



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**ANORESSIA E BULIMIA NERVOSA
CREDENZE E TENDENZE STIGMATIZZANTI DEGLI
STUDENTI INFERMIERI:
STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE MULTICENTRICO**

Relatrice: **Dott.ssa
Simonetti Valentina**

Tesi di Laurea di:
Selene Ponziani

A.A. 2019/2020

“Dalla meta mai non toglier gli occhi”

Alessandro Manzoni

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
1. OBIETTIVO.....	5
2. MATERIALI E METODI	5
2.1 Disegno di studio e periodo di raccolta dati	5
2.2 Popolazione di studio e Campionamento	5
2.3 Criteri di Reclutamento	6
2.4 Descrizione dello Strumento di Raccolta	6
2.5 Procedure di studio.....	7
2.6 Considerazioni etiche	7
2.7 Considerazioni statistiche.....	7
3. RISULTATI.....	8
3.1 Risultati relativi alle caratteristiche socio-demografiche	8
3.2 Risultati relativi alle conoscenze degli studenti sulla BN e AN.....	11
4. DISCUSSIONE	30
4.1 Credenze stigmatizzanti verso l'AN e la BN	30
4.2 Fattori influenti nello sviluppo della BN e AN	32
4.3 Esperienze personali degli studenti infermieri	33
4.4 Limiti dello Studio.....	33
5. CONCLUSIONE	35
6. BIBLIOGRAFIA	37
ALLEGATI.....	40
Scheda Raccolta Dati	40

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie complesse caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari, da un'ossessiva attenzione alla propria immagine corporea, al proprio peso e da una eccessiva necessità di stabilire un controllo su di esso. Queste patologie sono determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo, sembra che tutto ruoti attorno al cibo e alla paura di ingrassare. I comportamenti tipici di una persona che soffre di un Disturbo del Comportamento Alimentare sono: digiuno, restrizione dell'alimentazione, crisi bulimiche, vomito autoindotto, assunzione impropria di lassativi e/o diuretici al fine di contrastare l'aumento ponderale, intensa attività fisica. Tali Disturbi se non trattati in tempi e con metodi adeguati, possono diventare una condizione permanente e compromettere la salute di tutti gli organi e gli apparati del corpo e nei casi più gravi, portare alla morte, che solitamente avviene per suicidio o arresto cardiaco. Le persone con Disturbi Alimentari evocano un atteggiamento peculiare nei confronti del loro corpo, credono che il loro corpo sia la cosa più preziosa e importante che li circonda, d'altra parte temono il loro corpo e lottano con esso come un nemico minaccioso che merita un gesto suicida (Pompili et al. 2006). Una revisione degli studi incentrati sul suicidio e sui tentativi di suicidio nelle persone affette da Disturbi Alimentari, ha riscontrato che i tassi di suicidio erano notevolmente elevati rispetto alla popolazione generale. Tra il 3% e il 20% dei gruppi di persone ricoverate e ambulatoriali valutate avevano tentato il suicidio ad un certo punto (Fitzpatrick, Lock, 2011). I principali Disturbi del Comportamento Alimentare sono l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN); altri sono il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder, BED) e i Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (NAS). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, al punto da essere sempre più frequenti la diagnosi prima del menarca, con casi di bambine di 8-9 anni (Favaro et al. 2009). Un esordio così precoce può comportare conseguenze molto gravi sul corpo e sulla mente secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione. In Italia sono ormai circa tre milioni le persone affette da DCA, di questi una percentuale tra il 60% e il 70% che si rivolge ai servizi ottiene risposte terapeutiche aspecifiche e non ottimali per la cura e la gestione dei DCA. Il trattamento dei DCA, a causa della loro complessità e delle particolari caratteristiche dei pazienti affetti da questi disturbi, richiede un approccio interdisciplinare, in cui sia garantita l'integrazione tra l'aspetto clinico-nutrizionale e quello psicologico.

I Criteri per la diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) secondo il DSM-5 sono:

- Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.
- Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

La diagnosi di Anoressia Nervosa non richiede più l'assenza di ciclo mestruale. Il livello minimo di gravità per gli adulti, si assegna sulla base dell'Indice di Massa Corporea [BMI] attuale, per i bambini e gli adolescenti sulla base del percentile di [BMI]. Secondo la World Health Organization negli adulti, si definisce lieve con $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$; moderata con $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$; grave con $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$; estrema con $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$. L'incidenza dell'AN è stimata di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne e 0,002-1,4 nuovi casi per 100.000 uomini in un anno. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza lifetime dello 0,9% tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono dello 0,3%. Una revisione sistematica (5 studi) per valutare l'AN nelle persone europee di età maggiore ai 19 anni, ha rilevato una prevalenza in 12 mesi dallo 0,2% allo 0,7% (Fitzpatrick, Lock, 2011). La maggior parte delle persone con AN guariscono completamente o parzialmente, circa il 5% muore per questa condizione e il 20% sviluppa un disturbo alimentare cronico. Per quanto riguarda il trattamento di tale disturbo non ci sono forti evidenze che prediligono un trattamento piuttosto che un altro, tuttavia vi è una grande mole di prove che dimostrano l'efficacia dell'intervento precoce.

I Criteri per la diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) secondo il DSM-5 sono:

- Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Queste ultime sono caratterizzate da, mangiare in un periodo circoscritto di tempo una quantità di cibo maggiore di quella che la maggior parte delle persone ingerirebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili e da un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio.
- Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto, abuso improprio di lassativi/diuretici, digiuni, esercizio fisico eccessivo.
- Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

- La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.
- Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Il livello di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso. Si definisce lieve 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; moderata 4-7 episodi/settimana; grave 8-13 episodi/settimana; estrema ≥ 14 episodi/settimana. Questo disturbo può essere difficile da identificare, sia perché le persone affette hanno un atteggiamento di estrema segretezza sulle abbuffate e sul comportamento purgativo, sia perché hanno un peso corporeo normale o sono in sovrappeso. L'incidenza della BN è stimata di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne e 0,8 nuovi casi per 100.000 uomini in un anno. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza dell'1,5% tra le donne e dello 0,5% negli uomini. Dopo dieci anni circa la metà delle persone con diagnosi di BN si sarà ripresa completamente, un terzo avrà recuperato parzialmente e dal 10% al 20% avrà ancora sintomi. Uno studio di caso controllo basato sulla comunità ha confrontato 102 persone con BN con un gruppo controllo di 204 persone sane e ha riscontrato tassi più elevati di obesità, disturbo dell'umore, abuso sessuale, obesità parentale, abuso di sostanze, bassa autostima, perfezionismo e dinamica familiare disturbata (Hay, Claudino, 2015).

Un altro problema che le persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono costrette ad affrontare è lo Stigma, molto diffuso tra i membri della comunità, che nella maggior parte dei casi può tradursi in pratiche discriminatorie. Lo stigma è un ostacolo per queste persone, sia nella divulgazione del loro disturbo che nella ricerca di aiuto. Numerosi studi mostrano come lo stigma verso persone affette da AN e BN sia maggiore rispetto ad altre patologie psichiatriche come ad esempio la depressione. Uno studio ha confrontato il grado di stigma associato all' AN, BN e depressione. È emerso che gli individui con AN e BN sono stati classificati come più fragili, più responsabili del loro disturbo e con maggiore probabilità di utilizzare il loro problema per attirare l'attenzione rispetto agli individui con depressione (Roehrig & McLean, 2010). Sono stati condotti numerosi studi per identificare le strategie per ridurre lo stigma. Una revisione sistematica e una meta-analisi hanno valutato l'efficacia di diversi approcci. Gli approcci presi in esame sono: spiegazioni eziologiche che a loro volta si distinguono in fattori biologici e fattori socioculturali/ambientali; l'istruzione consiste nell'insegnare alle persone informazioni corrette e infine il contatto il quale comprende l'incontro, l'ascolto e l'interazione con un individuo del gruppo stigmatizzato. In conclusione sia la revisione che la meta-analisi hanno indicato che le spiegazioni biologiche dei disturbi alimentari riducono lo stigma attitudinale rispetto alle spiegazioni socioculturali. Anche l'istruzione e il contatto combinati possono essere utili per ridurre lo stigma attitudinale (Doley et al.

2017). Sia nella comunità che nelle popolazioni studentesche gli individui con disturbi alimentari sono risultati essere più soggetti a stigma. Uno studio condotto su studenti di psicologia del sud-est degli Stati Uniti, ai quali vengono presentati sedici scenari raffiguranti personaggi immaginari che manifestano sintomi di AN e BN, evincono che le persone con BN sono considerate più responsabili delle loro condizioni e più autodistruttive rispetto a quelle con AN. Questo perché la restrizione associata ad AN potrebbe essere vista come un significativo autocontrollo; al contrario i comportamenti di compenso associati a BN potrebbero sembrare meno socialmente accettabili. Come già visto in precedenza gli individui con disturbo correlato a cause socioculturali sono classificati come più responsabili della loro condizione (Wingfield et al. 2011). Anche uno studio condotto su studenti di infermieristica che hanno ricevuto informazioni sulle cause biologiche hanno visto le persone con AN meno responsabili della loro condizione (Crisafulli et al. 2008).

Le opinioni e le caratteristiche dello stigma associato all'AN e alla BN non sono ancora state attentamente vagliate dalla ricerca: gli studi in letteratura sono scarsi e completamente assenti nel caso della popolazione italiana. L'intento di questo lavoro è comprendere quali e quanto pregnanti siano le tendenze e le attitudini dei giovani verso l'AN e la BN e come esse si distribuiscano sulla base delle caratteristiche demografiche, in modo da guidare lo sviluppo futuro di interventi di salute pubblica nella comunità, sensibilizzandola e migliorando la motivazione alla richiesta di cure.

1. OBIETTIVO

Lo studio ha l'obiettivo di ottenere una stima della prevalenza e del livello delle tendenze e delle credenze stigmatizzanti verso l'AN e la BN nella popolazione degli studenti infermieri italiani, considerando anche le caratteristiche socio-demografiche e correlandole con il loro atteggiamento.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Disegno di studio e periodo di raccolta dati

È stato effettuato uno studio osservazionale multicentrico di tipo trasversale. La raccolta dati si è svolta da Febbraio 2019 a Maggio 2019 presso l'Università Politecnica delle Marche Corso di Laurea in Infermieristica nei Poli Didattici di Ascoli Piceno, Macerata, Ancona, Pesaro e Fermo. Prima dell'inizio dello studio, Gennaio 2019, sono stati informati sia i Presidenti che i Direttori Didattici del Corso di Laurea in Infermieristica delle relative sedi. Solo dopo il loro assenso e secondo le modalità e le indicazioni loro fornite, è stato avviato lo studio e somministrati i questionari.

