



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'EFFICACIA DEL RUOLO  
DELL'INFERMIERE NEL PROCESSO  
ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON  
DISTURBI ALIMENTARI**

Relatore: Chiar.ma

**Dott.ssa Simona Cinaglia**

Tesi di Laurea di:

**Marta De Pasquale**

A.A. 2020/2021



## Sommario

<b>INTRODUZIONE:</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1</b> .....	3
<b>1.1 DISTURBI ALIMENTARI</b> .....	3
<b>1.2- Incidenza</b> .....	4
<b>1.3- I disturbi alimentari e il rapporto con i social media :</b> .....	4
<b>1.4- Pica</b> .....	5
<b>1.5- Disturbo da ruminazione</b> .....	7
<b>1.6- Disturbo evitante/restrittivo di assunzione di cibo</b> .....	8
<b>1.7- Anoressia Nervosa</b> .....	9
<b>1.8- Bulimia Nervosa:</b> .....	14
<b>1.9- Disturbo da alimentazione incontrollata</b> .....	17
<b>1.10- Obiettivi</b> .....	19
<b>CAPITOLO 2</b> .....	20
<b>MATERIALI E METODI</b> .....	20
<b>2.1- Definizione del quesito di ricerca attraverso il metodo Pico</b> .....	20
<b>2.2- Parole chiave, strategie di ricerca e criteri di selezione</b> .....	20
<b>2.3- Criteri di inclusione</b> .....	21
<b>2.4- Dati estrapolati</b> .....	21
<b>CAPITOLO 3</b> .....	22
<b>RISULTATI</b> .....	22
<b>CAPITOLO 4</b> .....	32
<b>4.1 Discussioni</b> .....	32
<b>4.2 Linea guida per l'assistenza infermieristica</b> .....	42
<b>4.3-Conclusione</b> .....	44
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	46
<b>SITOGRAFIA:</b> .....	47
<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	48



## **ABSTRACT**

**Introduzione:** I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del corpo. Sono dei disturbi che caratterizzano la società moderna e soprattutto quelle con maggiori disponibilità economiche. I comportamenti tipici di una persona che soffre di disturbi alimentari sono: digiuno, restrizione dell'alimentazione, crisi bulimiche, vomito autoindotto, intensa attività fisica finalizzata alla perdita di peso e l'assunzione impropria di lassativi e/o diuretici al fine di contrastare l'aumento ponderale.

**Obiettivo:** Valutare l'efficacia e gli interventi degli infermieri durante il percorso terapeutico nei pazienti con disturbi alimentari al fine di migliorare la qualità della vita.

**Materiali e metodi:** È stata eseguita una revisione della letteratura consultando la banca dati Pubmed, avvalendosi della metodologia P.I.C.O. Sono stati trovati 783 studi dei quali, in seguito alla prima lettura del titolo e abstract e all'eliminazione degli articoli doppi ne sono stati presi in considerazione 46. Dopo un'attenta lettura dei Full Text ne sono stati scelti in definitiva 7.

**Risultati:** Dalla letteratura è emerso che gli infermieri sono stati considerati altamente influenti sull'esperienza del ricovero, in quanto sono riusciti a creare e sviluppare una relazione terapeutica tra, paziente, equipe, familiari e ospedale-territorio. Inoltre, è stato dimostrato che l'infermiere è stato in grado di garantire l'aumento di peso nel paziente pur mantenendo la propria autorità. Dai vari studi è emerso che c'è un grande desiderio da parte del personale infermieristico di accrescere la propria formazione sia clinica che relazionale.

**Discussione/Conclusioni:** Questa ricerca ha permesso di indentificare chiaramente quali siano gli interventi di assistenza infermieristica nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, tuttavia, non ci sono ancora abbastanza studi nella letteratura scientifica, in particolare non vi sono dei veri e propri strumenti che possano andare a misurare la qualità e l'appropriatezza degli interventi infermieristici in questo ambito.

## **INTRODUZIONE:**

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del corpo. (Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, 2018). Sono dei disturbi che caratterizzano la società moderna e soprattutto quelle con maggiori disponibilità economiche. I comportamenti tipici di una persona che soffre di disturbi alimentari sono: digiuno, restrizione dell'alimentazione, crisi bulimiche, vomito autoindotto, intensa attività fisica finalizzata alla perdita di peso e l'assunzione impropria di lassativi e/o diuretici al fine di contrastare l'aumento ponderale. Una caratteristica quasi sempre presente in chi soffre di un disturbo alimentare è l'alterazione della propria immagine corporea che può giungere a configurarsi in un vero e proprio disturbo. La percezione che la persona ha del proprio aspetto, ovvero il modo in cui nella sua mente si è formata l'idea del suo corpo e delle sue forme, sembra influenzare la sua vita più della propria immagine reale. Spesso il disturbo alimentare è associato ad altre patologie psichiatriche, in particolare la depressione, ma anche i disturbi d'ansia, l'abuso di alcool o di sostanze, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi di personalità (Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, 2018). La società fornisce modelli di bellezza sempre più orientati verso il sottopeso e il controllo dell'alimentazione, fenomeno iniziato nella seconda metà del Novecento. Al giorno d'oggi le influencer sono delle vere e proprie icone nella società e spesso il loro fisico viene idolatrato e visto come modello da raggiungere. In un momento difficile come l'adolescenza può accadere che l'aderenza o l'exasperazione di un modello sociale "positivo" possa essere la via per raggiungere maggiore sicurezza e benessere. Data la loro complessità, l'intervento precoce riveste un'importanza particolare; è essenziale una grande collaborazione tra figure professionali con differenti specializzazioni come medici specialisti in psichiatria, in pediatria, in scienza dell'alimentazione, in medicina interna, infermieri, dietisti, psicologi e psicoterapeuti, ai fini di una diagnosi precoce e di una tempestiva presa in carico all'interno di un percorso multidisciplinare. I migliori risultati si ottengono nei casi di intervento precoce durante l'adolescenza, evitando forme croniche e immutabili di malattie alimentari. (Disturbi alimentari, 2021) Questi pazienti sono caratterizzati come individui rigidi, difficili da relazionarsi e manipolativi per quanto riguarda il trattamento. Tali caratteristiche provocano

innumerevoli sentimenti nell'équipe infermieristica, che interferiscono con la qualità delle cure erogate. L'obiettivo della tesi è quello di delineare l'efficacia degli interventi infermieristici che possono essere messi in atto all'interno del processo terapeutico. Nel primo capitolo verranno trattati i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con i relativi criteri diagnostici e le modalità di trattamento. Nel secondo capitolo verranno illustrati i metodi con cui è stata condotta la ricerca. Nel terzo e nel quarto capitolo vengono presentati e analizzati i risultati della ricerca.

