento il più proficuo possibile al fine di limitare la degenza e favorire il recupero della persona più in fretta possibile.

Ho deciso di affrontare questo argomento in quanto durante il periodo in cui sono stato in SPDC ho avuto l'occasione di poter vedere ben due ragazze affette da questa patologia una di 24 anni ed un'altra di soli 17 , entrambe avevano come presidio per la nutrizione enterale il sondino naso gastrico ,quindi eravamo in una fase assistenziale e clinica abbastanza grave dove il bisogno di ripristinare un adeguato apporto calorico era prioritario, l'utilizzo di questo metodo di nutrizione artificiale è consigliato

esclusivamente quando il loro rifiuto ad alimentarsi è un pensiero fisso che non è possibile eradicare in tempi brevi, tempo fondamentale per ridurre il rischio di mortalità.

BACKGROUND

I disturbi alimentari sono malattie psichiatriche croniche con significative complicanze mediche, disagio psicologico e spesso comorbidità psichiatrica. Oltre ad essere un problema di salute pubblica, i disturbi alimentari sono, tra le malattie psichiatriche, una di quelle con la mortalità più elevata. Sebbene molte persone siano trattati in regime ambulatoriale si ricorre anche all'assistenza ospedaliera per le situazioni più gravi, determinate dalla gravità della malattia ma anche da problemi concomitanti.

L'AN è considerata una sindrome che induce il paziente ad una deliberata perdita di peso ed è pertanto associata ad un'iponutrizione di gravità variabile con conseguenze anche a livello endocrino e metabolico e disturbo delle funzioni corporee. Le complicanze che si riscontrano a livello fisico per l'AN sono correlate e dipendenti dallo stato di denutrizione, dalla rapidità della perdita di peso e dalle modalità utilizzate per raggiungere tale obiettivo. Le complicanze che si osservano a livello fisico sono principalmente la conseguenza di tre fattori: la restrizione dietetica, il sottopeso ed i comportamenti compensatori adottati. Le complicanze fisiche dell'AN interessano tutti gli organi e apparati e di norma queste sono reversibili con il ripristino di un peso corporeo salutare, di una corretta alimentazione e dell'adozione di uno stile di vita sano.

Quando si parla di anoressia è necessario considerare le complicanze fisiche che la patologia comporta, ma anche il tasso di mortalità ed il rischio suicidale ad essa associato. Il suicidio rappresenta una delle cause principali di morte, soprattutto per quei soggetti che intraprendono un percorso di cura. I fattori di rischio suicidali sono diversi e tra questi si osservano: il comportamento purgativo, la cronicizzazione della malattia, la presenza di sintomi ossessivi, depressione maggiore ed un indice di massa corporea notevolmente basso. In caso di AN, il suicidio, più che le complicanze del dimagrimento, rappresenta la principale causa di morte. All'interno del trattamento multidisciplinare, gli infermieri

sono in grado di identificare tempestivamente i segnali di allarme precoci. I clinici hanno osservato inoltre come la negazione della propria malattia tenda a svanire dopo che si è instaurata una buona relazione terapeutica, possibile solo quando la persona si sente a suo agio e al sicuro, abbandonando le sue difese hanno un grande numero di opportunità di riconoscere, identificare e intervenire sui soggetti che sono considerati a rischio suicidario. L'associazione tra i disturbi alimentari e i pensieri suicidali rende obbligatorio che i professionisti della salute individuino il rischio suicidale al fine di eliminarlo, incrementando la speranza dell'assistito, grazie all'insieme di interazioni propositive e significative. La restrizione dietetica dei soggetti con AN è associata ad alcuni processi psicologici. I sintomi psicologici che comunemente si osservano tra i soggetti affetti da AN sono depressione, ansia, ossessioni, irritabilità, sbalzi del tono dell'umore, difficoltà di concentrazione, perdita di interesse e isolamento sociale. Nella fase di calo del peso corporeo, questi sintomi tendono a peggiorare, ma sembrano scomparire completamente quando il soggetto raggiunge un peso normale.

I disturbi d'ansia, la depressione ed il disturbo ossessivo-compulsivo sono condizioni psichiatriche comuni che possono tuttavia essere presenti prima dell'esordio di malattia anoressica e possono persistere in alcuni casi anche dopo la guarigione da quest'ultima. Gli individui affetti da AN si trovano solitamente impegnati a mettere in atto condotte di restrizione alimentare e di eliminazione dell'alimentazione al fine di rendere la propria vita più gestibile, ovvero sotto controllo, poiché avvertono la sensazione di sentirsi incapaci di controllare le relazioni interpersonali, le reazioni interne e gli eventi generali. Attraverso tali condotte coloro che soffrono di AN riescono a soddisfare il bisogno umano di controllo che rappresenta un principale fattore psicologico nella causa dei disturbi del comportamento alimentare.

La ricerca del controllo e la sensazione di possederlo, si esplicano mediante il monitoraggio continuo di un determinato parametro correlato alla preoccupazione per l'alimentazione e la forma corporea: i soggetti controllano ossessivamente il proprio peso, la forma corporea e si impongono restrizioni alimentari in modo tale da ottenere la sensazione soggettiva di controllo sulla propria fisicità. Nel disturbo anoressico si osserva un'altra caratteristica di origine psicologica che occupa una posizione centrale nella malattia: il tema dell'autonomia. Nei soggetti anoressici il controllo è vissuto come elemento fondamentale per il benessere e pertanto si sforzano di mantenerlo,

concentrandosi sulla preoccupazione per il peso e la forma corporea, anche perché tale sensazione soggettiva è relativamente carente in altre aree della propria vita. Infatti il soggetto anoressico è considerato colui che detiene il controllo, ma allo stesso tempo è anche la vittima di un altro soggetto che possiede il controllo su di lui, spesso la madre: è stato osservato che all'interno delle famiglie di soggetti anoressici vi è una minore tendenza all'incoraggiamento per l'indipendenza.

Sempre in caso di AN sono stati rilevati altri due aspetti di carattere psicologico che definiscono il disturbo, ovvero la bassa autostima e la carente e negativa concezione di sé: i soggetti anoressici valutano sé stessi come inefficaci ed incompetenti.