2.2 Popolazione di studio e Campionamento

Lo studio è stato condotto all'interno dei centri universitari e nella fattispecie del Corso di Laurea in Infermieristica della regione Marche. Il reclutamento è avvenuto mediante un campionamento di convenienza. Tutti gli studenti infermieri che nel periodo di riferimento erano presenti nelle Sedi Universitarie oggetto di studio e hanno espresso la loro volontà di partecipare sono stati inclusi nello studio. Tutti i partecipanti sono stati informati riguardo le modalità e le finalità dello studio.

2.3 Criteri di Reclutamento

Sono stati inclusi nello studio tutti gli studenti infermieri adulti (età > 18 anni) iscritti al primo, secondo e terzo anno dell'Università Politecnica delle Marche di genere sia maschile che femminile, che resi edotti circa lo scopo dello studio hanno accettato di parteciparvi.

2.4 Descrizione dello Strumento di Raccolta

Il questionario SABN-BN (McLean et al., 2014) è stato costruito basandosi su temi identificati da studi precedenti sullo stigma nei DCA (Hepworth, Paxton, 2007; Roehring, Mc Lean, 2010; Stewart et al., 2006; Mond et al., 2004; Mond et al., 2006; Crisp, 2005; Crisafulli et al., 2008) e in altre malattie mentali (Angermeyer, Holzinger, Matschinger, 2009; Corrigan, Waston, 2007). Il questionario è composto da due sezioni: una parte iniziale per la raccolta dei dati socio-demografici e una seconda parte contenente domande strutturate. La seconda parte è costituita a sua volta da 26 item suddivisi in cinque componenti:

- Vantaggi della bulimia/ammirazione o accettazione del disturbo (7 item): riflette la percezione che la bulimia sia un disturbo che può fornire vantaggi in merito alla perdita di peso.
- Minimizzazione/ percezione di scarsa serietà del disturbo (6 item): indica lo scarso livello di serietà con cui viene percepita la malattia.
- Inaffidabilità (5 item): indica quanto i soggetti affetti vengono percepiti inaffidabili.
- Desiderio di distanza sociale (3 item): indica il livello di disagio nell'interazione con persone affette da bulimia nervosa.
- Credenze di responsabilità personale (5 item): indica la credenza a credere che i soggetti con bulimia siano responsabili e da biasimare per la loro condizione.

Gli item prevedono risposte su una scala Likert a 6 punti (“Assolutamente in disaccordo”, “Per lo più in disaccordo”, “Abbastanza in disaccordo”, “Abbastanza d'accordo”, “Per lo più in accordo”, “Assolutamente d'accordo”). Dove richiesto, alcuni item prevedono un punteggio reverse in modo che punteggi più elevati corrispondono sempre a tendenze e credenze stigmatizzanti maggiori. La survey inoltre ha previsto quattro domande per la raccolta di informazioni aggiuntive su esperienza personale del problema, nel passato o nel presente, e contatto con soggetti affetti.

2.5 Procedure di studio

I Presidenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche e i Direttori Didattici delle sedi di Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro, Ancona e Fermo sono stati contattati mediante lettere di autorizzazione inviate via e-mail, nelle quali veniva richiesto il consenso alla partecipazione allo studio e di conseguenza alla raccolta dati e veniva spiegato l'obiettivo dello studio. Una volta accertata la disponibilità a partecipare allo studio, in accordo con i Direttori Didattici di ciascuna sede si è proceduto all'autosomministrazione dei questionari agli studenti infermieri. Nelle sedi di Pesaro, Ancona e Fermo è avvenuta una restituzione immediata mentre nelle sedi di Ascoli Piceno e Macerata è avvenuta una restituzione differita.

2.6 Considerazioni etiche

L'indagine è stata condotta secondo quanto previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica e di Etica in ambito della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché a quella per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (D. L. n. 196/2003). Il questionario è stato somministrato mantenendo l'anonimato; i dati raccolti sono stati sottoposti ad elaborazione meramente statistica per essere utilizzati a fini didattici, discussione della Tesi di Laurea ed eventuali pubblicazioni scientifiche.

2.7 Considerazioni statistiche

Sono state condotte analisi descrittive per tutte le variabili ed un'analisi inferenziale mediante i principali metodi inferenziali (Analisi della Varianza, Test T, Test del Chi-Quadrato). Le statistiche descrittive e inferenziali sono state ottenute mediante il software SPSS, versione 17.0.

3. RISULTATI

Il questionario può essere suddiviso idealmente in due parti, la prima parte (Tab.1) è una raccolta di dati socio-demografici degli studenti infermieri dell'Università Politecnica delle Marche. Nella seconda parte (Tab.2 e Tab.2.1) viene chiesto agli intervistati di indagare le loro conoscenze relative alla Bulimia e Anoressia Nervosa. Il questionario si conclude con quattro domande per la raccolta di informazioni aggiuntive su esperienze personali del problema nel passato e nel presente.

Il campione è costituito da 682 questionari, il quale rappresenta la fonte di elaborazione dei seguenti risultati definitivi.

3.1 Risultati relativi alle caratteristiche socio-demografiche

Dai 682 questionari che costituiscono il campione, somministrati agli studenti infermieri dell'Università Politecnica delle Marche, si evince che 160 persone (23.5%) appartengono alla Sede di Ancona, 151 studenti (22.1%) alla Sede di Macerata, 140 (20.5%) alla Sede di Ascoli Piceno, 131 studenti (19.2%) alla Sede di Pesaro e i restanti 100 (14.7%) appartengono alla Sede di Fermo. La maggior parte degli intervistati (660 persone, 98.1%) proviene dal Centro Italia. Gli aderenti alla compilazione risultano essere per il 77% donne e il 23% uomini. La fascia di età della maggior parte degli intervistati (86.5%) è compresa tra i 20-23 anni. Gli studenti infermieri dichiarano per il 37.0% (251 persone) di frequentare il I anno, il 31.6% (214 persone) frequenta il III anno e il 31.4% (213 persone) frequenta il II anno. Inoltre in questa prima parte del questionario vengono raccolti dati relativi al peso e all'altezza; il 47% degli intervistati si distribuisce nella fascia compresa tra i 160-170 cm di altezza, il 29.6% è più alto di 170 cm e il 23.5% tra i 150-160 cm. Per quanto riguarda il peso il 49.0% si distribuisce tra i 50-60 kg, il 35.6% ha un peso maggiore ai 65 Kg e una piccola minoranza ha un peso compreso tra i 40-50 Kg. In relazione all'istruzione i dati mostrano che la maggior parte dei partecipanti (55.5%, 373 persone) ha un'istruzione liceale, mentre il 34.5 % (232 persone) ha frequentato un Istituto Tecnico. Gli intervistati asseriscono per il 97.6% (654 persone) di essere eterosessuali; il 55.1% (370 studenti) ha un fidanzato/a, mentre il 42.2% (284 persone) è single e una piccola minoranza è impegnata in una relazione coniugale. Il 71.6% (479 persone) abbraccia la religione cattolica, mentre una piccola minoranza 19.6% (131 persone) afferma di essere ateo. Infine i dati esprimono che il 25.4% (172 persone) contro il 74.6% (504 persone), è iscritto presso Associazioni di Volontariato.

Quanto enunciato viene riportato nella Tabella 1 che segue.

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione (n = 682)

Variabili	Totale campione
Regione di provenienza, %	
Marche	100.0
Università degli Studi di Ancona, %	100.0
Presso la sede, %	
Ancona	23.5
Ascoli Piceno	20.5
Fermo	14.7
Macerata	22.1
Pesaro	19.2
Area geografica di provenienza, %	
Nord Italia	3.0
Sud Italia	1.6
Centro Italia	98.1
Genere, %	
Femmina	77.0
Maschio	23.0
Età, %	
> 30	3.6
20-23	86.5
24-27	7.1
27-30	2.7
Anno frequentante, %	
I Anno	37.0
II Anno	31.4
III Anno	31.6
Altezza (cm), %	
> 170 cm	29.6
150-160 cm	23.5
160-170 cm	47.0
Peso (Kg), %	
>65 Kg	35.6
40-50 Kg	15.4
50-60 Kg	49.0

Istruzione, %	
Istituto Professionale	10.0
Istituto Tecnico	34.5
Liceo	55.5
Orientamento sessuale, %	
Bisessuale	1.3
Eterosessuale	97.6
Omosessuale	1.0
Credo religioso, %	
Ateo	19.6
Cattolico	71.6
Altro	8.8
Relazione sentimentale, %	
Fidanzato/a	55.1
Single	42.2
Sposato/a	2.7
Iscrizione presso Associazioni di Volontariato, %	
No	74.6
Si	25.4

3.2 Risultati relativi alle conoscenze degli studenti sulla BN e AN

Dall'analisi del campione (682 questionari), si evince che la maggior parte degli studenti (73.8%, 503 persone) sostiene che la bulimia non sia un problema meno serio rispetto ad altri problemi psicologici. Per quanto riguarda il fatto che dopo un'abbuffata le persone stiano male, il 35.4% (240 persone) afferma di essere assolutamente in disaccordo con chi sostiene che non sia un fatto preoccupante, anche il 27.4% (186 persone) e il 19.3% (131 persone) sostengono rispettivamente di essere per lo più in disaccordo e abbastanza in disaccordo con quest'ultima affermazione. Un gran numero di studenti (88.9%, 602 persone) dichiara che essere affetti da bulimia non porta ad avere dei vantaggi. In relazione alla risoluzione del problema, gli intervistati (65.4%, 446 persone) sostengono che la bulimia non si possa assolutamente risolvere con il tempo senza trattamento, anche una minor percentuale (22.3%, 152 persone) è per lo più in accordo con tale ipotesi. La maggior parte degli studenti (80.8%, 551 persone) asserisce che la bulimia con vomito auto-indotto è un problema alquanto serio; una percentuale ancora più elevata (87.0%, 593 persone) crede fermamente che la bulimia non sia un buon metodo per trovare un punto di equilibrio tra mangiare e fare la dieta. All'affermazione se le persone con la bulimia dovrebbero smettere di essere ossessionate dal loro aspetto e peso corporeo il 41.7% (283 persone) è assolutamente d'accordo, il 24.2% (164 persone) è per lo più in accordo e il 15.0% (102 persone) è abbastanza d'accordo. Buona parte degli studenti (43.8%, 298 persone) afferma che le persone con la bulimia non sono affatto inaffidabili, anche un minor numero di intervistati (24.3%, 165 persone) sostiene di essere per lo più in accordo con tale dichiarazione. Gli intervistati hanno avuto opinioni discordanti per quanto riguarda l'affermazione che le persone con la bulimia non rendono bene nel loro lavoro, il 21.9% (149 persone) ha sostenuto di essere abbastanza d'accordo ma la medesima percentuale ha anche sostenuto di essere per lo più in disaccordo, anche il 20.3% (138 persone) è assolutamente in disaccordo e il 19.7% (134 persone) è abbastanza in disaccordo. Gli studenti per la maggior parte (34.8%, 236 persone assolutamente d'accordo; 29.6%, 201 persone per lo più in accordo; 27.4%, 186 persone abbastanza d'accordo) affermano che le persone con la bulimia dovrebbero lavorare sul loro autocontrollo. La maggior parte degli interrogati (80.6%, 548 persone) riconosce la bulimia come un serio disturbo del comportamento alimentare; questi ultimi (42.7%, 290 persone assolutamente in disaccordo, 24.7%, 168 persone per lo più in disaccordo; 17.4%, 118 persone abbastanza in disaccordo) affermano che la bulimia non è una fase che attraversano soltanto alcune ragazze o giovani donne. All'affermazione se le persone con la bulimia dovrebbero solo rimettersi in sesto e andare avanti il 27.4% (186 persone) risponde di essere assolutamente in disaccordo, il 22.7% (154 persone) di essere per lo più in disaccordo e il 19.7% (134 persone) sostiene di essere abbastanza in disaccordo. La maggior parte