# CAPITOLO 1

## 1.1 DISTURBI ALIMENTARI

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono definiti dal DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) come patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da condotte alimentari che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo. Essi rappresentano un problema sociale in quanto insorgono prevalentemente in età adolescenziale e con il passare del tempo se non diagnosticate precocemente possono andare a ledere gli organi vitali; perciò, a essi si associa un rischio elevato di mortalità. Secondo la letteratura, inoltre, le cause dei disturbi alimentari sono legate a fattori psichici, neurologici, endocrini e immunologici, che si associano a perdita di autostima e sentimenti di impotenza, generando stress e impotenza nel controllo della vita. Il 18 maggio 2013 è uscita la quinta edizione del DSM e nella sezione "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" elenca sei categorie diagnostiche principali: (Cuzzolaro, 2014)

- ❖ Picacismo;
- ❖ Disturbo da ruminazione;
- ❖ Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
- ❖ Anoressia nervosa;
- ❖ Bulimia nervosa;
- ❖ Disturbo da alimentazione incontrollata

L'obesità non è stata inclusa nel DSM-V perché essendo il risultato dell'interazione di fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali non è attualmente considerata un disturbo mentale. Tuttavia, secondo studi recenti esiste un forte legame tra l'obesità ed alcuni disturbi mentali come il disturbo da binge-eating, il disturbo depressivo, il disturbo bipolare e la schizofrenia. (Montei)

## **1.2- Incidenza**

Numerosi ricercatori si sono occupati, negli ultimi dieci anni, della definizione epidemiologica dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). I dati riportati in letteratura circa la prevalenza dell'anoressia nervosa in campioni di ragazze adolescenti variano tra lo 0.1% e l'1.9%. I dati relativi alla prevalenza della bulimia nervosa sono generalmente più alti e variano tra l'1 ed il 3%. Le ricerche compiute in Italia mostrano dei dati che sembrano in accordo con l'incidenza dei DCA nel resto dei paesi occidentali o occidentalizzati. A Roma è stata riscontrata una prevalenza di anoressia dello 0.2%; a Padova i risultati non differiscono di molto: lo 0.3% di anoressia e l'1.9% di bulimia. Secondo il DSM V, i disturbi come la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo hanno tassi di prevalenza nella popolazione poco chiari. Gli studi epidemiologici internazionali rilevano una percentuale di disturbi dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione tra il 3,7 e il 6,4 % tra la popolazione femminile dei paesi occidentali. Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, la prevalenza tra le donne si aggira intorno allo 0,4%, mentre per la bulimia nervosa la percentuale tra le donne giovani è approssimativamente dell'1-1,5 %. La prevalenza del disturbo da binge-eating è dell'1,6 % tra le donne e dello 0,8% tra gli uomini. Nella maggior parte dei casi, l'età di esordio dei disturbi alimentari va dai 10 ai 30 anni d'età, con un'età media di insorgenza intorno ai 17 anni. (Montei)

## **1.3- I disturbi alimentari e il rapporto con i social media :**

Fin dalla tenera età, i bambini sono esposti a messaggi sull'aspetto fisico, che rappresentano gli attuali ideali di bellezza. Questi ideali di bellezza sono presentati attraverso diversi canali mediatici tradizionali come televisione, riviste, film, cartelloni pubblicitari, video musicali e, negli ultimi anni, anche attraverso Internet e i social media. (De Coen, Verbeken, & Goossens, 2021)

I social media sono una parte sempre più significativa della nostra vita quotidiana ed è diventata una via popolare per condividere e discutere contenuti relativi ai disturbi alimentari. Tra le giovani donne, gli studi hanno confermato una relazione diretta tra la visualizzazione di contenuti online sul disturbo alimentare (DE) e l'assunzione di comportamenti alimentari disordinati. La maggior parte delle piattaforme social, come Instagram e Facebook, censurano i contenuti contrassegnati come pro-ED; tuttavia,

questo processo è complicato dall'adattabilità delle comunità online pro-ED per eludere il rilevamento, nonché dalla linea sempre più sfocata tra i contenuti pro-ED e le tradizionali adesioni della magrezza. Sebbene i social media abbiano inavvertitamente fornito piattaforme per la diffusione di contenuti pro-ED, le piattaforme forniscono contemporaneamente spazi per comunità pro-recupero in cui le persone con ED possono condividere le proprie esperienze e fornire supporto reciproco. Attraverso i social media, le persone possono condividere i loro processi di recupero e storie personali, cercare informazioni, fornire consigli e affermare a sé stessi e agli altri che il recupero è possibile, tutto ciò favorisce il progresso personale e una comunità online di supporto per il recupero dai disturbi alimentari. (Shannon S. C. Herrick MA, 2020)

#### **1.4- Pica**

La pica è un disturbo alimentare che viene diagnosticato in presenza di ripetitiva ingestione di una o più sostanze, senza contenuto alimentare e non commestibili, che si protrae per un periodo di almeno un mese. Tale condotta alimentare disfunzionale deve risultare sufficientemente grave da giustificare l'attenzione clinica e può essere caratterizzata dall'ingestione di un'ampia tipologia di sostanze, tra le quali carta, sapone, stoffa, gomma, ciottoli, lana, capelli, gesso, vernice, talco in polvere, ghiaccio, metallo, amido, creta, benzina, cenere e carbone. L'ingestione di tali sostanze deve essere inappropriata per l'età dell'individuo e non deve fare parte di particolari usanze culturali o sociali. Le persone con pica non hanno repulsione per il cibo e l'alimentazione. Nel caso di disturbo mentale concomitante, tale patologia deve avere un livello di gravità tale da necessitare ulteriori approfondimenti diagnostici. Talvolta le persone con tale disturbo arrivano a ricevere attenzioni cliniche a causa di complicanze mediche gastrointestinali. Attualmente non è stata ancora chiarita la percentuale di prevalenza della pica nella popolazione. Secondo i dati del DSM-V, le persone affette da grave disabilità psichica presentano più spesso tale disturbo rispetto agli individui con lieve disabilità psicologica. La pica è un disturbo che può insorgere durante l'infanzia, l'adolescenza o l'età adulta, e si riscontra in egual misura sia nelle donne che negli uomini. Recenti studi mostrano che il disturbo ha esordio più spesso in età evolutiva e in bambini con sviluppo normale. In età adulta la pica può manifestarsi in condizioni di disabilità intellettiva, durante altri