Un altro aspetto che caratterizza chi soffre di anoressia nervosa è la diffidenza e la sfiducia che mostrano in sé stessi così come nelle altre persone.

I disturbi del comportamento alimentare non interessano unicamente la fascia adolescenziale: i casi di insorgenza precoce (prepuberi) e tardivi (età adulta) sono in aumento, così come sono sempre più numerosi i soggetti di sesso maschile che si ammalano di DCA.

I DCA racchiudono una serie di sintomi psicologici, psichiatrici e somatici tali da richiedere un trattamento in strutture specializzate e con un personale formato e specializzato al fine di fornire un approccio multidisciplinare sia a livello ambulatoriale, intensivo, di ospedalizzazione parziale (day hospital) o totale. Vista la gravità dell'AN in termini di morbilità, gli effetti negativi della drastica restrizione alimentare (talvolta permanenti) ed il ritardo nella richiesta di aiuti, spesso è richiesto un supporto ed un intervento tempestivo ed intensivo. La durata media della malattia anoressica è di circa 5 anni, mentre quella di ricovero è di circa 1 anno, questo comporta il coinvolgimento del personale infermieristico nel lungo periodo. In caso di anoressia nervosa, un punto centrale dell'assistenza infermieristica corrisponde al favorire l'aumento di peso, aspetto che maggiormente preoccupa coloro che soffrono del disturbo, pertanto la relazione d'aiuto infermiere-assistito è un'importante parte del trattamento, ma per raggiungere l'obiettivo di salute, questa deve essere di elevata qualità e considerarsi terapeutica (Nell'iliade il theràpon di Achille è Patroclo, Servitore non "ancillare", non uno schiavo che deve, ma una persona sempre a disposizione. Egli si "prende cura", consola, capisce i suoi sentimenti, anche semplicemente "lo ascolta" temi fondamentali sono l'ascolto attivo, empatia, il counseling).

Nei soggetti anoressici è stato osservato un rifiuto ed una negazione della serietà e gravità del basso peso corporeo: alcune ricerche hanno evidenziato come alcuni pazienti negano la propria condizione di malattia e questo aspetto è stato associato a carenti out-come del trattamento. Il rifiuto nel riconoscimento del problema e della malattia può essere gestita ed affievolita dagli infermieri, i quali grazie al loro monitoraggio continuo volte a non perdere il controllo. Difatti, le relazioni positive che si instaurano tra infermieri e assistiti nel corso del trattamento della malattia, hanno un ruolo importante per migliorare l'autostima, che solitamente è assente. Al fine di migliorare l'assistenza, gli infermieri sono coinvolti e si confrontano costantemente con il soggetto e gli altri membri dell'équipe multidisciplinare, ma anche con il nucleo familiare dell'assistito. L'assistenza infermieristica oltre ad essere rivolta al singolo individuo, ha come punto chiave anche la sua famiglia. Per i familiari il sintomo alimentare rappresenta nella maggior parte dei casi un evento traumatico, che irrompe inaspettato generando una rottura degli equilibri familiari. Si possono difatti presentare reazioni iniziali di crisi, come ad esempio il sentimento di impotenza che mette in dubbio la capacità dei genitori di svolgere la propria funzione educativa. L'infermiere dovrà quindi essere in grado di intervenire anche sui familiari, cercando di far comprendere loro che non devono sentirsi in colpa, ma allo stesso tempo, che l'anoressia nervosa è una patologia che oltre a riguardare il proprio figlio, coinvolge anche tutto il nucleo familiare.

L'infermiere, durante il ricovero o nel percorso riabilitativo, ha anche il compito di preparare gli assistiti ed i suoi familiari alla dimissione. L'AN spesso necessita di ripetute riammissioni in ospedale e pertanto, solitamente, gli adolescenti affetti da AN vengono ammessi in ospedale a causa di varie complicazioni mediche che includono la severa malnutrizione, la disidratazione, l'instabilità psicologica e disturbi legati agli elettroliti. Durante il ricovero è fondamentale, oltre a ristabilire il peso corporeo ed una riabilitazione a livello nutrizionale, anche fornire un supporto a livello psicologico.

CAPITOLO 1

1.1 ADOLESCENZA E CAMBIAMENTI SPONTANEI:

Con il termine adolescenza si intende quel periodo che va dai 12 ai 20 anni circa, in cui l'individuo deve affrontare una serie di cambiamenti che interessano oltre al suo sviluppo fisiologico, anche quello morfologico, sessuale, cognitivo e sociale.

Queste trasformazioni, portano l'adolescente a modificare l'immagine che ha di se stesso e a confrontarsi continuamente con l'immagine che gli altri hanno di lui.

L'adolescenza quindi, inizia con la pubertà che si riferisce esclusivamente al passaggio dalla condizione fisiologica e morfologica del bambino alla condizione fisiologica dell'adulto. Mentre il periodo adolescenziale completo varia per durata e qualità da una civiltà all'altra ed anche da un gruppo sociale all'altro, comunque l'adolescenza in tutte le culture è il passaggio dallo status sociale del bambino allo status sociale dell'adulto. Le mutazioni fisiche fanno sì che l'adolescente sia trattato diversamente dalle altre persone rispetto a quando era bambino: le richieste si modificano, così come anche le aspettative, che aumentano e pretendono un comportamento adulto, anche se allo stesso tempo si continua a considerare l'adolescente non completamente autonomo. Le relazioni sono in fase di mutazione e di questo l'adolescente si rende conto e reagisce di conseguenza, modificando il proprio comportamento: si osservano i primi conflitti, solitamente all'interno del nucleo familiare, in quanto l'individuo non accetta di essere totalmente dipendente dalla famiglia e dalle diverse forme di sostegno socio-affettive che questa ha dato sino a quel momento. Il lutto più grave è senza dubbio simboleggiato dalla perdita del ruolo infantile. Durante l'adolescenza avviene il consolidamento dell'identità attraverso i processi psicologici di identificazione e di sperimentazione. La possibilità di frequentare ambienti nuovi, come quello scolastico o sportivo, permette all'adolescente di confrontarsi con i coetanei, sperimentandosi in contesti diversi e stimolanti.