degli intervistati (24.9%, 169 persone; il 21.7%, 147 persone; 21.1% 143 persone) sostiene che la bulimia non è una forma di ricerca di attenzione mentre una piccola minoranza (21.1%, 143 persone) sostiene il contrario. L'86.6% (590 persone) è completamente in disaccordo con la dichiarazione la quale afferma che avere la bulimia non è così negativo, perché si può mangiare tutto quello che piace senza mettere peso. La maggior parte degli interrogati (50.7%, 344 persone) considera la bulimia accompagnata all'esercizio fisico eccessivo un problema serio. Gli studenti (64.8%, 440 persone) affermano di non avere problemi ad assumere ipoteticamente una persona che ha avuto la bulimia. La maggior parte degli studenti (51.2%, 349 persone) dichiara che essere amico/a di qualcuno con la bulimia non creerebbe loro nessun problema; costoro in percentuale ancora più elevata (69.5%, 473 persone) dicono indiscutibilmente che avere un membro della propria famiglia con la bulimia non arreherebbe loro nessuna vergogna. Gli intervistati (26.2%, 175 persone assolutamente d'accordo; 24.2%, 162 persone per lo più in accordo; 21.4%, 143 persone abbastanza d'accordo) dichiarano di essere a loro agio nel frequentare qualcuno con la bulimia. Il 47.1% (320 persone) e il 17.5% (119 persone) riconoscono che l'utilizzo di lassativi dopo un'abbuffata è un problema serio. Gli interrogati (43.9%, 299 persone e 23.5%, 160 persone) mostrano di non avere difficoltà a fidarsi di qualcuno con la bulimia. La maggior parte delle persone (60.2%, 409 persone) crede che la bulimia è una modalità inaccettabile di controllare il peso; queste ultime (29.2%, 198 persone assolutamente d'accordo; 28.3% 192 persone per lo più in accordo; 25.0%, 170 persone abbastanza d'accordo) credono anche che le persone con la bulimia dovrebbero essere meno fissate sul loro aspetto. Dall'analisi dei questionari si evincono diverse percentuali (33.0%, 224 persone assolutamente d'accordo; 26.3%, 178 persone per lo più in accordo; 22.7%, 154 persone abbastanza d'accordo) ma tutte concordi sul fatto che dipendere da qualcuno con la bulimia per portare a termine un compito importante non produrrebbe in loro nessun problema. Agli intervistati è stato chiesto se il digiuno dopo un'abbuffata è un problema serio, a questo quesito si evincono opinioni differenti poiché il 23.5% (160 persone) ha risposto di essere assolutamente d'accordo nel considerare il digiuno post abbuffata un problema, il 21.4% (146 persone) ha affermato di essere abbastanza in disaccordo anche il 14.7% (100 persone) è per lo più in disaccordo, il 18.2% (124 persone) di essere abbastanza d'accordo e il 13.7% per lo più in accordo.

Sono state inoltre raccolte nei questionari le conoscenze degli studenti infermieri sui fattori che secondo loro contribuiscono allo sviluppo della Bulimia Nervosa. Una buona parte degli studenti (36.4%, 247 persone) considera i fattori ambientali probabilmente coinvolti mentre altri (29.5%, 200 persone) ritengono tali fattori molto coinvolti. Per quanto riguarda invece il coinvolgimento dei fattori genetici non si ha un'opinione univoca ma alcuni (33.2%, 226 persone) considerano tali fattori probabilmente coinvolti, altri (27.8%, 189 persone) credono che siano poco coinvolti mentre una

piccola percentuale (23.9%, 163 persone) crede che tali fattori non siano affatto coinvolti. Le cure genitoriali per il 48.6% (329 persone) degli studenti vengono considerate fattori molto coinvolti nello sviluppo della bulimia nervosa, per il 22.9% (155 persone) sono fattori probabilmente coinvolti mentre una piccola percentuale (17.3%, 117 persone) le considera il fattore causale principale. Molto distinte sono le opinioni degli interrogati riguardo l'implicazione della mancanza di supporto sociale poiché gran parte degli intervistati (49.6%, 336 persone) crede che tale fattore sia molto coinvolto e una discreta percentuale (37.0%, 251 persone) sostiene addirittura che sia il fattore causale principale. Tra tutti i fattori l'unico che è stato riconosciuto da una percentuale più elevata di studenti (54.9%, 373 persone) come fattore causale principale è l'influenza dei media, una discreta percentuale (29.6%, 201 persone) lo ha considerato come fattore molto coinvolto. La mancanza di auto-disciplina ha diviso le opinioni tra coloro che la considerano un fattore molto coinvolto (35.4%, 241 persone) e coloro che la considerano un fattore probabilmente coinvolto (32.6%, 222 persone).

Tutto ciò viene riportato nella Tabella 2 sottostante.

Tabella 2 - Conoscenze degli studenti relative alla Bulimia Nervosa e ai fattori che contribuiscono allo sviluppo del problema.

Items	% Percentuale di risposte
1. La bulimia non è un problema serio rispetto ad altri problemi psicologici	
Abbastanza d'accordo	1.9
Abbastanza in disaccordo	5.9
Assolutamente d'accordo	2.2
Assolutamente in disaccordo	73.8
Per lo più in accordo	1.6
Per lo più in disaccordo	14.7
2. Il fatto che delle persone non stiano male dopo un'abbuffata non è preoccupante	
Abbastanza d'accordo	11.1
Abbastanza in disaccordo	19.3
Assolutamente d'accordo	1.6
Assolutamente in disaccordo	35.4
Per lo più in accordo	5.2
Per lo più in disaccordo	27.4
3. Avere la bulimia porta a dei vantaggi	

Abbastanza d'accordo	0.7
Abbastanza in disaccordo	3.0
Assolutamente d'accordo	0.6
Assolutamente in disaccordo	88.9
Per lo più in accordo	0.3
Per lo più in disaccordo	6.5
4. La bulimia si risolve con il tempo senza trattamento	
Abbastanza d'accordo	1.6
Abbastanza in disaccordo	8.9
Assolutamente d'accordo	1.2
Assolutamente in disaccordo	65.4
Per lo più in accordo	0.6
Per lo più in disaccordo	22.3
5. La bulimia con il vomito auto-indotto è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	2.1
Abbastanza in disaccordo	0.9
Assolutamente d'accordo	80.8
Assolutamente in disaccordo	7.2
Per lo più in accordo	6.9
Per lo più in disaccordo	2.2
6. La bulimia è un buon metodo per trovare un punto di equilibrio tra mangiare e fare la dieta	
Abbastanza d'accordo	1.2
Abbastanza in disaccordo	2.6
Assolutamente d'accordo	1.8
Assolutamente in disaccordo	87.0
Per lo più in accordo	0.7
Per lo più in disaccordo	6.7
7. Le persone con la bulimia dovrebbero smettere di essere ossessionate dal loro aspetto e peso corporeo	
Abbastanza d'accordo	15.0
Abbastanza in disaccordo	6.3
Assolutamente d'accordo	41.7
Assolutamente in disaccordo	6.6
Per lo più in accordo	24.2
Per lo più in disaccordo	6.2
8. Le persone con la bulimia sono inaffidabili	

Abbastanza d'accordo	10.4
Abbastanza in disaccordo	14.7
Assolutamente d'accordo	2.4
Assolutamente in disaccordo	43.8
Per lo più in accordo	4.4
Per lo più in disaccordo	24.3
9. Le persone con la bulimia non rendono bene nel loro lavoro	
Abbastanza d'accordo	21.9
Abbastanza in disaccordo	19.7
Assolutamente d'accordo	5.9
Assolutamente in disaccordo	20.3
Per lo più in accordo	10.4
Per lo più in disaccordo	21.9
10. Le persone con la bulimia dovrebbero lavorare sul loro auto controllo	
Abbastanza d'accordo	27.4
Abbastanza in disaccordo	3.1
Assolutamente d'accordo	34.8
Assolutamente in disaccordo	1.6
Per lo più in accordo	29.6
Per lo più in disaccordo	3.4
11. La bulimia è un serio disturbo del comportamento alimentare	
Abbastanza d'accordo	4.6
Abbastanza in disaccordo	0.6
Assolutamente d'accordo	80.6
Assolutamente in disaccordo	1.5
Per lo più in accordo	11.8
Per lo più in disaccordo	1.0
12. La bulimia è solo una fase che attraversano alcune ragazze o giovani donne	
Abbastanza d'accordo	8.4
Abbastanza in disaccordo	17.4
Assolutamente d'accordo	2.1
Assolutamente in disaccordo	42.7
Per lo più in accordo	4.7
Per lo più in disaccordo	24.7