disturbi psicologici o durante la gravidanza a causa di specifici impulsi incontrollati. Il decorso della pica può protrarsi per lungo tempo e causare emergenze mediche, come l'ostruzione intestinale e l'avvelenamento, rivelandosi potenzialmente fatale a seconda delle sostanze ingerite. I fattori ambientali di rilievo nel rischio di insorgenza della pica sono l'abbandono, il ritardo nello sviluppo e la mancanza di controllo. La metodologia diagnostica per accertare la pica comprende metodi per visualizzare le ostruzioni dovute all'ingestione di sostanza, tra cui radiografia addominale e ultrasuoni, e le analisi del sangue per valutare il tipo di infezione e di avvelenamento. Raramente la pica può compromettere il funzionamento sociale di chi ne soffre, mentre invece può avere conseguenze significative sul piano del funzionamento fisico. I disturbi che presentano più frequentemente comorbidità con la pica sono: disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico e schizofrenia. (Evelyn Attia B. T., Pica, 2020)

Criteria diagnostici DSM-V:

- A. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- B. L'ingestione di sostanze è inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo.
- C. Il comportamento di ingestione non fa parte di una tradizione culturale.
- D. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale.

Specificare se:

In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo. (Cuzzolaro, 2014)

## **TRATTAMENTO**

Le tecniche di modificazione comportamentale possono essere d'aiuto, ma poco si sa sui trattamenti specifici per la pica. Sono trattate le carenze nutrizionali e le altre complicazioni. L'occlusione intestinale può richiedere l'intervento chirurgico. (Evelyn Attia B. T., Pica, 2020)

## **1.5- Disturbo da ruminazione**

Il disturbo da ruminazione è l'abitudine, che dura da almeno un mese, di rigurgitare il cibo deglutito per poi masticarlo e deglutirlo di nuovo o sputarlo. Anche questo comportamento si può associare a insufficienze mentali o a disturbi psicotici. Nei bambini può essere un fenomeno transitorio.

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva, disturbo dello sviluppo intellettivo, o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo. (Cuzzolaro, 2014)

### **TRATTAMENTO**

Le tecniche di modificazione comportamentale, compresi i trattamenti che utilizzano strategie cognitivo-comportamentali, possono aiutare. (Evelyn Attia B. T., Disturbo di ruminazione, 2020)

## 1.6- Disturbo evitante/restrittivo di assunzione di cibo

Il disturbo di assunzione di cibo evitante/restrittivo è caratterizzato dal limitare l'assunzione di cibo; non include l'immagine distorta del corpo o l'immagine corporea come accade, invece, nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa. I pazienti con assunzione di cibo evitante/restrittivo non possono mangiare perché perdono interesse nel cibo o perché temono che il cibo possa portare a conseguenze dannose come soffocamento o vomito. Possono evitare determinati alimenti a causa delle loro caratteristiche sensoriali (p. es., colore, consistenza, odore). (Evelyn Attia B. W., 2020)

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (p.e. apparente mancanza d'interesse per il cibo e il mangiare; evitamento legato a caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni legate a effetti negativi dei cibi) che si manifesta come insufficienza qualitativa (nutrienti) e/o quantitativa (calorie) dell'alimentazione rispetto al fabbisogno, associato a uno o più degli eventi seguenti:
- perdita significativa di peso (o, in età evolutiva, mancata crescita ponderale/staturale);
  - carenze nutrizionali significative;
  - dipendenza dalla nutrizione artificiale enterale o da supplementi nutrizionali;
  - interferenza marcata con il funzionamento psico-sociale;
- B. Il disturbo non dipende dalla mancanza di cibo disponibile e non è legato a pratiche culturali;
- C. Il disturbo non è espressione di anoressia nervosa o di bulimia nervosa e non risulta presente una distorsione del rapporto con il peso e le forme del corpo;
- D. Il problema alimentare non è giustificato da una malattia medica concomitante (p.e. acalasia esofagea) né da un altro disturbo mentale (p.e. delirio di veneficio).

Specificare se:

In remissione: tutti i criteri per la diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo. (Cuzzolaro, 2014)

## TRATTAMENTO

La terapia cognitivo-comportamentale è comunemente usata per aiutare i pazienti a normalizzare la loro alimentazione. Può anche aiutarli a sentirsi meno ansiosi per ciò che mangiano. (Evelyn Attia B. W., 2020)

### 1.7- Anoressia Nervosa

Disturbo caratterizzato da un'alterata percezione del proprio corpo, dal timore patologico di essere obesi e da un rifiuto di mantenere un peso corporeo normale. La perdita di peso è secondaria ad una riduzione drastica dell'assunzione di cibo associato ad intenso esercizio fisico. L'anoressia nervosa insorge prevalentemente in ragazze e in giovani donne. L'esordio sopraggiunge solitamente durante l'adolescenza e raramente dopo i 40 anni.

Vengono riconosciuti due tipi di anoressia nervosa:

- **Tipo restrittivo:** nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo
- **Tipo bulimico/purgativo:** nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri) (Cuzzolaro, 2014)

L'eziologia dell'anoressia nervosa è sconosciuta. Oltre l'appartenenza al sesso femminile, sono stati identificati pochi altri fattori di rischio. Nella società occidentale, l'obesità viene considerata poco estetica e dannosa per la salute; inoltre, il desiderio di essere magri è dilagante, anche tra i bambini. Più del 50% delle ragazze prepuberi segue una dieta o adotta altre misure per tenere sotto controllo il peso. Un'eccessiva preoccupazione per il peso corporeo o una storia di regimi dietetici

sembrano indicare un aumento del rischio, c'è una predisposizione genetica, e studi dedicati a tutto il genoma hanno iniziato a identificare luoghi specifici che sono associati all'aumento del rischio. Probabilmente sono coinvolti fattori familiari e sociali. Molti pazienti appartengono a classi socioeconomiche medie o alte, sono meticolosi e compulsivi, hanno un'intelligenza media e hanno standard molto elevati per la realizzazione e il successo. Le anomalie endocrine sono comuni nell'anoressia nervosa e comprendono:

- Bassi livelli di ormoni gonadici
- Livelli leggermente ridotti di tiroxina (T4) e triiodotironina (T3)
- Aumento della secrezione di cortisolo.