Nel corso dell'adolescenza avviene una maturazione del pensiero: il ragazzo sviluppa la capacità di fare ragionamenti astratti e di riflettere in modo critico sul proprio pensiero e su quello delle altre persone. Sviluppa inoltre l'abilità di ragionare per ipotesi, e di valutare le conseguenze delle sue azioni. Si tratta di capacità fondamentali per relazionarsi in modo maturo con gli altri e per progettare il proprio futuro.

Normalmente, terminata l'adolescenza, il ragazzo consolida la propria identità e porta a termine il processo di separazione psicologica dai genitori, gettando le basi per la realizzazione di sé e dei suoi progetti all'interno della società.

Tutti questi cambiamenti rendono l'adolescenza un periodo di grande vulnerabilità.

E' importante quindi non sottovalutare eventuali manifestazioni di disagio emotivo, relazionale o scolastico, intervenendo per tempo e sostenendo psicologicamente il ragazzo quando necessario.

L'emarginazione a volte può sfociare in uno stato di opposizione sociale, che può esprimersi in comportamenti falsamente trasgressivi, quali fughe da casa, abuso di sostanze (alcol e droghe), sesso non protetto. Altre volte il disagio derivante da tale condizione si estrinseca in disturbi psicologici (anoressia-bulimia, distimia, ciclotimia, stati depressivi).

1.2 DISTURBI ALIMENTARI IN ADOLESCENZA

L'adolescenza è una fase della crescita delicata e complessa: il corpo subisce rapide trasformazioni; il funzionamento mentale infantile lascia il posto a processi cognitivi e modelli di ragionamento più complessi; al contempo, il legame affettivo con i genitori subisce un cambiamento, si acuisce il senso critico nei loro confronti e si inizia a cercare un confronto con i coetanei.

Gli squilibri emotivi e corporei che questa rivoluzione comporta possono creare una situazione di fragilità che apre la strada allo sviluppo di un disturbo alimentare. Nel tentativo di padroneggiare tutti questi improvvisi cambiamenti, può accadere che l'adolescente si trovi a operare, proprio attraverso il corpo, un serrato controllo sui propri bisogni ed emozioni, sentiti come eccessivi, caotici e disorganizzanti.

Una recente indagine italiana ha preso in esame un campione di circa 400 studenti di scuole elementari e medie. È stato riscontrato che il 14% dei bambini delle classi elementari e il 20% dei ragazzi delle medie ha una paura patologica della crescita e cerca di nascondere il disagio sviluppando un'ossessione per la forma fisica, con ripercussioni importanti sull'alimentazione.

A percepire i primi campanelli d'allarme sono le persone a stretto contatto con il ragazzo. Nel contesto familiare, i genitori possono prestare particolare attenzione ad alcuni segnali per riconoscere la presenza di un disturbo del comportamento alimentare; ad esempio dei comportamenti anomali durante il pasto come sminuzzare in piccoli pezzi, dividere il pasto, mangiare lentamente, nascondere il cibo oppure per persone bulimiche mangiare velocemente.

Altro campanello d'allarme, per la famiglia, è l'ossessione per il proprio aspetto fisico, nel caso dell'anoressia l'adolescente dimagrisce molto velocemente raggiungendo un peso al di sotto del peso forma in poco tempo, passa ore davanti allo specchio, si pesa spesso durante la giornata. I genitori possono inoltre notare un isolamento relazionale dei propri figli soprattutto durante i pasti, l'adolescente in questo caso cerca di compensare questo disagio con un buon rendimento scolastico limitando ulteriormente la socializzazione. un altro segnale da captare è il fatto che il ragazzo o la ragazza svolgono un'eccessiva attività fisica per smaltire quelle poche calorie che hanno assunto durante il pasto.

1.3 QUADRO CLINICO DELL'ANORESSIA NERVOSA

Il DSM-5 ha introdotto due cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Il primo è l'abolizione del criterio amenorrea previsto dal DSM-IV perché non può essere applicato ai soggetti di sesso maschile, alle donne in menopausa, alle giovanissime premenarcali ed in quei soggetti che assumono estroprogestinici e per il fatto che alcune persone esibiscono tutti gli altri segni dell'anoressia nervosa ma continuano a mestruare. Il secondo riguarda il cambiamento del criterio A, che nel DSM-IV richiedeva un peso inferiore all'85% rispetto a quanto previsto (in pratica un IMC < 17,5) oppure l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, mentre nel DSM-5 è richiesto un peso significativamente basso inferiore al minimo normale (cioè IMC < 18,5) o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso (cioè < 5° percentile). Inoltre è stata eliminata la frase "rifiuto di mantenere il peso corporeo ai di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura" perché richiedeva l'intenzione da parte del soggetto e poteva essere difficile valutarla oggettivamente. Nel criterio C è stata

anche aggiunta la frase “comportamento persistente che interferisce con l’aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso”.

Nell’anoressia nervosa le analisi di laboratorio rilevano anomalie ematiche, biochimiche, endocrinologiche, nell’ECG, nella massa ossea e nell’EEG. Inoltre, sono presenti specifici segni e 8 sintomi fisici, spesso dovuti al digiuno, come amenorrea, stipsi, dolori addominali, emaciazione, ipotensione, ipotermia e bradicardia (APA, 2014).

I criteri diagnostici DSM-5 dell’anoressia nervosa sono diventati quindi i seguenti:

1. Restrizione dell’assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso rispetto ad età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. 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.

Altre manifestazioni che si riscontrano nelle persone affette da anoressia nervosa sono:

- riduzione della densità minerale ossea che porta all’osteopenia e alla sua forma più grave, l’osteoporosi, presente dal 20% al 50% delle persone malate
- diminuzione della libido (arrivando all’impotenza, per gli uomini)
- diminuzione della concentrazione di zinco nel sangue, che necessita di una terapia nutrizionale aggiuntiva alla dose di 14mg al giorno
- mal di testa
- carie dentaria

- riduzione della capacità di concentrazione sotto stress, specie nei casi di lunga durata, mentre in condizioni normali non si notano alterazioni
- ipoglicemia, causata da un'alterata secrezione dell'ormone glucagone
- la pancreatite cronica e la sua forma acuta sono correlate all'anoressia e alla malnutrizione in genere, anche se non è chiara la genesi della patologia
- diminuzione del numero dei leucociti (leucocitopenia) nel sangue

1.4 EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO PER ANORESSIA NERVOSA

Nella maggior parte dei casi le cause che portano all'anoressia nervosa sono multifattoriali quindi non dipendono da un elemento specifico ma dall'insieme di più fattori (familiare, psicologica, psichiatrica, socio-culturale, genetico-biologico).