13. Le persone con la bulimia dovrebbero solo rimettersi in sesto e andare avanti	
Abbastanza d'accordo	16.1
Abbastanza in disaccordo	19.7
Assolutamente d'accordo	4.6
Assolutamente in disaccordo	27.4
Per lo più in accordo	9.6
Per lo più in disaccordo	22.7
14. La bulimia è una forma di ricerca di attenzione	
Abbastanza d'accordo	21.1
Abbastanza in disaccordo	21.7
Assolutamente d'accordo	4.7
Assolutamente in disaccordo	24.9
Per lo più in accordo	11.7
Per lo più in disaccordo	15.9
15. Avere la bulimia non è così negativo, perché si può mangiare tutto quello che piace senza mettere peso	
Abbastanza d'accordo	0.7
Abbastanza in disaccordo	3.2
Assolutamente d'accordo	0.4
Assolutamente in disaccordo	86.6
Per lo più in accordo	0.6
Per lo più in disaccordo	8.4
16. La bulimia accompagnata all'esercizio fisico eccessivo è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	9.7
Abbastanza in disaccordo	8.3
Assolutamente d'accordo	50.7
Assolutamente in disaccordo	9.4
Per lo più in accordo	14.0
Per lo più in disaccordo	7.8
17. Non assumerei una persona che ha avuto la bulimia	
Abbastanza d'accordo	3.2
Abbastanza in disaccordo	12.1
Assolutamente d'accordo	0.9
Assolutamente in disaccordo	64.8
Per lo più in accordo	1.6

Per lo più in disaccordo	17.4
18. Essere amico di qualcuno con la bulimia non mi creerebbe problemi	
Abbastanza d'accordo	9.3
Abbastanza in disaccordo	7.0
Assolutamente d'accordo	51.2
Assolutamente in disaccordo	8.2
Per lo più in accordo	18.8
Per lo più in disaccordo	5.4
19. Mi sentirei a mio agio nel frequentare qualcuno con la bulimia	
Abbastanza d'accordo	21.4
Abbastanza in disaccordo	12.6
Assolutamente d'accordo	26.2
Assolutamente in disaccordo	7.6
Per lo più in accordo	24.2
Per lo più in disaccordo	8.1
20. A scopo di controllare la validità di questo questionario rispondi "abbastanza d'accordo" a questa risposta	
Abbastanza d'accordo	97.4
Abbastanza in disaccordo	1.3
Assolutamente d'accordo	0.7
Per lo più in accordo	0.6
21. Sinceramente, se un membro della famiglia avesse la bulimia, mi vergognerei	
Abbastanza d'accordo	2.9
Abbastanza in disaccordo	11.7
Assolutamente d'accordo	0.4
Assolutamente in disaccordo	69.5
Per lo più in accordo	0.3
Per lo più in disaccordo	15.1
22. Usare i lassativi dopo un'abbuffata è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	11.6
Abbastanza in disaccordo	9.9
Assolutamente d'accordo	47.1
Assolutamente in disaccordo	6.8
Per lo più in accordo	17.5
Per lo più in disaccordo	7.2

23. Avrei difficoltà a fidarmi di qualcuno con la bulimia	
Abbastanza d'accordo	9.8
Abbastanza in disaccordo	19.5
Assolutamente d'accordo	1.2
Assolutamente in disaccordo	43.9
Per lo più in accordo	2.1
Per lo più in disaccordo	23.5
24. La bulimia è una modalità inaccettabile di controllare il peso	
Abbastanza d'accordo	11.3
Abbastanza in disaccordo	3.1
Assolutamente d'accordo	60.2
Assolutamente in disaccordo	5.6
Per lo più in accordo	15.9
Per lo più in disaccordo	3.8
25. Le persone con la bulimia dovrebbero essere meno fissate sul loro aspetto	
Abbastanza d'accordo	25.0
Abbastanza in disaccordo	6.2
Assolutamente d'accordo	29.2
Assolutamente in disaccordo	5.2
Per lo più in accordo	28.3
Per lo più in disaccordo	6.2
26. Non vorrei dipendere da qualcuno con la bulimia per portare a termine un compito importante	
Abbastanza d'accordo	8.8
Abbastanza in disaccordo	22.7
Assolutamente d'accordo	3.5
Assolutamente in disaccordo	33.0
Per lo più in accordo	5.6
Per lo più in disaccordo	26.3
27. Digiunare dopo un'abbuffata è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	18.2
Abbastanza in disaccordo	21.4
Assolutamente d'accordo	23.5
Assolutamente in disaccordo	8.5
Per lo più in accordo	13.7
Per lo più in disaccordo	14.7

28. Fattori ambientali	
Fattore causale principale	7.1
Fattore molto coinvolto	29.5
Fattore non coinvolto	8.3
Fattore poco coinvolto	18.7
Fattore probabilmente coinvolto	36.4
29. Fattori genetici	
Fattore causale principale	2.8
Fattore molto coinvolto	12.3
Fattore non coinvolto	23.9
Fattore poco coinvolto	27.8
Fattore probabilmente coinvolto	33.2
30. Cure genitoriali	
Fattore causale principale	17.3
Fattore molto coinvolto	48.6
Fattore non coinvolto	4.6
Fattore poco coinvolto	6.6
Fattore probabilmente coinvolto	22.9
31. Mancanza di supporto sociale	
Fattore causale principale	37.0
Fattore molto coinvolto	49.6
Fattore non coinvolto	0.3
Fattore poco coinvolto	2.2
Fattore probabilmente coinvolto	10.9
32. Influenza dei media	
Fattore causale principale	54.9
Fattore molto coinvolto	29.6
Fattore non coinvolto	0.6
Fattore poco coinvolto	4.1
Fattore probabilmente coinvolto	10.9
33. Mancanza di auto-disciplina	
Fattore causale principale	15.9
Fattore molto coinvolto	35.4
Fattore non coinvolto	3.1
Fattore poco coinvolto	12.9
Fattore probabilmente coinvolto	32.6

Dalle risposte degli studenti infermieri in riferimento all'Anoressia Nervosa si deducono i seguenti risultati. La maggior parte degli interrogati (85.6%, 584 persone) equipara la gravità dell'anoressia alla gravità dei problemi psicologici; inoltre 548 intervistati (80.4%) riconoscono come preoccupante il fatto che delle persone non mangino. Quasi tutti gli studenti (89.7%, 611 persone) affermano che avere l'anoressia non è una condizione che porta ad avere dei vantaggi. La maggior parte degli interrogati (78.6%, 535 persone) crede che l'anoressia non si possa risolvere con il tempo senza trattamento; questi ultimi (76.1%, 518 persone) riconoscono che l'anoressia e la paura di ingrassare costituiscono un serio problema. La maggior parte degli interrogati (86.8%, 590 persone) dichiara che l'anoressia non è un buon metodo per perdere peso. Percentuali differenti ma alquanto concordanti (39.6% 269 persone assolutamente d'accordo; 22.7%, 154 persone per lo più in accordo; 18.4%, 125 persone abbastanza d'accordo) sostengono che le persone con anoressia dovrebbero smetterla di essere ossessionate dal loro aspetto e peso corporeo. Gli universitari (45.1%, 306 persone e 24.8%, 168 persone) si schierano dalla parte delle persone affette da anoressia, considerandole persone affidabili. Gli studenti, anche se hanno risposto in maniera differente (26.3%, 179 persone assolutamente in disaccordo; 22.1%, 150 persone per lo più in disaccordo, 20.9%, 142 persone abbastanza in disaccordo) lo hanno fatto tutti disapprovando l'affermazione che le persone con anoressia non rendono bene nel loro lavoro. Secondo gli interrogati (32.5%, 221 persone assolutamente d'accordo; 26.4%, 179 persone per lo più in accordo; 25.2%, 171 persone abbastanza d'accordo) le persone con anoressia dovrebbero lavorare sul loro auto-controllo. La maggior parte (83%, 562 persone) riconosce l'anoressia come un serio disturbo del comportamento alimentare. Il 41.6% (281 persone) e il 24.7% (167 persone) asseriscono che l'anoressia non è solo una fase che attraversano alcune ragazze o giovani donne. Gli studenti per la maggior parte (25.9%, 176 persone assolutamente in disaccordo; 20.9%, 142 persone per lo più in disaccordo; 16.3%, 111 persone abbastanza in disaccordo) dissentono dall'idea che le persone con l'anoressia dovrebbero solo rimettersi in sesto e andare avanti, soltanto una piccola minoranza (19.1%, 130 persone) è abbastanza d'accordo con quest'ultima dichiarazione. Gli studenti mostrano opinioni differenti, il 23.0% (156 persone) riferisce di essere abbastanza d'accordo con il fatto che l'anoressia è una forma di ricerca di attenzione però la medesima percentuale (22.9%, 155 persone) riferisce anche di essere assolutamente in disaccordo con tale affermazione, il resto degli studenti si distribuiscono in percentuali eque tra abbastanza in disaccordo (15.8%, 107 persone), per lo più in accordo (15.3%, 104 persone) e per lo più in disaccordo (15.2%, 103 persone). La maggior parte degli studenti (86.0%, 584 persone) sostiene che avere l'anoressia non può essere considerata una condizione positiva nonostante faccia dimagrire; il 59.1% (402 persone) asserisce che l'anoressia accompagnata all'esercizio fisico eccessivo è un problema serio; il 57.1% degli studenti (388 persone) afferma di non avere problemi

ad assumere una persona che ha avuto problemi di anoressia. Gran parte degli studenti (44.5%, 302 persone assolutamente d'accordo; 16.6%, 113 persone per lo più in accordo) sostiene che essere amico di qualcuno con l'anoressia non creerebbe loro problemi. Gli universitari (27.7%, 187 persone assolutamente d'accordo; 24.1%, 163 persone per lo più in accordo) riferiscono di sentirsi a loro agio nel frequentare qualcuno con l'anoressia. La maggior parte degli interrogati (67.7%, 459 persone) afferma di non provare nessuna vergogna se un membro della loro famiglia fosse affetto da anoressia. Per 312 studenti (46.1%) il fatto di stare a dieta quando si ha un basso peso corporeo è un serio problema, anche 116 studenti (17.1%) sono per lo più in accordo con tale attestazione. Gran parte degli intervistati (46.2%, 313 persone e 23.0%, 156 persone) assicura di non aver nessuna difficoltà a fidarsi di qualcuno con l'anoressia. Gli studenti per la maggior parte (68.1%, 461 persone) si mostrano concordi ad affermare che l'anoressia è una modalità inaccettabile di controllare il peso. Gli intervistati (35.0%, 237 persone assolutamente d'accordo; 27.5%, 186 persone per lo più in accordo; 22.7%, 154 persone abbastanza d'accordo) riferiscono che le persone con anoressia dovrebbero essere meno fissate sul loro aspetto. Mentre sono in disaccordo (35.1%, 238 persone assolutamente in disaccordo; 23.5%, 159 persone abbastanza in disaccordo; 23.0%, 156 persone per lo più in disaccordo) con l'affermazione la quale sostiene di non volere dipendere da qualcuno con l'anoressia per portare a termine un compito importante. La maggior parte degli studenti (69.8%, 471 persone) dichiara che digiunare per dimagrire è un problema serio.