Generalmente si verifica un quadro clinico di amenorrea, ma ad oggi non viene considerata una condizione clinica per la diagnosi. La massa ossea diminuisce. In pazienti gravemente malnutriti, praticamente ogni apparato principale può risultare affetto. Tuttavia, la predisposizione alle infezioni non è tipicamente aumentata. Possono manifestarsi disidratazione ed alcalosi metabolica e può presentarsi un basso livello di potassiemia e/o di sodiemia; tutto ciò è aggravato dal vomito autoindotto e dall'uso di lassativi o diuretici. La massa muscolare cardiaca, le dimensioni delle camere cardiache e la gittata diminuiscono; comunemente si rileva un prolasso della valvola mitrale. Alcuni pazienti hanno un intervallo QT prolungato (anche quando è corretto per la frequenza cardiaca) che, insieme ai rischi dovuti ai disturbi elettrolitici, può predisporre allo sviluppo di tachiaritmie. Possono verificarsi decessi improvvisi, per lo più dovuti a tachiaritmie ventricolari. (Evelyn Attia B. T., 2020)

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. 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.

- B. 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.
- C. 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.  
(Cuzzolaro, 2014)

Specificare se:

- **in remissione parziale:** tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza, ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto.
- **in remissione totale:** tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo. (Cuzzolaro, 2014).

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI. Le fasce sottoindicate derivano dalle categorie della World Health Organization per le magrezze degli adulti. Per bambini e adolescenti si dovrebbero usare i percentili di BMI corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.

- Lieve: BMI  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>;
- Moderata: BMI 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>;
- Grave: BMI 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>;
- Estrema: BMI  $< 15$  kg/m<sup>2</sup> (Cuzzolaro, 2014)

L'anoressia nervosa può essere lieve e transitoria oppure grave e persistente. Anche se sottopeso, la maggior parte dei pazienti è preoccupata di pesare troppo o che aree specifiche del corpo (p. es., cosce, glutei) siano troppo grasse. Persistono in sforzi per perdere peso, nonostante le rassicurazioni e gli avvertimenti da parte di amici e familiari, e vedono qualsiasi aumento di peso come un fallimento inaccettabile di autocontrollo. La preoccupazione e l'ansia per l'incremento di peso aumentano anche se sopravviene il deperimento. Anoressia è un termine improprio, perché l'appetito spesso si conserva nonostante i pazienti arrivino a diventare significativamente cachettici. Le abbuffate e le condotte di eliminazione sono presenti nel 30-50% dei pazienti. Gli altri semplicemente riducono l'apporto alimentare. I tassi di mortalità sono elevati, si avvicinano al 10% per decennio tra le persone colpite che arrivano all'attenzione clinica; una malattia lieve non riconosciuta probabilmente porta raramente alla morte. Con il trattamento, la prognosi è la seguente:

- La metà dei pazienti recupera la maggior parte se non tutto il peso perduto e qualunque complicanza endocrina o di altro tipo regredisce.
- Circa un quarto ottiene risultati intermedi e può avere ricadute.
- Il restante quarto ha una prognosi non favorevole, che comprende ricadute e persistenti complicanze di ordine organico e mentale.

Bambini e adolescenti trattati per anoressia nervosa hanno migliori risultati rispetto agli adulti.

## **TRATTAMENTO**

- Integrazione nutrizionale;
- Terapia psicologica (p. es., terapia cognitivo-comportamentale);
- Per i bambini e gli adolescenti, un trattamento a base familiare;
- A volte antipsicotici di seconda generazione;

Il trattamento dell'anoressia nervosa può richiedere un ricovero salva-vita a breve termine per recuperare il peso corporeo. Se la perdita di peso è stata grave o rapida, o

se il peso è sceso al di sotto del 75% circa rispetto al peso raccomandato, diviene decisivo un rapido ripristino del peso e deve essere presa in considerazione l'ospedalizzazione. In caso di dubbio, i pazienti vanno comunque ricoverati. I trattamenti ambulatoriali possono comprendere vari gradi di sostegno e di supervisione e comunemente coinvolgere un team di professionisti. La supplementazione nutrizionale è spesso utilizzata in associazione a una terapia comportamentale che ha chiari obiettivi di ripristino del peso. L'integrazione nutrizionale inizia fornendo all'incirca dalle 30 alle 40 kcal/kg/die; può produrre un incremento di peso fino a 1,5 kg/settimana nel corso della degenza ospedaliera e fino a 0,5 kg/settimana durante la terapia ambulatoriale. Le alimentazioni orali usando cibi solidi sono da preferire; molti piani per il ripristino del peso usano anche supplementi liquidi. Pazienti molto resistenti e denutriti richiedono occasionalmente nutrizione per via nasogastrica. Non appena lo stato nutrizionale e l'equilibrio elettrolitico si sono stabilizzati, ha inizio il trattamento a lungo termine. La terapia psicologica ambulatoriale è il caposaldo del trattamento. I trattamenti devono sottolineare risultati comportamentali, come normalizzare l'alimentazione e il peso. Il trattamento deve continuare per un anno intero dopo che il peso è stato ripristinato. I risultati sono migliori negli adolescenti che hanno la malattia da < 6 mesi. La terapia familiare, in particolare utilizzando il modello di Maudsley (chiamato anche trattamento basato sulla famiglia), è molto utile per gli adolescenti. Questo modello prevede tre fasi:

1. Ai membri della famiglia viene insegnato come alimentare l'adolescente (p. es., attraverso pasti familiari supervisionati) e ripristinare il peso (a differenza dei primi approcci, questo modello non colpevolizza la famiglia o l'adolescente per lo sviluppo del disturbo).
2. Gradualmente, il controllo dell'alimentazione torna all'adolescente.
3. Appena l'adolescente è in grado di mantenere il peso raggiunto, la terapia si concentra sul produrre una sana identità adolescenziale.