Nelle persone affette da questa patologia l'ossessione per il cibo, il pensiero fisso e costante del cibo nella propria mente, può avere un'influenza sul tono emotivo specie in chi ha una particolare sensibilità verso le emozioni negative. Tristezza e senso di colpa sono emozioni che spesso vengono sperimentate e da cui si vorrebbe rifuggire ma che, nonostante tutto, con l'aumentare del sottopeso si fanno sempre più presenti. Il ritiro sociale si fa sempre più marcato proprio a causa delle difficoltà legate alla sfera alimentare tale per cui i momenti di condivisione, in cui si deve mangiare con altre persone, divengono scena principe da evitarsi mentre sempre più aumenta l'interesse e la dedizione per lo studio e per l'attività fisica. Succede così che il controllo diventa l'unico amico e al contempo il peggior nemico di chi soffre di anoressia nervosa. Le caratteristiche emotive e organiche dell'anoressia nervosa non possono non far riflettere anche sugli aspetti legati alla vita della persona stessa che rischia non solo il decesso per deperimento, ma anche e spesso vede il suicidio come unica via di fuga. Per tali caratteristiche di gravità riportate anche dalle più recenti guide NICE, la prevenzione e anche un tempestivo intervento psicoterapico sono fondamentali per il miglioramento della qualità della vita.

FATTORI DI RISCHIO GENETICI:

I ricercatori non sono concordi nel definire quali geni siano coinvolti in questo disturbo, essendo moltissimi quelli implicati. Quello che si sa è che la componente genetica è molto forte e sembra contribuire allo sviluppo dell'anoressia nervosa nel 50 – 75% dei casi (Paolacci et al., 2020). In realtà, questa percentuale è una media approssimativa di quanto riportato dai vari studi, dato che – anche in questo caso – i ricercatori non sono del tutto concordi.

In ricerche che non hanno studiato il DNA, ma l'ereditarietà e familiarità dei disturbi del comportamento alimentare, è emerso che – ad esempio – se uno dei genitori ha avuto nella sua storia un disturbo del comportamento alimentare, vi è un aumento del rischio che il figlio sviluppi un disturbo simile o uguale a quello del genitore.

In particolare, se uno dei due genitori nella sua storia clinica ha avuto anoressia nervosa, il rischio del figlio di sviluppare a sua volta AN sarà di 10 – 11 volte superiore alla popolazione (Strober et al., 2000).

Studi su omozigoti, invece, hanno trovato che se uno dei due gemelli ha un disturbo del comportamento alimentare, nel 48-75% dei casi, lo ha anche l'altro (Bulik et al., 2006). Questo suggerisce che una base genetica possa esserci, ma questa, come potrete chiaramente notare, non è l'unica a influenzare lo sviluppo dell'anoressia nervosa, non sarebbe comunque un fattore di rischio per la totalità dei casi.

FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI:

Per ambiente si intende tutto ciò che non è geneticamente determinato. Nella parola “ambiente” rientra quindi il contesto sociale ed economico, la cultura, le relazioni e le interazioni che si hanno nel corso della vita.

Fattori ambientali di rischio per lo sviluppo di anoressia nervosa sono: esperienze traumatiche, come anche le violenze di qualsiasi tipo; un ambiente familiare disorganizzato o in cui ci sono tensioni e conflitti; uno stile di attaccamento mal adattivo e anche la presenza di rigide regole alimentari adottate dai genitori, deleterie poi per lo sviluppo di una buona relazione con il cibo da parte del bambino.

Alcune persone, quando pensano alle problematiche dell'anoressia nervosa, tendono a dare un grado di “colpa” al padre o alla madre della persona. In realtà, non esistono

evidenze che dicano con assoluta certezza che “è solo colpa della madre” o “è solo colpa del padre”. In generale, se vi è una disfunzione nella famiglia la colpa non è da ricercarsi nel singolo membro, ma nelle dinamiche, nelle relazioni che ci sono fra i vari membri della famiglia.

Le famiglie di persone con anoressia nervosa, nella gran parte dei casi (non in tutti), sono disorganizzate, vi sono conflitti continui o questi vengono sepolti, generando un crescente ambiente di tensione e ostilità. Questo tipo di ambiente familiare asseconda lo sviluppo dell'anoressia nervosa e ostacola, profondamente, la buona riuscita della terapia (Criuscolo et al., 2020; Williams, Wood e Plath, 2020). Ci sono anche quei casi, però, in cui la persona con anoressia nervosa si trova in un ambiente familiare sano, equilibrato, dove vi sono comunicazione e grandi capacità di risolvere i problemi. In questi casi, la famiglia è un fattore protettivo e non di rischio: le persone con AN che hanno queste famiglie sono anche quelle che aderiscono più alle cure, affrontano il percorso terapeutico nella sua totalità e hanno un bassissimo rischio di ricadute .

1.5 EPIDEMIOLOGIA DELL' AN

Importante è conoscere anche l'epidemiologia della malattia quindi l'incidenza e la prevalenza soprattutto sono molto importanti. Con il termine incidenza si intende il numero dei nuovi casi di una malattia, in una popolazione definita, in un determinato periodo di tempo. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. L'incidenza della bulimia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini.

Con il termine prevalenza puntiforme si intende la percentuale di una popolazione affetta da una malattia in un determinato momento. La prevalenza puntiforme dell'anoressia nervosa nelle giovani donne è stimata tra lo 0,2% e lo 0,9%, mentre quella della bulimia nervosa è stimata tra lo 0,5% e l'1,8%. Con il termine prevalenza lifetime si intende la percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza life time dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per bulimia nervosa,

mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati trovati essere dello 0,3%, dello 0,5%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa (APA,2014).

Sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni. Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce. Questo aumento è in parte spiegato dall'abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere collegato a un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione comunemente utilizzati.

1.6 TRATTAMENTI NELLA CURA DELL'ANORESSIA NERVOSA

La cura dell'anoressia nervosa include diverse modalità o tipologie di trattamento. Inoltre, è sempre consigliabile un approccio di tipo multidisciplinare (infermieristico, psichiatrico, psicologico e di terapia occupazionale).

In genere, si ricorre alla terapia comportamentale e cognitiva, alla riabilitazione nutrizionale, alla terapia familiare e alla farmacoterapia.

1.7 TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

- **RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE:**

Il trattamento dell'anoressia prevede innanzitutto il ripristino del normale peso corporeo, obiettivo prioritario prima d'iniziare a lavorare sugli aspetti psicologici; soprattutto nei casi in cui l'IMC (Indice di massa corporea) del paziente è estremamente basso. In tal senso, la riabilitazione nutrizionale consiste in un programma mirato a ripristinare il peso, normalizzare gli schemi alimentari, acquisire i segnali di fame e sazietà appropriati e correggere le conseguenze biologiche e psicologiche della malnutrizione. Diversi esperti considerano questo intervento il più efficace per l'anoressia nervosa. Quindi è di fondamentale importanza il ruolo infermieristico che in questo specifico momento è soprattutto incentrato nel recupero del peso corporeo attraverso sia l'instaurazione di una relazione terapeutica di fiducia, che alla sorveglianza del pasto. Nei casi più gravi,

oppure nel caso in cui il soggetto rifiuta di alimentarsi, risulta necessario ricorrere alla nutrizione artificiale (parenterale o enterale).

- **TRATTAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE:** Secondo diversi esperti, i trattamenti cognitivo-comportamentali per l'anoressia nervosa si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di ricadute dopo il recupero del peso e negli stati acuti di perdita di peso, negli adolescenti e negli adulti. In questo caso, l'obiettivo del trattamento è quello di eliminare i pensieri alterati del paziente per sostituirli con altri che promuovano schemi alimentari e attività più appropriate. Questo trattamento viene anche impiegato per ridurre il rischio di ricadute dopo il recupero del peso, ma è fondamentale la collaborazione multidisciplinare tra psicologi psichiatri ed infermieri; quest'ultimo attraverso il supporto empatico sviluppa una relazione di calore e di supporto anche tramite la sorveglianza, la disciplina e l'assistenza costante, ossia la presenza continua diurna e notturna (per l'ospedale e le residenze). Per mezzo di questa relazione stabile l'infermiere può monitorare i pazienti e la situazione.

- **TERAPIA FAMILIARE:**

Il trattamento dell'anoressia include anche la terapia familiare; la quale include due varianti ampiamente utilizzate in funzione delle linee guida di riferimento: gli studi randomizzati del Maudsley Hospital e la terapia comportamentale dei sistemi familiari (FSCT).

I suddetti studi mostrano l'efficacia della terapia familiare rispetto alla terapia di supporto nei pazienti sotto i 19 anni di età e con una storia della malattia relativamente breve (meno di 3 anni di cronicità).

La FSCT è una forma di terapia in cui i genitori assumono il controllo della nutrizione del/la figlio/a. Essa è inoltre abbinata al supporto medico e a uno specifico regime dietetico.

La FSCT ha dimostrato di essere superiore alla terapia individuale in relazione all'aumento del IMC e nel ripristino del ciclo mestruale. Non lo è, però, in termini di miglioramento sia delle abitudini alimentari che dell'umore, non mostrando differenze significative rispetto alla terapia individuale.

1.8 TERAPIA FARMACOLOGICA

Gli studi farmacologici purtroppo sono scarsi e non dimostrano un benefico effetto dei farmaci sul disturbo. L'approccio più ragionevole è quello di non utilizzare alcun farmaco nella fase acuta di perdita di peso. Questo perché spesso i sintomi depressivi e ossessivo-compulsivi si riducono con l'aumento ponderale.

Se tuttavia, dopo il raggiungimento di un adeguato peso corporeo, la depressione permane, può essere utile l'uso di antidepressivi.

Occasionalmente si possono utilizzare degli ansiolitici quali le benzodiazepine, assunti prima dei pasti: la loro utilità sembra però limitata. L'uso degli antipsicotici è riservato solo alle situazioni più difficili e refrattarie, con soggetti fermi nella loro idea anche dopo aver provato terapie cognitive comportamentali, in questo caso l'uso di antipsicotici soprattutto l'olanzapina si sono dimostrati efficaci per eradicare il pensiero ossessivo ma comunque devono essere usati con molta cautela, personalmente dalla mia esperienza di tirocinio in SPDC ho potuto vedere che in un caso particolarmente grave di anoressia nervosa c'è stata una terapia farmacologica un po' più aggressiva con l'uso concomitante di diversi farmaci come ad esempio il risperidone che è un antipsicotico atipico di seconda generazione, l'haldol (antipsicotico derivato del butirrofenone) e anche benzodiazepine, devo però sottolineare che questa terapia è stata programmata in una fase acuta abbastanza grave, infatti negli altri casi si tende ad evitare di somministrare farmaci ma si attuano esclusivamente terapie cognitive comportamentali e terapie familiari.

1.9 PASTO ASSISTITO

Quando una persona è affetta da un disturbo del comportamento alimentare (DCA) l'esperienza del pasto è vissuta con grande apprensione ed angoscia. I familiari si sentono spesso impotenti e incapaci di comprendere la sofferenza che invade a tavola: i pranzi e le cene possono diventare occasioni di scontro e litigi. Possiamo affermare quindi che l'ora del pasto è probabilmente il momento più difficile per le persone affette da disturbi del comportamento alimentare, soprattutto per quel che concerne l'anoressia nervosa.

I pasti assistiti sono stati per la prima volta introdotti nel 1985 dall'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda, divenendo successivamente la procedura

centrale di tutti i trattamenti riabilitativi ospedalieri dei disturbi dell'alimentazione operanti in Italia.