Come è avvenuto per la Bulimia Nervosa, sono state riportate le conoscenze degli studenti infermieri sui fattori che secondo loro contribuiscono allo sviluppo dell'Anoressia Nervosa. In riferimento al coinvolgimento dei fattori ambientali il 33.3% (225 persone) degli intervistati considera tali fattori probabilmente coinvolti, il 27.4% (185 persone) molto coinvolti e il 21.0% (142 persone) poco coinvolti. Opinioni discordanti si sono avute anche in riferimento ai fattori genetici poiché il 33.3% (225 persone) crede che siano fattori probabilmente coinvolti, il 29.7% (201 persone) li considera fattori poco coinvolti e infine il 21.4% (145 persone) crede che tali fattori non siano coinvolti nello sviluppo dell'AN. In merito al coinvolgimento delle cure genitoriali, 296 interrogati (43.9%) affermano che siano molto coinvolte mentre 152 persone (22.5%) credono che siano il fattore causale principale ma la medesima percentuale considera tale fattore probabilmente coinvolto. Gli intervistati hanno mostrato opinioni concordanti per quanto riguarda la mancanza di supporto sociale poiché il 46.4% (314 persone) ha considerato tale mancanza un fattore molto coinvolto e il 40.8% (276 persone) lo ha considerato il fattore causale principale. La maggior parte degli studenti (57.5%, 389 persone) ha considerato come fattore causale principale nello sviluppo dell'AN l'influenza dei media. Opinioni contraddittorie si sono ottenute all'analisi delle risposte in merito al coinvolgimento della mancanza di auto-disciplina poiché il 36.6% (247 persone) degli studenti considera tale fattore come

molto coinvolto, il 22.2% (150 persone) come fattore causale principale mentre il 27.6% (186 persone) considera la mancanza di auto-disciplina un fattore probabilmente coinvolto.

In conclusione il questionario termina con alcune domande che indagano l'esperienza personale presente e passata di ciascun intervistato in merito alla BN e all'AN. Agli studenti viene chiesto se in passato hanno mai ricevuto diagnosi di un qualsiasi disturbo del comportamento alimentare, a tale quesito la maggior parte degli interrogati (91.7%, 617 persone) afferma di no contro una piccola percentuale (8.3%, 56 persone) che risponde in maniera affermativa. La stessa domanda viene poi posta nel periodo attuale, il 97.2% (653 persone) afferma di non aver mai avuto diagnosi di disturbo del comportamento alimentare soltanto il 2.8% (19 persone) sostiene di aver avuto tale diagnosi. Infine agli studenti è stato chiesto se conoscono qualcuno che ha o ha avuto un disturbo del comportamento alimentare e di indicare che rapporto intercorre tra loro; dall'analisi dettagliata dei questionari è emerso che il 28.9% (194 persone) non conosce nessuno; il 36.5% (245 persone) ha un amico che soffre o ha sofferto di tale disturbo, il 22.6% (152 persone) ha un conoscente, piccole percentuali di distribuiscono tra parente stretto (genitore, fratello), altro membro della famiglia (nonni, cugini, zii) e fidanzato/a.

Quanto affermato viene riportato nella Tabella 2.1 che segue.

Tabella 2.1 - Conoscenze degli studenti relative all' Anoressia Nervosa, ai fattori che contribuiscono allo sviluppo del problema e informazioni aggiuntive su esperienza personale del problema nel passato e nel presente.

Items	% Percentuale di risposte
1. L' anoressia non è un problema serio rispetto ad altri problemi psicologici	
Abbastanza d'accordo	1.2
Abbastanza in disaccordo	3.1
Assolutamente d'accordo	0.3
Assolutamente in disaccordo	85.6
Per lo più in accordo	0.6
Per lo più in disaccordo	9.2
2. Il fatto che delle persone non mangiano non è preoccupante	
Abbastanza d'accordo	1.5
Abbastanza in disaccordo	3.2
Assolutamente d'accordo	4.0

Assolutamente in disaccordo	80.4
Per lo più in accordo	1.0
Per lo più in disaccordo	10.0
3. Avere l'anoressia porta a dei vantaggi	
Abbastanza d'accordo	0.6
Abbastanza in disaccordo	1.3
Assolutamente d'accordo	1.3
Assolutamente in disaccordo	89.7
Per lo più in accordo	0.4
Per lo più in disaccordo	6.6
4. L'anoressia si risolve con il tempo, senza trattamento	
Abbastanza d'accordo	1.2
Abbastanza in disaccordo	3.8
Assolutamente d'accordo	0.6
Assolutamente in disaccordo	78.6
Per lo più in accordo	0.6
Per lo più in disaccordo	15.3
5. L'anoressia e la paura di ingrassare costituiscono un problema serio	
Abbastanza d'accordo	3.1
Abbastanza in disaccordo	1.8
Assolutamente d'accordo	76.1
Assolutamente in disaccordo	5.0
Per lo più in accordo	12.0
Per lo più in disaccordo	2.1
6. L'anoressia è un buon metodo per perdere peso	
Abbastanza d'accordo	1.2
Abbastanza in disaccordo	2.2
Assolutamente d'accordo	1.6
Assolutamente in disaccordo	86.8
Per lo più in accordo	0.4
Per lo più in disaccordo	7.8
7. Le persone con anoressia dovrebbero smetterla di essere ossessionate dal loro aspetto e peso corporeo	
Abbastanza d'accordo	18.4
Abbastanza in disaccordo	8.5
Assolutamente d'accordo	39.6

Assolutamente in disaccordo	6.3
Per lo più in accordo	22.7
Per lo più in disaccordo	4.4
8. Le persone con anoressia sono inaffidabili	
Abbastanza d'accordo	8.3
Abbastanza in disaccordo	17.6
Assolutamente d'accordo	1.8
Assolutamente in disaccordo	45.1
Per lo più in accordo	2.5
Per lo più in disaccordo	24.8
9. Le persone con anoressia non rendono bene nel loro lavoro	
Abbastanza d'accordo	17.4
Abbastanza in disaccordo	20.9
Assolutamente d'accordo	3.4
Assolutamente in disaccordo	26.3
Per lo più in accordo	10.0
Per lo più in disaccordo	22.1
10. Le persone con anoressia dovrebbero lavorare sul loro auto-controllo	
Abbastanza d'accordo	25.2
Abbastanza in disaccordo	7.4
Assolutamente d'accordo	32.5
Assolutamente in disaccordo	4.1
Per lo più in accordo	26.4
Per lo più in disaccordo	4.4
11. L'anoressia è un serio disturbo del comportamento alimentare	
Abbastanza d'accordo	3.2
Abbastanza in disaccordo	1.2
Assolutamente d'accordo	83.0
Assolutamente in disaccordo	3.1
Per lo più in accordo	7.7
Per lo più in disaccordo	1.8
12. L'anoressia è solo una fase che attraversano alcune ragazze o giovani donne	
Abbastanza d'accordo	9.8
Abbastanza in disaccordo	16.1
Assolutamente d'accordo	1.8

Assolutamente in disaccordo	41.6
Per lo più in accordo	6.1
Per lo più in disaccordo	24.7
13. Le persone con anoressia dovrebbero solo rimettersi in sesto e andare avanti	
Abbastanza d'accordo	19.1
Abbastanza in disaccordo	16.3
Assolutamente d'accordo	6.5
Assolutamente in disaccordo	25.9
Per lo più in accordo	11.2
Per lo più in disaccordo	20.9
14. L'anoressia è una forma di ricerca di attenzione	
Abbastanza d'accordo	23.0
Abbastanza in disaccordo	15.8
Assolutamente d'accordo	7.8
Assolutamente in disaccordo	22.9
Per lo più in accordo	15.3
Per lo più in disaccordo	15.2
15. Avere l'anoressia non è così negativo perché fa dimagrire	
Abbastanza d'accordo	1.0
Abbastanza in disaccordo	3.4
Assolutamente d'accordo	0.6
Assolutamente in disaccordo	86.0
Per lo più in accordo	0.6
Per lo più in disaccordo	8.4
16. L'anoressia accompagnata all'esercizio fisico eccessivo è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	5.6
Abbastanza in disaccordo	5.9
Assolutamente d'accordo	59.1
Assolutamente in disaccordo	7.1
Per lo più in accordo	15.1
Per lo più in disaccordo	7.2
17. Non assumerei una persona che ha avuto problemi di anoressia	
Abbastanza d'accordo	3.8
Abbastanza in disaccordo	16.5

Assolutamente d'accordo	0.6
Assolutamente in disaccordo	57.1
Per lo più in accordo	1.3
Per lo più in disaccordo	20.6
18. Essere amico di qualcuno con l'anoressia non mi creerebbe problemi	
Abbastanza d'accordo	12.8
Abbastanza in disaccordo	10.2
Assolutamente d'accordo	44.5
Assolutamente in disaccordo	9.6
Per lo più in accordo	16.6
Per lo più in disaccordo	6.3
19. Mi sentirei a mio agio nel frequentare qualcuno con l'anoressia	
Abbastanza d'accordo	21.2
Abbastanza in disaccordo	14.8
Assolutamente d'accordo	27.7
Assolutamente in disaccordo	6.4
Per lo più in accordo	24.1
Per lo più in disaccordo	5.9
20. A scopo di controllare la validità di questo questionario rispondi "abbastanza d'accordo" a questa risposta	
Abbastanza d'accordo	96.5
Abbastanza in disaccordo	1.6
Assolutamente d'accordo	0.7
Assolutamente in disaccordo	0.3
Per lo più in accordo	0.7
Per lo più in disaccordo	0.1
21. Sinceramente, se un membro della mia famiglia avesse l'anoressia, mi vergognerei	
Abbastanza d'accordo	3.4
Abbastanza in disaccordo	10.8
Assolutamente d'accordo	0.6
Assolutamente in disaccordo	67.7
Per lo più in accordo	0.7
Per lo più in disaccordo	16.8

22. Stare a dieta quando si ha un basso peso corporeo è un serio problema	
Abbastanza d'accordo	10.5
Abbastanza in disaccordo	10.5
Assolutamente d'accordo	46.1
Assolutamente in disaccordo	5.9
Per lo più in accordo	17.1
Per lo più in disaccordo	9.9
23. Avrei difficoltà a fidarmi di qualcuno con l'anoressia	
Abbastanza d'accordo	8.7
Abbastanza in disaccordo	19.2
Assolutamente d'accordo	1.3
Assolutamente in disaccordo	46.2
Per lo più in accordo	1.6
Per lo più in disaccordo	23.0
24. L'anoressia è una modalità inaccettabile di controllare il peso	
Abbastanza d'accordo	6.4
Abbastanza in disaccordo	2.8
Assolutamente d'accordo	68.1
Assolutamente in disaccordo	5.6
Per lo più in accordo	14.5
Per lo più in disaccordo	2.7
25. Le persone con l'anoressia dovrebbero essere meno fissate sul loro aspetto	
Abbastanza d'accordo	22.7
Abbastanza in disaccordo	7.4
Assolutamente d'accordo	35.0
Assolutamente in disaccordo	2.5
Per lo più in accordo	27.5
Per lo più in disaccordo	4.9
26. Non vorrei dipendere da qualcuno con l'anoressia per portare a termine un compito importante	
Abbastanza d'accordo	11.5
Abbastanza in disaccordo	23.5
Assolutamente d'accordo	2.2
Assolutamente in disaccordo	35.1
Per lo più in accordo	4.7