Il trattamento dell'anoressia nervosa è complicato dall'avversione del paziente per l'aumento di peso e dalla negazione della malattia. Il medico deve cercare di stabilire una relazione serena, interessata e stabile, mentre incoraggia fermamente un

ragionevole apporto calorico. Il trattamento prevede anche un monitoraggio regolare del follow up e spesso un team di operatori sanitari, tra cui un nutrizionista, che può fornire piani pasto specifici o informazioni sulle calorie necessarie per riportare il peso a un livello normale. Sebbene la terapia psicologica sia primaria, a volte possono essere utili dei farmaci. (Evelyn Attia B. T., 2020)

## **1.8- Bulimia Nervosa:**

Disturbo caratterizzato da episodi ricorrenti di assunzione incontrollata di cibo e ha la sensazione di non essere in grado di fermarsi seguiti, poi, da tentativi compensatori come autoinduzione del vomito, uso di lassativi, svolgimento di esercizi fisici intensi. Questi soggetti sono costantemente ed eccessivamente preoccupati della propria forma fisica e del peso corporeo. A differenza dei pazienti con anoressia nervosa, quelli affetti da bulimia nervosa hanno un peso normale o sono sovrappeso. Generalmente i pazienti con bulimia nervosa descrivono comportamenti di abbuffate con condotte di eliminazione. L'abbuffata consiste in un rapido consumo di una quantità di cibo decisamente maggiore rispetto a quanto la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo ed in simili circostanze accompagnato da sentimenti di perdita del controllo. I pazienti tendono a consumare alimenti dolci, ipercalorici durante gli episodi di abbuffata. La quantità di cibo consumato durante un'abbuffata è variabile, implicando a volte migliaia di calorie. Le abbuffate tendono a essere episodiche, sono spesso innescate da stress psicosociali, possono verificarsi anche numerose volte durante la giornata e vengono di solito compiute di nascosto. I pazienti sono in genere di peso normale; una minoranza è in sovrappeso o obesa. I pazienti con bulimia nervosa tendono a mostrare maggiore consapevolezza, rimorsi o sensi di colpa per i loro comportamenti rispetto a quelli con anoressia nervosa e hanno più probabilità di ammettere le loro preoccupazioni. Sono, inoltre, più inclini al comportamento impulsivo, all'abuso di sostanze/alcol e alla depressione (p. es., per quanto riguarda peso e/o situazioni sociali). La maggior parte dei sintomi e delle complicanze organiche della bulimia nervosa deriva dai comportamenti di eliminazione. Il vomito autoindotto può determinare l'erosione dello smalto dentale degli incisivi, l'ingrossamento indolore delle parotidi (ghiandole salivari) e l'infiammazione dell'esofago. I segni fisici comprendono:

- Gonfiore delle parotidi;
- Cicatrici sulle nocche (provocate dall'atto ripetuto di indurre vomito usando le dita per innescare il riflesso faringeo);
- Erosione dentale. (B. Timothy Walsh, Bulimia nervosa, 2020)

#### Criteri diagnostici DSM-V

- A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:
- mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
  - un senso di mancanza di controllo durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.
- D. La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo
- E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

#### Specificare se:

- **in remissione parziale:** tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo
- **in remissione totale:** tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- Lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso;
- Moderata: 4-7 episodi/settimana;
- Grave: 8-13 episodi/settimana;

- Estrema:  $\geq 14$  episodi/settimana. (Cuzzolaro, 2014)

## TRATTAMENTO

Il trattamento può comprendere:

- terapia cognitivo-comportamentale,
- psicoterapia interpersonale,
- inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina.

La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento di scelta per la bulimia nervosa.

La terapia solitamente comporta 16-20 sedute individuali per 4-5 mesi, sebbene possa anche essere svolta come terapia di gruppo. Il trattamento ha lo scopo di:

- Aumentare la motivazione al cambiamento;
- Sostituire l'alimentazione disfunzionale con uno schema regolare e flessibile;
- Diminuire l'eccessiva preoccupazione per forma e peso del corpo;
- Prevenire la recidiva.

La terapia cognitivo-comportamentale elimina abbuffate e condotte di eliminazione in circa il 30-50% dei pazienti. Molti altri mostrano un miglioramento; alcuni abbandonano il trattamento o non rispondono. Il miglioramento è solitamente ben mantenuto nel lungo termine. Nella psicoterapia interpersonale l'enfasi è su come aiutare i pazienti a identificare e modificare gli attuali problemi interpersonali, che possono mantenere il disturbo alimentare. Il trattamento è non direttivo e non interpretativo e non si concentra direttamente sui sintomi del disturbo alimentare. La psicoterapia interpersonale può essere considerata un'alternativa quando la terapia cognitivo-comportamentale non è disponibile. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina da soli riducono la frequenza di abbuffate e vomito, nonostante non siano noti i risultati a lungo termine. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono efficaci anche nel trattamento di ansia e depressione in comorbilità. La fluoxetina è approvata per il trattamento della bulimia nervosa; una dose di 60 mg

per via orale 1 volta/die è raccomandata (questa dose è superiore a quella tipicamente utilizzata per la depressione). (B. Timothy Walsh, Bulimia nervosa, 2020)

## **1.9- Disturbo da alimentazione incontrollata**

Il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate con una sensazione di perdita di controllo. Non è seguita da comportamenti compensatori come il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi.

Il disturbo da alimentazione incontrollata colpisce circa il 3,5% delle donne e il 2% degli uomini nella popolazione generale durante la loro vita. A differenza della bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata si manifesta più comunemente tra le persone sovrappeso ed obese e contribuisce a un eccessivo apporto calorico; può essere presente in  $\geq 30\%$  dei pazienti in programmi di riduzione del peso. Rispetto alle persone con anoressia nervosa o bulimia nervosa, quelle con disturbo da alimentazione incontrollata sono più anziane e più frequentemente maschi. (B. Timothy Walsh, Disturbo da alimentazione incontrollata, 2020)

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:
- mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili,
  - un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
- mangiare molto più rapidamente del normale;
  - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
  - mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
  - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
  - sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

- C. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo.
- D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
- E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Specificare se:

- **in remissione parziale:** i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana.
- **in remissione totale:** tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di binge eating.

Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale:

- Lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso;
- Moderata: 4-7 episodi/settimana;
- Grave: 8-13 episodi/settimana;
- Estrema:  $\geq 14$  episodi/settimana (Cuzzolaro, 2014)

#### **TRATTAMENTO:**

- Terapia cognitivo-comportamentale
- A volte psicoterapia interpersonale
- Tenere in considerazione una terapia farmacologica, in genere inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina o lisdexanfetamina

La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento più studiato e meglio supportato per il disturbo da alimentazione incontrollata. Ma la psicoterapia

interpersonale sembra altrettanto efficace; entrambe danno luogo a tassi di remissione  $\geq 60\%$ , e il miglioramento solitamente è ben mantenuto nel lungo termine. Tali trattamenti non producono una significativa perdita di peso nei pazienti obesi. Un trattamento dimagrante convenzionale ha efficacia a breve termine nel ridurre le abbuffate, ma i pazienti tendono a ricadere. Anche i farmaci antidepressivi (p. es., gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina ) hanno un'efficacia a breve termine nell'eliminare le abbuffate, ma quella a lungo termine non è nota. La lisdexanfetamina è approvata per il trattamento del disturbo alimentare da moderato a grave. Può ridurre il numero di giorni di abbuffata e sembra causare una lieve perdita di peso, ma la sua efficacia a lungo termine è sconosciuta. Possono essere utili farmaci che sopprimono l'appetito o farmaci dimagranti. (B. Timothy Walsh, Disturbo da alimentazione incontrollata, 2020)

### **1.10- Obiettivi**

Lo scopo della tesi è di valutare il ruolo dell'infermiere e quali sono gli interventi che vengono attuati nei pazienti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione affinché ci possa essere un miglioramento della qualità della vita.

## CAPITOLO 2

### MATERIALI E METODI

È stata eseguita una revisione della letteratura attraverso la consultazione della banca dati Pubmed. Le parole chiave utilizzate sono state “eating disorder”, “nursing role”, “anorexia nervosa”, “nurse care”, “bulimia nervosa” utilizzando l’operatore booleano AND. E’ stato identificato il quesito di ricerca utilizzando la metodologia PICO.

#### 2.1- Definizione del quesito di ricerca attraverso il metodo Pico

**P**= pazienti affetti da disturbi dell’alimentazione e della nutrizione;

**I**= interventi infermieristici che possono essere messi in atto nel processo terapeutico;

**C**= nessuna comparazione;

**O**= miglioramento della qualità della vita.

#### 2.2- Parole chiave, strategie di ricerca e criteri di selezione

La ricerca bibliografica è stata condotta nel mese di Agosto attraverso la consultazione della banca dati Pubmed, utilizzando la strategia di ricerca evidenziata nella Tabella 1.

<b>Tabella 1.</b>				
<b>STRATEGIE DI RICERCA</b>				
<b>Banche dati</b>	<b>Stringa di ricerca</b>	<b>Limiti</b>	<b>Titoli Abstract</b>	<b>Articoli selezionati</b>
Pubmed	Nursing role and eating disorders	2000-2020	191	1
Pubmed	Nursing care and anorexia nervosa	2000-2020	239	5
Pubmed	Nurse and eating disorders	Ultimi 10 anni	268	1
Pubmed	Nursing role and bulimia nervosa	Ultimi 10 anni	85	0

### **2.3- Criteri di inclusione**

Sono stati inclusi i report di letteratura primaria in cui si valutava l'efficacia del ruolo dell'infermiere nei disturbi alimentari pubblicati in lingua italiana e inglese. Sono stati esclusi tutti gli articoli che non rispondevano al quesito di ricerca. I titoli e gli abstract recuperati dalla ricerca bibliografica sono stati valutati in modo indipendente al fine di identificare i documenti pertinenti al quesito. Successivamente anche i full test degli articoli rimasti sono stati sottoposti a valutazione, al fine di identificare quali introdurre nell'analisi descrittiva.

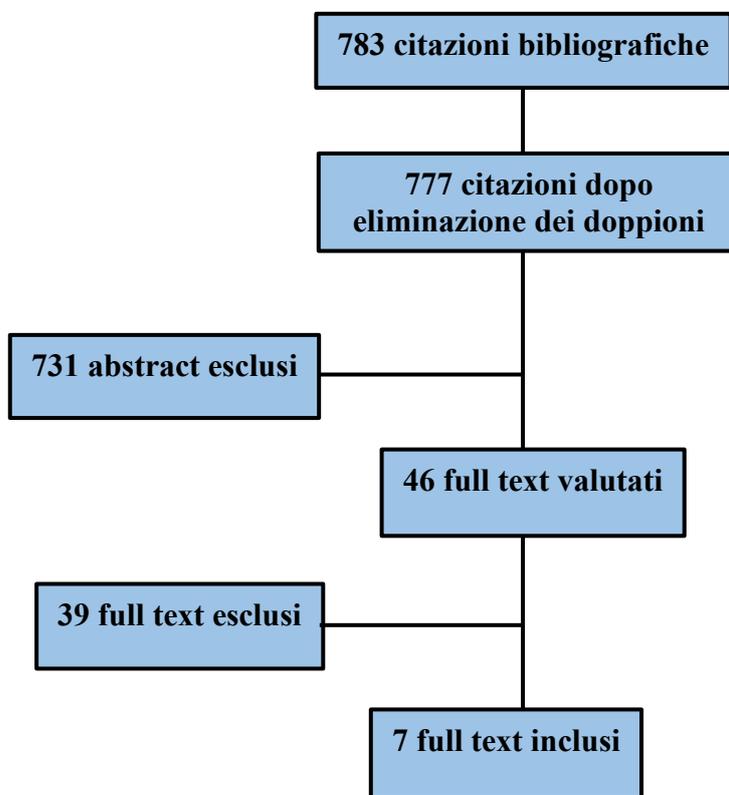
### **2.4- Dati estrapolati**

Dagli articoli inclusi sono stati estrapolati i seguenti dati: primo autore, anno di pubblicazione, numerosità del campione, caratteristiche soggetti arruolati, descrizione dell'evento valutato, risultati e conclusioni.