Lo stesso, prevede che il soggetto sia supportato durante i pasti da un operatore (il dietista, l'infermiere o lo psicologo). Ciò che l'alimentazione assistita tratta dipende dalla natura patologica dell'assistito; di solito il problema riguarda il non mangiare una quantità ragionevole di cibo e il non mangiare abbastanza spesso. Il programma messo in opera è finalizzato a superare le difficoltà della persona, e si basa su un'adeguata educazione sull'alimentazione, sulla nutrizione e sul bilancio energetico. Tale trattamento riveste un ruolo centrale all'interno di percorsi terapeutici ospedalieri, residenziali e semiresidenziali; riscontra inoltre applicazione a livello ambulatoriale e di day-service. L'obiettivo consiste nel favorire un adeguato apporto nutrizionale, collaborare con il soggetto assistito nel progressivo superamento della paura nei confronti del cibo e nell'abbandono dei rituali inappropriati che ne ostacolano l'assunzione.

I pasti vengono strutturati secondo schemi dietetici indirizzati al raggiungimento di un adeguato peso corporeo; al contempo è discussa e gestita la resistenza al cambiamento. A seconda delle necessità del setting terapeutico e di personalizzazione dell'intervento riabilitativo, il pasto assistito può essere rivolto ai gruppi oppure al singolo individuo. L'inserimento all'interno del percorso nasce da una salda collaborazione tra medico psichiatra e infermiere volta ad incentivare l'inizio di un trattamento capace di intersecarsi nella vita lavorativa o di studio del soggetto.

Nonostante le ricerche inerenti al pasto assistito risultino attualmente poco numerose, uno studio condotto tra il 2008 ed il 2009 su 52 individui ospedalizzati ed affetti da anoressia ha dimostrato come i soggetti sottoposti ad una supervisione del pasto abbiano manifestato un decorso clinico migliore (supportato dall'aumento di peso in minor tempo) rispetto a coloro che si alimentavano totalmente in autonomia. (Kells M., Schubert-Bob P., Nagle K. e al. 2017).

Inoltre, la metodologia dei pasti assistiti, inseriti in un programma che vi associ la terapia cognitivo-comportamentale, ha dimostrato di favorire la normalizzazione del peso corporeo ($BMI \geq 18,5$) nell'86% nei pazienti che hanno completato con successo il trattamento.

Gli assistiti concordano assieme agli operatori gli obiettivi parziali e globali da raggiungere durante il percorso di riabilitazione psico-nutrizionale. Gli obiettivi

riguardano: il miglioramento della qualità e quantità dei pasti consumati, la graduale normalizzazione del peso corporeo e la capacità di mettere in atto strategie volte a superare eventuali difficoltà riscontrate durante il processo di alimentazione. Condividere con le persone assistite le linee di indirizzo del trattamento consente loro di prevedere ciò che accadrà al peso ed alle abitudini alimentari, riducendo la possibilità di drop-out e l'ansia derivante dalla sensazione di perdita di controllo.

L'infermiere supporta la persona ed esercita un implicito controllo sugli argomenti di conversazione, partecipando attivamente e favorendo la comunicazione tra tutti i soggetti. Al tempo stesso, egli si occupa di monitorare l'introito di ogni singolo individuo e le modalità di assunzione, in quanto potrebbero manifestarsi rituali alimentari. Sempre l'infermiere educa l'assistito a nutrirsi senza subire gli effetti delle preoccupazioni sull'alimentazione stessa.

Anche il momento del post-pasto è molto importante e deve essere gestito dal personale infermieristico e da operatori di supporto in quanto, proprio nel periodo successivo al nutrimento, l'assistito potrebbe avere il pensiero di compensare o smaltire attraverso attività fisica ciò che è appena stato introdotto. Per ciò, in questo arco di tempo che può variare da una a due ore, è consigliato far svolgere agli ospiti della struttura attività che consentano la distrazione del paziente dall'ossessione nei confronti del cibo, come ad esempio guardare un film, giocare a carte ascoltare musica ecc.; nel periodo post prandiale tutti i bagni devono rimanere chiusi e nessun assistito deve essere lasciato da solo.

La FNOPI (federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche) attraverso una revisione della letteratura ha permesso di stilare una scala di valutazione composta da 10 punti, utile al fine di riportare tutti i dati necessari rilevati durante il pasto assistito:

1. livello di appetito percepito, valutato con una scala numerica da 0 (zero) a 3;
2. modalità di approccio al pasto, che può essere rifiutante, riluttante, accettante o vorace;
3. diario alimentare;
4. durata del pasto, in minuti;
5. rituali del pasto, valutabili con risposta sì/no, cioè se il comportamento è stato osservato o no, tra i seguenti:
 - a. tagliare il cibo in pezzi molto piccoli;

- b. mangiare molto lentamente;
- c. evitare certi alimenti;
- d. mangiare il cibo in un preciso ordine;
- e. manipolare pasti/portate;

6. *supplementi alimentari, specificando tipologia e quantità;*
7. *nutrizione artificiale (NA), precisando via di somministrazione, tipologia della miscela e quantità;*
8. *livello di sazietà percepito, sempre con scala NRS da 0 a 3;*
9. *comportamento e umore dopo il pasto:*
 - a. nascondere cibi;
 - b. rabbia;
 - c. depressione;
 - d. paura;
 - e. ansia;
 - f. preoccupazione;
10. *comportamenti di compensazione:*
 - a. vomito autoindotto;
 - b. abuso di diuretici/lassativi, calcolato sull'uso del bagno;
 - c. esercizio fisico, anche estenuante.

CAPITOLO 2

2.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA IN FORMA

NARRATIVA:

Quali sono gli interventi infermieristici più efficaci nella gestione del pasto assistito in persone affette da anoressia nervosa? quali comportamenti deve mettere in atto l'infermiere e con quali strumenti si può aiutare in modo da rendere il momento del pasto più proficuo possibile?

2.2 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA SECONDO IL METODO PICO?

P: momento del pasto in persona affetta da anoressia nervosa

I: interventi e comportamenti infermieristici attuabili durante il pasto assistito

C: nessuna comparazione

O: miglioramento della riabilitazione nutrizionale.