Per lo più in disaccordo	23.0
27. Digiunare per dimagrire è un problema serio	
Abbastanza d'accordo	6.5
Abbastanza in disaccordo	4.1
Assolutamente d'accordo	69.8
Assolutamente in disaccordo	1.8
Per lo più in accordo	13.9
Per lo più in disaccordo	3.9
28. Fattori ambientali	
Fattore causale principale	7.7
Fattore molto coinvolto	27.4
Fattore non coinvolto	10.5
Fattore poco coinvolto	21.0
Fattore probabilmente coinvolto	33.3
29. Fattori genetici	
Fattore causale principale	2.5
Fattore molto coinvolto	13.0
Fattore non coinvolto	21.4
Fattore poco coinvolto	29.7
Fattore probabilmente coinvolto	33.3
30. Cure genitoriali	
Fattore causale principale	22.5
Fattore molto coinvolto	43.9
Fattore non coinvolto	4.9
Fattore poco coinvolto	6.2
Fattore probabilmente coinvolto	22.5
31. Mancanza di supporto sociale	
Fattore causale principale	40.8
Fattore molto coinvolto	46.4
Fattore non coinvolto	0.4
Fattore poco coinvolto	1.3
Fattore probabilmente coinvolto	10.9
32. Influenza dei media	
Fattore causale principale	57.5
Fattore molto coinvolto	30.5
Fattore non coinvolto	0.6

Fattore poco coinvolto	3.4
Fattore probabilmente coinvolto	8.0
33. Mancanza di auto-disciplina	
Fattore causale principale	22.2
Fattore molto coinvolto	36.6
Fattore non coinvolto	2.5
Fattore poco coinvolto	11.1
Fattore probabilmente coinvolto	27.6
34. In passato, ti è mai stato diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare?	
No	91.7
Si	8.3
35. Nel periodo attuale, ti hanno diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare?	
No	97.2
Si	2.8
36. Conosci qualcuno che ha o che ha avuto un disturbo del comportamento alimentare?	
Altro membro della famiglia (nonni, cugini, zii, zie)	6.3
Amico	36.5
Conoscente	22.6
Fidanzato/a	1.2
No, non conosco nessuno	28.9
Parente stretto (genitore, fratello)	4.6

4. DISCUSSIONE

I risultati tratti dall'analisi dettagliata dei 682 questionari posti all'attenzione degli studenti infermieri dell'Università Politecnica delle Marche provenienti principalmente dal Centro Italia e con età compresa tra i 20-23 anni mostrano di essere consapevoli della gravità e serietà dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

4.1 Credenze stigmatizzanti verso l'AN e la BN

Gli studenti partecipanti allo studio sono a prevalenza di genere femminile (77.0%), in uno studio condotto su adolescenti di età compresa tra i 14 e i 20 anni è stato dimostrato che le ragazze avevano un livello significativamente più elevato di conoscenze dei disturbi alimentari (Napolitano et al. 2019). A differenza di quanto emerso dalla letteratura nella quale gli individui con AN e BN sono stati considerati più responsabili del loro disturbo e con maggiore probabilità di utilizzare il loro problema per attirare l'attenzione rispetto agli individui con problemi psicologici (Roehrig & McLean, 2010), gli intervistati hanno equiparato la serietà e la gravità dei problemi posti in analisi a quella dei problemi psicologici; anche se non sono emerse percentuali spiccate, il 53.9% degli studenti per l'AN ed il 62.5% per la BN si sono distribuiti tra assolutamente in disaccordo, per lo più in disaccordo e abbastanza in disaccordo con l'affermazione che tali disturbi possono essere considerati come una forma di ricerca di attenzione. Gli intervistati (80.6% per BN e 83.0% per AN) sono a conoscenza che sia la Bulimia che l'Anoressia Nervosa fanno parte dei disturbi del comportamento alimentare; per di più gli studenti hanno individuato gli atteggiamenti tipici di una persona che soffre di un Disturbo del Comportamento Alimentare: il digiuno, la restrizione dell'alimentazione, vomito auto-indotto, intensa attività fisica, assunzione di lassativi e la paura di ingrassare come problemi alquanto seri e preoccupanti. Dai risultati emerge la consapevolezza degli interrogati nell'identificare la BN e AN come condizioni negative e inaccettabili per dimagrire e controllare il peso. I risultati ottenuti da questo studio si contrappongono a quello di Roehrig & McLean (2010) nel quale i partecipanti hanno mostrato invece ammirazione per la capacità di controllare il mangiare e la capacità di svolgere esercizi fisici tutti i giorni. I comportamenti precedentemente citati sono stati confermati da studi che hanno confrontato lo stile alimentare di adolescenti e giovani affette da anoressia nervosa con quello di coetanee sane. Gli interrogati (88.9% per BN e 89.7% per AN) affermano di essere assolutamente d'accordo nel dichiarare che essere affetti da BN e AN non porta ad avere dei vantaggi e che la BN così come l'AN non sono dei buoni metodi

per trovare un punto di equilibrio tra mangiare e fare la dieta e neanche per perdere peso. Gli studenti dichiarano che le persone affette da i disturbi posti alla loro attenzione dovrebbero smetterla di essere ossessionate dal loro aspetto e peso corporeo, allo stesso tempo affermano in percentuali più spiccate (78.6% per AN e 65.4% per BN) che questi disturbi non si possono risolvere nel tempo e senza trattamento. Questa ultima affermazione è concorde con le Linee Guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE 2017) nelle quali viene sottoscritto che i pazienti dovrebbero ricevere un supporto che include la psicoeducazione sul loro disturbo, il monitoraggio del peso, della salute fisica e di qualsiasi fattore di rischio, la gestione multidisciplinare coordinata tra i servizi clinici e il coinvolgimento dei familiari (se appropriato). I partecipanti asseriscono in percentuali simili tra BN e AN che le persone affette da tali problemi dovrebbero lavorare sul loro auto-controllo, ciò si contrappone a quanto riportato dalle indagini di Griffiths et al. (2014) e Wingfield et al. (2011) poiché in entrambi gli studi le persone affette da AN vengono considerate avere un maggiore autocontrollo rispetto a quelle con BN, per di più in altri studi le persone con AN vengono viste come avere un grande grado di controllo sulla loro malattia. In riferimento all'incidenza demografica gli universitari credono che soffrire di questi disturbi non sia una fase che attraversano soltanto giovani donne o alcune ragazze.

Il punto focale di questa indagine era quello di individuare le Credenze Stigmatizzanti che gli studenti infermieri avessero nei confronti delle persone affette da Bulimia Nervosa ed Anoressia Nervosa. Dall'analisi del campione è emerso che in percentuali elevate 69.5% per BN, anche se lievemente più bassa rispetto a quest'ultima ma comunque in netta maggioranza, 67.7% per AN, di non provare vergogna se un membro della propria famiglia soffrisse di un qualsiasi DCA. Quanto dichiarato precedentemente è molto importante poiché il ruolo della famiglia è fondamentale sia nei giovani che negli adulti affetti da BN e AN, studi controllati hanno fornito alcune prove empiriche di come il coinvolgimento della famiglia rappresenti un fattore positivo per il trattamento dell'Anoressia e Bulimia Nervosa negli adolescenti. La situazione è un po' diversa alla domanda se avere un amico con BN o AN creerebbe loro problemi, il 51.2% dichiara nel caso della BN di essere assolutamente in disaccordo con tale quesito, mentre non si è ottenuta una netta maggioranza nel caso dell'AN ma comunque gli interrogati hanno dichiarato di essere assolutamente in disaccordo per il 44.5% e per lo più in disaccordo per il 16.6%. La situazione è tramutata di nuovo nell'antecedente, in quanto il 64.8% per BN e 57.1% per AN hanno asserito di non avere nessun problema ad assumere una persona affetta da tali disturbi, infatti gli studenti credono che quest'ultime possano rendere bene nel loro lavoro. Non si sono ottenute percentuali distinte ma si sono distribuite tra l'assolutamente in disaccordo, per lo più in disaccordo e l'abbastanza in disaccordo e in maniera sovrapponibile le risposte degli studenti alle seguenti affermazioni: le persone affette da questi problemi sono inaffidabili, avrei difficoltà a

fidarsi di qualcuno con BN o AN, dipendere da qualcuno con BN o AN per portare a termine un compito importante mi recherebbe problemi e non mi sentirei a mio agio nel frequentare qualcuno con tali disturbi. I risultati ottenuti dai quesiti riportati sopra si contrappongono a quanto sostenuto da precedenti studi (Wingfield et al. 2011; Griffiths et al. 2014), nei quali le persone con BN erano più soggette a stigma rispetto a quelle affette da AN, da questa indagine è emerso che per la maggior parte degli intervistati e nella maggior parte dei quesiti le persone affette da BN e AN si trovano sullo stesso piano, in entrambi i casi sono persone che hanno seri disturbi e richiedono trattamenti, ciò nonostante la maggior parte degli intervistati non ha mostrato disagio e vergogna nell'interazione con persone affette da BN e AN.