## CAPITOLO 3

### RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato 783 citazioni, 777 dopo aver escluso gli articoli doppi. Alla lettura preliminare degli abstract sono stati esclusi ulteriormente 731 articoli in quanto non pertinenti. Dei rimanenti 46, 39 sono stati esclusi in quanto non rispondevano al quesito di ricerca e associavano il disturbo alimentare ad altre patologie. Sono stati pertanto inclusi nella revisione 7 articoli.



**Figura 1:** *flow chart cronologia della ricerca*

Titolo Autore	Pubblicazione	Disegno dello studio/metodo	Obiettivo	Popolazione	Risultati
<p><b>The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse's role and responsibilities</b></p> <p>Chiara Foà, Maria Bertuol, Laura Deiana, Sandra Rossi, Leopoldo Sarli, and Giovanna Artioli</p>	<p>Acta Biomed, 2019</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>L'obiettivo primario della ricerca è stato quello di analizzare il ruolo e la responsabilità dell'infermiere e del CCM nella gestione interdisciplinare dei casi, anche al fine di dimostrare l'importanza del modello CCM per il coordinamento dell'assistenza ai pazienti con disturbi alimentari. L'obiettivo secondario era quello di evidenziare somiglianze e differenze nei diversi contesti di trattamento analizzati, in cui questi professionisti si prendono cura dei pazienti con disturbi alimentari.</p>	<p>Alla ricerca hanno aderito venticinque partecipanti (16 donne, età media 43,4; SD = 9,23), di cui: 10 Infermieri, 3 Direttori Medici, 4 Biologi Nutrizionisti, 2 Coordinatori Infermieristici, 3 Operatori Socio-sanitari, 1 Psicologa, 1 Dietista e 1 Direttore di dipartimento. A Reggio Emilia e a La Spezia le figure professionali sono risultate equilibrate per genere (4 uomini e 4 donne in entrambi i contesti), mentre a Parma sono state intervistate 8 donne e 1 uomo. L'età media dei professionisti a Reggio Emilia era 39,62 anni (DS = 8,52), a Parma 43,33 anni (DS = 9,75) e a</p>	<p>Gli infermieri analizzano i bisogni assistenziali dei pazienti e coordinano l'assistenza multiprofessionale con atteggiamento empatico. La loro "professionalità, competenze, sensibilità, capacità di relazione con il nucleo paziente-famiglia" sono aspettative condivise da diversi professionisti. Per quanto riguarda la collaborazione interprofessionale, l'azione dei professionisti non è sempre ben coordinata, le decisioni spesso non sono condivise e non sempre si realizza il collegamento ospedale-territorio. Il CCM sarebbe il punto riferimento in questo processo per tutti gli intervistati.</p>

				La Spezia 47,25 anni (DS = 8,81).	
<p><b>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study</b></p> <p>Joel S. Zugai RN, BN, PhD, Jane Stein-Parbury PhD, MEd, FRCNA, Michael Roche RN, PhD,</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>2017</p>	<p>Questo studio ha impiegato un disegno sequenziale esplicativo a metodo misto a due fasi. Una prima indagine quantitativa, fase uno, è stata seguita dalla raccolta e analisi dei dati qualitativi, fase due.</p>	<p>Sviluppare una maggiore comprensione della natura dell'alleanza terapeutica ospedaliera tra infermieri e consumatori con Anoressia Nervosa (AN).</p>	<p>Questo studio ha reclutato consumatori e infermieri da sei reparti con un programma specializzato per il trattamento dell'AN, in cinque ospedali nel New South Wales Australia. Tre reparti erano unità ospedaliere dedicate alla salute mentale e tre erano reparti combinati di medicina/salute mentale.</p>	<p>L'alleanza terapeutica implicava l'impegno interpersonale e un'applicazione equilibrata dell'autorità. In un'alleanza terapeutica, gli infermieri si prendevano cura dei consumatori con finezza interpersonale, pur mantenendo una chiara distinzione tra il consumatore come individuo e l'AN come malattia. Gli infermieri hanno anche sviluppato un'alleanza terapeutica occupando la loro posizione di potere con aspettative coerenti ma individualizzate e mantenendo adeguati confini professionali.</p>
<p><b>Maintaining a therapeutic connection: nursing</b></p>			<p>Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare e teorizzare le esperienze degli</p>	<p>Sette infermieri hanno accettato di partecipare e hanno firmato il consenso per essere</p>	<p>La variabile centrale emersa dall'analisi è stata "connessione". Questa variabile era</p>

<p><b>in an inpatient eating disorder unit</b></p> <p>Lynlee Snell,Marie Crowe,Jenny Giordano</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>2010</p>	<p>Studio qualitativo.</p>	<p>infermieri nello sviluppo di una relazione terapeutica con i pazienti ricoverati in un servizio ospedaliero specializzato in disturbi dell'alimentazione per il recupero del peso</p>	<p>intervistati. Gli infermieri intervistati avevano una vasta esperienza infermieristica, con una media di quattro anni di esperienza rilevante nell'area dei disturbi alimentari. L'età degli infermieri variava dai 30 ai 50 anni e l'esperienza nell'area dell'assistenza infermieristica alla salute mentale variava dai 2,5 ai 20 anni. Lo studio è stato condotto nell'unica unità specialistica dedicata ai disturbi alimentari ospedalieri in Nuova Zelanda.</p>	<p>fondamentale per le tre grandi categorie: (1) sviluppare la connessione terapeutica, (2) negoziare la connessione terapeutica e (3) coordinare la connessione. La categoria centrale che è emersa è stata quella del mantenimento della connessione terapeutica. Le variabili contestuali che hanno avuto l'influenza più forte sulla formazione delle categorie sono state la natura specifica dei disturbi alimentari e l'approccio dell'unità al trattamento.</p>
<p><b>Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa</b></p> <p>Lucie Michelle Ramjan BN RN</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>2004</p>	<p>Indagine naturalistica</p>	<p>Questo articolo riporta uno studio con l'obiettivo originale di fornire dati ricchi sullo sviluppo delle relazioni terapeutiche tra adolescenti con diagnosi di anoressia e infermieri pediatrici.</p>	<p>I 10 partecipanti erano infermieri registrati dei reparti acuti di un ospedale pediatrico australiano con almeno 2 anni di esperienza nella cura di adolescenti con anoressia nervosa. I dati sono stati raccolti</p>	<p>I partecipanti hanno descritto come hanno lottato per sviluppare relazioni terapeutiche in questo ambiente clinico. Sono emersi tre temi: (1) 'Lottando per la comprensione' esplora le difficoltà incontrate dagli</p>