2.3 PAROLE CHIAVE , FONTE DEI DATI

Le principali fonti utilizzate sono state :

- pub-med
- FNOPI
- Chinal
- APA psycnet

Le parole chiave sono:

- Anorexia nervosa
- Assisted meal
- Nurse
- Eating disorder
- Pasto assistito
- Nursing intervention
- Anorexia nervosa AND assisted meal
- Assisted meal AND nurse
- Anorexia nervosa AND nursing intervention

2.4 ELENCO DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI

Di seguito una descrizione degli articoli selezionati per il mio quesito di ricerca inerenti al pasto assistito in generale, alla persona con disturbo di tipo anoressico ed al ruolo infermieristico:

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

Questo articolo, ovvero l'ultimo manuale diagnostico DSM 5 sui disturbi mentali, è stato sicuramente uno dei materiali che ho utilizzato maggiormente. Mi è risultato utile soprattutto per capire i nuovi criteri diagnostici e dati epidemiologici per l'AN. Lo stesso ha subito cambiamenti sostanziali rispetto al DSM IV, specie per quel che riguarda i criteri diagnostici che risultano essere meno rigidi per redigere una diagnosi di AN.

- Leombruni P, Amianto F, Mondelli V, Abbate Daga G, Trattamento farmacologico dei disturbi del comportamento alimentare, in Atti XXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia 2021

In questo articolo recente, attraverso una revisione della letteratura, si stilano tutti i tipi di farmaci che possono essere usati nei casi gravi di AN, in quali casi somministrarli e soprattutto anche in quali evitarli. Difatti per questa patologia si tende, solitamente, a non somministrare alcun farmaco se non indispensabile e si predilige la terapia comportamentale e familiare; soltanto nel caso in cui ciò risulti insufficiente e il caso viene ritenuto grave è utile attuare anche una terapia farmacologica, sempre rivalutata da psichiatri.

-Kells M , Schubert-Bob P , Nagle K e al. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders Clin Nurs Res 2017 Aug

In questo studio si mette al centro l'importanza dell'assistenza ai pasti e come un buon pasto assistito, che in ospedale è gestito da infermieri, sia importate al fine di ridurre il ricovero ospedaliero e di conseguenza anche abbattere i costi. Quindi è rilevante l'importanza della formazione infermieristica in questo ambito: permette di arrivare a conoscere tutti i comportamenti fondamentali da mettere in atto in questi momenti difficili per il tipo di assistito.

-Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;82(6):390-8. doi: 10.1159/000350058. Epub 2013 Sep 20. PMID: 24060628; PMCID: PMC3884188.

Lo studio in questione mi è risultato utile soprattutto per capire l'importanza del ruolo infermieristico nel pasto assistito in un contesto ospedaliero che risulta essere fondamentale.

L'operatore che assiste i pasti applica specifiche procedure per aiutare la persona a mangiare con lo scopo di aiutarlo a ridurre l'ansia nei confronti dell'alimentazione e di farlo sentire in controllo durante il processo di recupero del peso, senza farsi influenzare dallo stato mentale alterato dovuto al suo disturbo alimentare.

FNOPI (comunicazione ufficiale della federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche) la terapia nutrizionale nell'anoressia nervosa: come gestire e valutare il pasto assistito. Aprile 28 2017

In questa revisione recente si può capire l'importanza dell'infermiere nelle fasi più difficili della malattia della persona.

Nell'articolo è stata sviluppata una scala di 10 items importante per facilitare la valutazione del pasto assistito e allo stesso tempo avere una visione a 360 gradi di questo momento molto complicato per il tipo di patologia.

-Ministero della Salute (2017). linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, 29 settembre 2017.

In questo recente articolo ci sono molte informazioni importanti riguardanti tutti i trattamenti attuabili a pazienti anoressici soprattutto in ambito ospedaliero; sono presenti anche molte raccomandazioni per quanto riguarda la riabilitazione nutrizionale e il pasto assistito, ritenuto anche dal ministero della salute uno dei principali trattamenti se non il più importante per quanto riguarda il recupero o il mantenimento del peso corporeo.

CAPITOLO 3

3.1 CONCLUSIONI

Il lavoro di tesi da me sviluppato attraverso una revisione della letteratura ha lo scopo di individuare i compiti dell'infermiere durante il pasto in persone affette da anoressia nervosa. Questo intervento è chiamato pasto assistito e il suo scopo principale è di abbattere quelle barriere che ci sono tra l'assistito e il cibo che egli vede come primo nemico. Il professionista della salute ha quindi il compito di rendere proficuo quel momento, controllando attivamente ed emotivamente la persona in modo tale che con il tempo smetta di attuare rituali durante il pasto. I più comuni sono ad esempio sminuzzare il cibo in piccoli pezzettini e mangiare molto lentamente.

Di rilevante importanza è anche educare a mantenere fede al piano alimentare in modo che l'assistito possa avere il totale controllo dell'aumento di peso.

Secondo alcuni studi citati in precedenza il tempo per terminare i pasti principali deve essere di 40/60 minuti massimo, mentre per gli spuntini è di 20/30 minuti; anche il momento post prandiale è molto importante, in questi casi per il pericolo di attuazione di comportamenti di compensazione, come un'eccessiva attività fisica, il vomito autoindotto e altri comportamenti. Per questo motivo è fondamentale che i bagni almeno per un'ora e mezza siano chiusi per i soggetti con disturbi del comportamento alimentare.

In ambiente ospedaliero il ruolo infermieristico è quindi necessario: gli infermieri devono controllare i gli assistiti durante i pasti, alleviare la loro ansia verso il cibo, verificare che i tempi del consumo del pasto siano adeguati e non lasciarli soli nel periodo successivo.

Tutte queste pratiche e tutti i dati raccolti dovrebbero essere riportati su uno schema giornaliero apposito in modo da poter monitorare tutti i cambiamenti, rendendosi meglio conto dei miglioramenti o dei peggioramenti per consentire un intervento quanto più repentino. Questo è solo uno dei principali interventi infermieristici da applicare nei casi di anoressia nervosa, ma ci sono altri comportamenti altrettanto importanti per la guarigione da questa patologia e l'infermiere ne è il principale responsabile.