4.2 Fattori influenti nello sviluppo della BN e AN

Dall'analisi del campione in relazione alle cause che potrebbero influenzare lo sviluppo della BN e dell'AN la maggior parte degli universitari (57.5% per AN e 54.9% per BN) ha indicato come fattore causale principale l'influenza dei media. Quest'ultima considerazione è concorde ad uno studio condotto su giovani e adolescenti con diagnosi di Anoressia Restrittiva (un sottotipo di AN) in quanto i media vengono visti come uno dei mezzi con cui le persone sono esposte ad immagini che incoraggiano un particolare ideale di corpo; tali messaggi nascosti possono influire sulla propria autostima e sulla visione dell'immagine corporea. I media possono essere anche il mezzo per avere informazioni su un'alimentazione sana. L'ubiquità dei media non fa che rafforzare e perpetuare ulteriormente la convinzione di un'immagine o una forma ideale e può agire in sinergia con ulteriori pressioni come i commenti della famiglia o dei coetanei (Chen, Couturier, 2019). Gli studenti hanno mostrato un po' di confusione in riferimento al coinvolgimento dei fattori genetici, i risultati si sono distribuiti in percentuali più o meno eque tra fattori probabilmente coinvolti e poco coinvolti. Non sono presenti forti evidenze ma studi genetici formali su gemelli e famiglie hanno suggerito una sostanziale influenza genetica per AN e BN, ma sono ancora in corso studi di associazione a livello del genoma che presumibilmente aiuteranno a identificare i geni e i percorsi coinvolti in questi disturbi alimentari (Scherag et al. 2009). In relazione al coinvolgimento dei fattori ambientali e la mancanza di auto-disciplina per lo sviluppo dei disturbi trattati, gli studenti li hanno considerati come fattori probabilmente coinvolti e molto coinvolti. La mancanza di supporto sociale è stato considerato il fattore causale principale (40.8% per AN e 37% per BN) ma la maggior parte degli interrogati (46.4% per AN e 49.6% per BN) lo ha indicato come fattore molto coinvolto sia per la BN che per l'AN. Per quanto riguarda l'influenza che le cure genitoriali possono avere nello sviluppo dei due

disturbi, gli universitari hanno indicato per lo più essere fattori molto coinvolti, in percentuali minori che tali fattori sono probabilmente coinvolti.

4.3 Esperienze personali degli studenti infermieri

Il questionario posto all'attenzione degli studenti infermieri si conclude con delle domande in riferimento alla propria esperienza personale passata e presente. Gli intervistati hanno dichiarato per il 91.7% e il 97.2% di non aver mai ricevuto rispettivamente in passato e nel presente diagnosi di un qualsiasi Disturbo del Comportamento Alimentare. Si evince che rispetto al passato c'è stata una leggera diminuzione delle persone che hanno ricevuto diagnosi di DCA. Al quesito "conosci qualcuno che ha o ha avuto diagnosi di DCA" il 28.9% ha riferito di non conoscere nessuno, il 36.5% riferisce di avere un amico e il 22.6% di avere un conoscente. Uno studio condotto sugli studenti dell'Università degli Studi di Milano, dichiara che né la conoscenza di qualcuno con Disturbi dell'alimentazione, né di avere parenti stretti o amici con tali disturbi è stato confermato essere fattore predittivo significativo per avere livelli di stigma più bassi (Caslini et al.2016).

4.4 Limiti dello Studio

In riferimento a questo studio ci sono diverse limitazioni da prendere in considerazione nell'interpretazione dei risultati dell'indagine.

In primo luogo poiché il disegno dello studio è osservazionale di natura trasversale non è possibile trarre conclusioni definitive sulla causalità. In secondo luogo anche se si tratta di uno studio multicentrico la popolazione campionaria era limitata al Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, per questo i risultati ottenuti sono prettamente in relazione alla Regione Marche. In terzo luogo poiché agli studenti sono state poste domande anche personali è possibile che i dati siano inaffidabili a causa di un sopravvalutazione o sottovalutazione delle proprie credenze e dei propri atteggiamenti reali in riferimento ai Disturbi del Comportamento Alimentare. In relazione a quanto appena affermato, gli studenti hanno compilato i questionari in maniera riservata e la garanzia all'anonimato è stata enfatizzata ripetute volte durante la raccolta dati, perciò le prospettive di sottostima o sovrastima potrebbero essere limitate.

Nonostante questi limiti, la scelta di questa tematica così poco discussa in letteratura, ha permesso tramite una rilevante numerosità del campione di arricchire la letteratura in riferimento allo studio sulla stigmatizzazione e sulle credenze e tendenze che gli studenti infermieri italiani hanno in relazione alle persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare in particolare BN e AN.

5. CONCLUSIONE

Con la ricerca svolta è stato raggiunto l'obiettivo dello studio di analizzare le credenze e le tendenze degli studenti infermieri dell'Università Politecnica delle Marche. Dall'analisi dei risultati è emersa, prendendo in considerazione la maggioranza degli intervistati, la consapevolezza della serietà e gravità dei Disturbi del Comportamento Alimentare in particolare tale studio ha posto l'attenzione su Anoressia e Bulimia Nervosa. L'indagine essendosi basata su un cospicuo campione, ha permesso di ottenere risultati considerevoli che saranno utili ad ampliare tale tema nella letteratura. Come riportato in precedenza questi risultati non potranno essere generalizzati poiché il campione preso in esame è esclusivamente limitato agli studenti infermieri della regione Marche.

I risultati ottenuti si contrappongono in alcuni aspetti alla scarsa mole di letteratura già presente poiché è emerso da una dettagliata analisi dei dati che la maggior parte degli studenti infermieri non mostra atteggiamenti di chiusura e di emarginazione sociale in quanto riferiscono di non avere vergogna ad avere un membro della famiglia con AN o BN e non avrebbero problemi ad avere un amico affetto da tali disturbi; non mostrano neanche ammirazione per i comportamenti di restrizione che caratterizza questi disturbi. La maggior parte degli interrogati non crede che la BN e l'AN siano dei mezzi utilizzati per attirare l'attenzione, ma credono che le persone affette da tali disturbi dovrebbero lavorare sul loro auto-controllo ed essere meno fissate sul loro aspetto e peso corporeo. Non si esclude che i dati ottenuti siano scaturiti dalle conoscenze sui DCA acquisite dagli studenti durante il Corso di Laurea, tale idea sarebbe concorde con quanto dichiarato da Doley et al. (2017). Per attestare la veridicità di quanto appena affermato bisognerebbe attendere che la medesima indagine venisse estesa ad altri Centri Universitari. Se tale ipotesi fosse plausibile si ha la necessità di informare ed educare la popolazione in merito ai DCA. Per quanto riguarda i fattori che possono influenzare lo sviluppo di AN e BN gli studenti in percentuali spiccate hanno considerato l'influenza dei media come fattore causale principale, quanto affermato si può riscontrare anche in altri studi; mentre per quanto riguarda gli altri fattori presi in considerazione nell'indagine come i fattori ambientali, cure genitoriali, mancanza di supporto sociale e mancanza di auto-disciplina, da un'attenta ricerca non sono emerse alcune evidenze presenti nella letteratura. In riferimento alle esperienze personali si evince una piccola percentuale di persone affette da un qualsiasi DCA nel passato che si riduce ulteriormente nel periodo attuale.

Di primaria importanza nelle persone affette da DCA è l'intervento precoce da parte dell'equipe terapeutica multidisciplinare nella riabilitazione nutrizionale. All'interno dell'equipe è da considerarsi un ruolo rilevante quello dell'infermiere, il quale partecipa alle cure all'interno

dell'equipe e contribuisce in misura determinante alla realizzazione del programma di trattamento in particolar modo a livello ospedaliero e riabilitativo residenziale e semiresidenziale; è responsabile della gestione del paziente attraverso: l'accoglienza del paziente e della famiglia stessa, promozione del dialogo, dell'ascolto e infine osservazione e monitoraggio delle esigenze del paziente. Perciò è necessaria, come per tutto il personale sanitario, una formazione migliore, che permetta loro di conoscere le caratteristiche del processo di stigmatizzazione per mantenere atteggiamenti positivi verso i soggetti affetti da BN e AN (Caslini et al. 2016).

I risultati del presente studio mostrano che la ricerca sullo stigma e i fattori che contribuiscono allo sviluppo di AN e BN in Italia sono ancora all'inizio. È necessario diffondere questa indagine ad altri centri universitari presenti in Italia per indagare le percezioni dei giovani riguardo questo argomento. L'importanza di tale indagine permetterà a studi futuri di individuare il metodo ed il personale più adatto per fare prevenzione ed educazione nutrizionale, per diffondere le conoscenze sui DCA e quindi evitare credenze e tendenze stigmatizzanti ma soprattutto far comprendere alle persone che i Disturbi del Comportamento Alimentare meritano la stessa attenzione e la stessa serietà nel trattamento di altre malattie.

6. BIBLIOGRAFIA

Caslini M, Crocamo C, Dakanalis A, Tremolada M, Clerici M, Carrà G. (2016) - Stigmatizing attitudes and beliefs about Anorexia and Bulimia Nervosa among Italian undergraduates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; vol. 204, no. 12; pp. 916-924.

Chen A, Couturier J. (2019) - Triggers for children and adolescents with Anorexia Nervosa: a retrospective chart review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; vol. 28, no. 3; pp. 134-140.

Cristafulli MA, Von Holle A, Bulik CM. (2008) - Attitudes toward Anorexia Nervosa: the impact of framing on blame and stigma. *The International Journal of Eating Disorders*; vol. 41, no. 4; pp. 333-339.

Doley JR, Hart LM, Stukas AA, Petrovic K, Bouguettaya A, Paxton SJ. (2017) - Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*; vol. 50, no. 3; pp. 210-230.

Favaro A, Caregari L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. (2009) - Time trends in age at onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry*; vol. 70, no. 12; pp. 1715-1721.

Fitzpatrick K, Lock J. (2011) - Anorexia Nervosa. Copyright © BMJ Publishing Group Ltd, All Rights Reserved. *BMJ Clinical Evidence* 2011: 1011.

Griffiths S, Mond MJ, Murray SB, Touyz S. (2014) - The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*; vol. 48, no. 6; pp. 767-774.

Hay PJ, Claudino AM. (2015) - Bulimia Nervosa: online interventions. BMJ clinical evidence 2015: 1009.

Napolitano F, Bencivenga F, Pompili E, Angelillo IF. (2019) - Assessment of knowledge, attitudes, and behaviors toward eating disorders among adolescents in Italy. The International Journal of environmental research and public health; vol. 16, no. 8; p.1448.

Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. (2006) - Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eating Behaviors; vol. 7, no. 4; pp. 384-394.

Roehring JP, McLean C. (2010) - A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. The International Journal eating disorders; vol. 43, no. 7; pp. 671-674.

Sherag S, Hebebrand J, Hinney A. (2010) - Eating disorders: the current status of molecular genetic research. European child & adolescent psychiatry; vol. 19, no. 3; pp. 211-226.

Wingfield N, Kelly N, Serdar K, Shivy VA, Mazzeo SE. (2011) - College student's perceptions of individuals with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The International Journal eating disorders; vol. 44, no. 4; pp. 369-375.

Sitografia

Cuzzolaro M. (2014) - Anoressie e bulimie . Il Mulino pp. 52-57; disponibile al sito:

<<http://www.sisdca.it/public/pdf/Dsm5.pdf> >

consultato il 16/02/2020

Ministero della Salute (2013) - Disturbi dell'alimentazione; disponibile al sito:

<http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici>

consultato il 16/02/2020

Ministero della Salute (2016) - Disturbi dell'alimentazione; disponibile al sito:

<<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=Salute%20donna&menu=patologie>>

consultato il 16/02/2020

Quaderni del Ministero della Salute, n.29 Settembre 2017 - Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Disponibile al sito:

< <http://www.salute.gov.it/portale/quaderni/sfogliabili/29/mobile/index.html>>

consultato il 16/02/2020

Società Italiana di Psicopatologia dell'alimentazione (2018) - Cosa sono i disturbi alimentari; disponibile al sito:

< <http://psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/>>

Consultato il 16/02/2020

ALLEGATI

Scheda Raccolta Dati

**STUDIO OSSERVAZIONALE SULLE OPINIONI SULL'ANORESSIA E LA BULIMIA
NERVOSA IN UN CAMPIONE DI STUDENTI DI INFERMIERISTICA UNIVERSITARI
ITALIANI
(MCLEAN, 2014)**

Gentile collega, il mio nome è Selene Ponziani, studentessa iscritta presso l'Università Politecnica delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Ascoli Piceno. Con il presente questionario, chiedo la tua collaborazione per un'indagine esplorativa con l'obiettivo di rilevare **“informazioni sul grado di conoscenza e sugli atteggiamenti degli studenti rispetto al tema anoressia e bulimia nervosa”**. Non esistono risposte giuste o sbagliate e in nessun caso sarà possibile risalire all'identità di chi aderisce all'indagine. I risultati dello studio saranno utili ai fini della realizzazione della tesi di Laurea ed eventuali pubblicazioni di carattere scientifico. Grazie per la preziosa collaborazione.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI

REGIONE _____		UNIVERSITA' _____ STUDI _____ SEDE _____ DEGLI _____ DI _____	
GENERE <input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA			
ETA' _____	ALTEZZA (CM) _____	PESO KG _____	ANNO FREQUENTANTE <input type="checkbox"/> I anno <input type="checkbox"/> II anno <input type="checkbox"/> III anno <input type="checkbox"/> Altro _____
ISTRUZIONE <input type="checkbox"/> LICEO <input type="checkbox"/> ISTITUTO TECNICO <input type="checkbox"/> ISTITUTO PROFESSIONALE			
FASCIA DI REDDITO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BASSA			
ORIENTAMENTO SESSUALE <input type="checkbox"/> ETEROSESSUALE <input type="checkbox"/> OMOSESSUALE <input type="checkbox"/> BISESSUALE			
CREDO RELIGIOSO • CATTOLICO • ATEO • ALTRO		RELAZIONE SENTIMENTALE • SINGLE • SPOSATO/A • FIDANZATO/A	
ISCRITTO PRESSO ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

QUESTIONARIO

OPINIONI SULLA BULIMIA NERVOSA

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

	Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------------

- 1) La bulimia* non è un problema serio rispetto ad altri problemi psicologici
- 2) Il fatto che delle persone stiano male dopo un'abbuffata** non è preoccupante
- 3) Avere la bulimia porta a dei vantaggi
- 4) La bulimia si risolve con il tempo senza trattamento
- 5) La bulimia con il vomito auto-indotto è un problema serio
- 6) La bulimia è un buon metodo per trovare un punto di

equilibrio
tra
mangiare e
fare la
dieta ○ ○ ○ ○ ○ ○

7) Le
persone
con la
bulimia
dovrebbero
o smettere
di essere
ossessionate
dal loro
aspetto e
peso
corporeo ○ ○ ○ ○ ○ ○

8) Le
persone
con la
bulimia
sono
inaffidabili ○ ○ ○ ○ ○ ○

9) Le
persone
con la
bulimia
non
rendono
bene nel
loro lavoro ○ ○ ○ ○ ○ ○

Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
--	---	---	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

10) Le
persone
con la
bulimia

- dovrebbero
o lavorare
sul loro
autocontrollo
- 11) La
bulimia è
un serio
disturbo
del
comporta
mento
alimentare
- 12) La
bulimia è
solo una
fase che
attraversan
o alcune
ragazze o
giovani
donne
- 13) Le
persone
con
bulimia
dovrebbero
o solo
rimettersi
in sesto e
andare
avanti
- 14) La
bulimia è
una forma
di ricerca
di attenzione
- 15) Avere
la bulimia
non è così
negativo,
perché si può
mangiare
tutto quello
che piace
senza mettere peso

16) La bulimia accompagnata all'esercizio fisico eccessivo*** è un problema serio

17) Non assumerei una persona che ha avuto la bulimia

18) Essere amico di qualcuno con la bulimia non mi creerebbe problemi

19) Mi sentirei a mio agio nel frequentare qualcuno con la bulimia

20) A scopo di controllare la validità di questo questionario rispondi "abbastanza d'accordo" a questa risposta

Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

21) Solitamente, se un membro della famiglia avesse la bulimia, mi

vergognerei

22) Usare
i lassativi
dopo
un'abbuffata
è
un problema serio

23) Avrei
difficoltà a
fidarmi di
qualcuno
con la bulimia

24) La
bulimia è una
modalità
inaccettabile
di controllare il peso

25) Le
persone con
la bulimia
dovrebbero
essere meno
fissate
sul loro aspetto

26) Non
vorrei
dipendere da
qualcuno con
la bulimia
per portare a
termine un
compito
importante

27) Digiu
nare dopo
un'abbuffata
è un
Problema
serio

Alcune informazioni utili:

* La bulimia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da episodi di abbuffata e comportamenti estremi volti a controllare il peso.

** Per “abbuffata” si intende un episodio in cui si mangia molto più del normale in un periodo di tempo breve e perdendo il controllo sul cibo.

*** Esempi di comportamenti estremi volti a controllare il peso sono: l’esercizio fisico eccessivo, la dieta estrema, il vomito e l’abuso di lassativi.

SECONDO LA TUA OPINIONE, QUALI TRA QUESTI FATTORI CONTRIBUISCONO ALLO SVILUPPO DELLA BULIMIA NERVOSA?

Siamo interessati alle tue opinioni personali piuttosto che a quanto gli altri, compresi i medici e i familiari, possono averti detto. Qui sotto è riportata una lista di possibili cause della malattia. Per favore indica, segnando la casella appropriata, quanto sei in accordo o disaccordo rispetto al ruolo delle cause citate.

	Fattore causale principale	Fattore molto coinvolto	Fattore probabilmente coinvolto	Fattore poco coinvolto	Fattore non coinvolto
1) Fattori ambientali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Fattori genetici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Cure genitoriali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Mancanza di supporto sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Influenza dei media	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Mancanza di auto-disciplina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPINIONI SULL'ANORESSIA NERVOSA

Scegliere la risposta appropriata per ciascun elemento:

Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

- 1) L'anoressia* non è un problema serio

rispetto ad altri problemi psicologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Il fatto che delle persone non mangino non è preoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Avere l'anoressia porta a dei vantaggi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) L'anoressi a si risolve con il tempo, senza trattamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) L'anoressi a e la paura di ingrassare costituisco no un problema serio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) L'anoressi a è un buon metodo per perdere peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Le persone con anoressia dovrebber o smetterla di essere ossessiona te dal loro aspetto e peso corporeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) Le
 persone
 con
 anoressia
 sono
 inaffidabili

9) Le
 persone
 con
 anoressia
 non
 rendono
 bene nel loro lavoro

10) Le
 persone
 con
 anoressia
 dovrebbero
 o lavorare
 sul loro
 auto-controllo

Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

11) L'ano
 rexia è un
 serio
 disturbo
 del
 comporta
 mento
 alimentare

12) L'ano
 rexia è
 solo una
 fase che
 attraversan
 o alcune
 ragazze o
 giovani
 donne

- 13) Le
persone
con
anoressia
dovrebbero
o solo
rimettersi
in
sesto e andare avanti
- 14) L'ano
ressia è
una forma
di ricerca
di
attenzione
- 15) Avere
l'anoressia
non è così
negativo
perché fa dimagrire
- 16) L'ano
ressia
accompagnata
all'esercizio fisico
eccessivo è un
problema serio
- 17) Non
assumerei
una
persona
che ha
avuto
problemi
di
anoressia
- 18) Esser
e amico di
qualcuno
con
l'anoressia
non mi
creerebbe
problemi

19) Mi sentirei a mio agio nel frequentar e qualcuno con l'anoressia

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

20) A scopo di controllare la validità di questo questionar io rispondi “abbastanza d'accordo” a questa risposta

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Assolutamente in disaccordo	Per lo più in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Per lo più in accordo	Assolutamente d'accordo
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

21) Sinceramente, se un membro della mia famiglia avesse l'anoressia, mi vergognerei

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

22) Stare a dieta quando si ha un basso peso corporeo è un serio problema

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

23) Avrei difficoltà a fidarmi di qualcuno con l'anoressia

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

24) L'anoressia è

una
modalità
inaccettabile
di controllare il peso

25) Le
persone con
l'anoressia
dovrebbero
essere meno
fissate sul
loro aspetto

26) Non
vorrei
dipendere da
qualcuno con
l'anoressia
per portare a
termine un
compito
importante

27) Digiu-
nare per
dimagrire è
un
problema serio

Alcune informazioni utili:

* L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da paura di ingrassare, restrizione nell'assunzione di calorie e basso peso corporeo. La perdita di peso è ottenuta attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Secondo la tua opinione, quale tra questi fattori contribuiscono allo sviluppo dell'anoressia nervosa? **Siamo interessati alle tue opinioni personali piuttosto che a quanto gli altri, compresi i medici e i familiari, possono averti detto.**

Qui sotto è riportata una lista di possibili cause della malattia. Per favore indica, segnando la casella appropriata, quanto sei in accordo o disaccordo rispetto al ruolo delle cause citate.

Fattore causale principale	Fattore molto coinvolto	Fattore probabilmente coinvolto	Fattore poco coinvolto	Fattore non coinvolto
----------------------------	-------------------------	---------------------------------	------------------------	-----------------------

1) Fattori ambientali

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2) Fattori genetici | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Cure genitoriali | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Mancanza di supporto sociale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) Influenza dei media | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Mancanza di auto-disciplina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- In passato ti è mai stato diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare?
 - Sì
 - No

- Nel periodo attuale, ti hanno diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare? Sì
 - No

- Conosci qualcuno che ha o che ha avuto un disturbo del comportamento alimentare?
 - Sì**
 - Indica scegliendo una delle seguenti opzioni
 - Parente stretto (genitore, fratello)
 - Fidanzato/a
 - Altro membro della famiglia (nonni, cugini, zie, zii)
 - Amico
 - Conoscente
 - No**, non conosco nessuno