La creazione di una relazione terapeutica basata sulla fiducia, una buona educazione in salute mentale e l'esperienza nel campo dei DCA, risultano essere i prerequisiti essenziali per occuparsi in modo efficace di ragazzi adolescenti affetti da AN.

È parimenti importante istruire le famiglie dei soggetti affetti da anoressia nervosa in merito ai comportamenti da adottare nel momento successivo alla dimissione ospedaliera. Fondamentale è anche il lavoro di equipe con psicologi, dietisti, psichiatri e assistenti sociali.

Una barriera virtuale ma altrettanto reale della quale bisogna preoccuparsi è costituita dal fatto che la maggior parte delle persone estranee alla malattia, o che non la conoscono a fondo, sostengono che l'anoressia sia frutto di un capriccio: pensare che nel 2022 questo stigma non si sia ancora estinto fa male, soprattutto perché ciò comporta un ritardo nelle diagnosi. Le persone affette, percependo una sorta di astio nei loro confronti, saranno propensi a chiudersi sempre di più in loro stessi, esponendo il problema quasi sempre quando la situazione è già estremamente grave. Anche per ciò la vicinanza della famiglia e la capacità dei famigliari di cogliere campanelli di allarme è molto importante

3.2 RIFLESSIONI PERSONALI

L'idea di questo argomento per la mia tesi è scaturita mentre ero intento a svolgere il mio tirocinio formativo in SPDC nell'ospedale di fermo dove mi è capitato di assistere al ricovero di ben due casi di anoressia nervosa e se devo essere sincero prima di vedere con i miei occhi questa patologia il mio pensiero su essa non era molto chiaro, credevo che probabilmente l'anoressia facesse parte di una sorta di capriccio, non riuscivo a comprendere come coloro che ne soffrivano non sapessero o non controllassero tutta questa serie di comportamenti. Informandomi sempre di più ho iniziato a capirne le dinamiche, la presenza di questi assistiti con i quali mi sono relazionato e ho avuto la possibilità di seguire mi ha aiutato molto. Perciò proprio in quel periodo ho capito che la mia tesi si sarebbe svolta su questo argomento. Un elemento che mi fa riflettere è il fatto che la letteratura presente su questa problematica non è ampia e che gli studi nuovi sono condotti sempre dagli stessi ricercatori che hanno già fatto studi in passato, nonostante questo sia un problema in crescita. A mio parere a tutti gli infermieri che lavorano con i

casi di disturbi del comportamento alimentare debbono avere una formazione specifica sia sul pasto assistito sia sull'instaurazione di un rapporto terapeutico di fiducia con l'assistito che si rivelano i due punti chiave degli interventi infermieristici.

3.3 BIBLIOGRAFIA

-Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, MC, Salvo, P., Vicari, S., & Zanna, V. (2020). *Funzionamento familiare, cogenitorialità e capacità dei genitori di gestire il conflitto nei sottotipi di anoressia nervosa adolescenziale*

-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01*

- Stavarski DH, Alexander RK, Ortiz SN, Wasser T. *Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019 Feb;26(1-2):29-38. doi: 10.1111/jpm.12507. Epub 2019 Jan 16. PMID: 30489671.*

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

-Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. *Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;82(6):390-8. doi: 10.1159/000350058. Epub 2013 Sep 20. PMID: 24060628; PMCID: PMC3884188*

- FNOPI (organo ufficiale della federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche) la terapia nutrizionale nell'anoressia nervosa: come gestire e valutare il pasto assistito. Aprile 28 2017

- Burton, T. (2014). Camminare sul filo del rasoio: le esperienze delle donne di avere un disturbo alimentare durante la gravidanza. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 21 (9), 45.

- Paolacci et al. (2020) Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: new perspectives in molecular diagnosis in treatment, *Mol Genet Genomic Med*, 8:e1244

- Kells M, Schubert-Bob P, Nagle K e al. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders *Clin Nurs Res* 2017 Aug

- Leombruni P, Amianto F, Mondelli V, Abbate Daga G, *Trattamento farmacologico dei disturbi del comportamento alimentare, in Atti XXV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia 2021*

- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82.

- Zeppegno P., Bergamasco P., Fuliano F., Scappatura F., Bovio G., Prosperini P., Gambaro E., Chieppa N., Binda V., Gramaglia C., *Nursing role in the combined inpatient treatment of severe eating disorders: a case report, 2014, presentazione multimediale per il Kongress Essstörungen 2014, Eating Disorders Alpbach 2014.*

- Sylvester S.J., Forman S.F., *Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization, Curr Opin Pediatr*, 2008 Aug; 20(4): 390-7; doi: 10.1097/MOP.0b013e32830504ae; PMID: 18622192.

-Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018). *The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. Journal of Clinical Nursing, 27(1–2), 416–426.*

-Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2018). *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.*

-Froman, S. F. (2018). *Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. Recuperato 14 agosto 2018,*

-Ministero della Salute (2017). *linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, 29 settembre 2017.*

- Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. *Prevalenza, ereditabilità e potenziali fattori di rischio per l'anoressia nervosa. Psichiatria dell'arcigen. 2006;63(3):305–312. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305*

-LILENFELD, L., STEIN, D., BULIK, C., STROBER, M., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., . . . KAYE, W. (2000). *Tratti della personalità tra le parenti di primo grado disordinate, guarite e mai malate di donne bulimiche e di controllo. Medicina psicologica, 30 (6), 1399-1410. doi:10.1017/S0033291799002792*

-Lauren T. Williams, Cath Wood e Debbie Plath (2020) *Esperienze dei genitori di terapia familiare per l'anoressia nervosa adolescenziale, Servizio sociale australiano, 73:4, 408-419,*

- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. e Kaye, W. (2000). *Studio familiare controllato di anoressia nervosa e bulimia nervosa: evidenza di*

responsabilità condivisa e trasmissione di sindromi parziali. Giornale americano di psichiatria , 157 (3), 393-401.

-fonte immagine: <https://www.keblog.it/anoressia-immagini-prima-dopo/>