				utilizzando interviste semi-strutturate che sono state registrate su audiocassetta e poi analizzate tematicamente sia manualmente che con l'ausilio del pacchetto informatico	infermieri nel venire a patti con le complessità di una diagnosi di anoressia nervosa e dei suoi processi di recupero. (2) 'Lotta per il controllo' esamina la lotta di potere tra infermieri e pazienti e la sfiducia reciproca che spesso si è sviluppata tra loro come conseguenza di questa lotta. (3) 'Lottando per sviluppare relazioni terapeutiche' descrive le difficoltà che alcuni infermieri hanno avuto nello stabilire alleanze terapeutiche con questi adolescenti.
<p><b>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective</b></p> <p>Joel Zugai BN, RN, Jane Stein-Parbury MEd, PhD, RN, Michael Roche PhD, RN</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>2013</p>	Studio qualitativo	L'obiettivo è stabilire come gli infermieri garantiscano l'aumento di peso e un'esperienza ospedaliera positiva per il trattamento degli adolescenti con anoressia nervosa considerando le	Tutti i partecipanti ( n = 8) erano consumatori adolescenti di un ospedale di riferimento terziario metropolitano a Sydney, NSW. Gli infermieri che lavorano nel programma sono	Gli infermieri sono stati considerati altamente influenti sull'esperienza del ricovero. I risultati di questo studio sono caratterizzati da tre temi generali riguardanti la pratica infermieristica: (1) garantire l'aumento di peso, (2) mantenere un ambiente terapeutico

			prospettive dei consumatori.	principalmente infermieri registrati con vari gradi di esperienza. I criteri di inclusione per questo studio erano che i partecipanti avevano sperimentato cure ospedaliere per l'anoressia nervosa e che avevano raggiunto la dimissione e il recupero del peso nella misura in cui la loro cura in corso era su base ambulatoriale, in una clinica per i disturbi alimentari. Le persone di età compresa tra 12 e 18 anni sono state reclutate in modo specifico. Sia i maschi che le femmine sono stati invitati a partecipare; tuttavia, il campione era interamente femminile.	e (3) la relazione infermieristica.
--	--	--	------------------------------	---	-------------------------------------

<p><b>Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives</b></p> <p>Joel Sebastian Zugai RN, BN (Hons), PhD, Jane Stein-Parbury RN, BSN, Med, PhD, Michael Roche RN, DipAppSc, BHSc, MHSc, PhD,</p>	<p>International Journal of Mental Health Nursing</p> <p>2019</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di esplorare le dinamiche dell'autorità degli infermieri con i consumatori adolescenti che vengono trattati per AN in ambito ospedaliero.</p>	<p>Impiegando un campionamento intenzionale e non probabilistico, gli infermieri (<math>n = 10</math>) sono stati reclutati da due reparti, all'interno di due ospedali pubblici a Sydney, in Australia.</p>	<p>Gli infermieri hanno riferito che i consumatori, spinti dalla psicopatologia dell'anoressia nervosa, spesso cercavano di sfidare o minare la loro autorità. Alcuni infermieri hanno vissuto l'opposizione e il conflitto come demoralizzanti, mentre altri sono stati in grado di mantenere la fiducia nel merito terapeutico delle loro cure. Gli infermieri più giovani e inesperti in questo studio erano particolarmente vulnerabili alle interazioni che mitigavano la loro autorità, a causa della loro tendenza a impegnarsi in relazioni di tipo amichevole.</p>
---	---	---------------------------	--	--	---

## CAPITOLO 4

### 4.1 Discussioni

Chiara Foà et al nel 2019 hanno condotto uno studio in tre diversi contesti sanitari: Nuovo Ospedale Pediatrico del Policlinico Universitario di Parma; Unità di Medicina Specialistica/Diabetologia Ricovero e Disturbi Alimentari dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; Day Hospital di Diagnosi Prevenzione e Cura dell'Azienda Sanitaria Locale 5 della Spezia. L'obiettivo primario della ricerca è stato quello di analizzare il ruolo e la responsabilità dell'infermiere e del CCM nella gestione interdisciplinare dei casi, anche al fine di dimostrare l'importanza del modello CCM e per il coordinamento all'assistenza ai pazienti con disturbi alimentari. L'obiettivo secondario era quello di evidenziare somiglianze e differenze nei diversi contesti di trattamento analizzati, in cui questi professionisti si prendono cura dei pazienti con disturbi alimentari. Alla ricerca hanno aderito venticinque partecipanti (16 donne, età media 43,4; SD = 9,23), di cui: 10 Infermieri, 3 Direttori Medici, 4 Biologi Nutrizionisti, 2 Coordinatori Infermieristici, 3 Operatori Sociosanitari, 1 Psicologa, 1 Dietista e 1 Direttore di dipartimento. A Reggio Emilia e a La Spezia le figure professionali sono risultate equilibrate per genere (4 uomini e 4 donne in entrambi i contesti), mentre a Parma sono state intervistate 8 donne e 1 uomo. Lo studio ha dimostrato che per le diverse figure professionali, gli infermieri svolgono un ruolo essenziale nel processo di recupero, grazie ad un programma terapeutico, svolto con criteri di adeguatezza e appropriatezza delle cure, elevata professionalità ed ottime capacità relazionali. Gli infermieri, infatti, tengono conto dei protocolli e delle procedure designate, ma anche e soprattutto dell'individualità di ciascun paziente. Da parte degli infermieri c'era il desiderio di essere supportati da specifici corsi di formazione sulle problematiche dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare per garantire la migliore assistenza e cura di questi pazienti. Nei tre contesti la figura del CCM non era presente, ma è stata riconosciuta l'importanza del CCM nella gestione del percorso di cura del paziente e come punto di riferimento per la famiglia e gli operatori sanitari. Il CCM potrebbe gestire lo scambio di informazioni all'interno dell'équipe e garantire un collegamento tra ospedale e strutture territoriali. L'introduzione del CCM potrebbe comportare un vantaggio per il controllo della durata dei ricoveri, delle

prestazioni svolte e dei relativi costi, elementi cruciali per il budget delle strutture sanitarie. Dall'articolo emergono alcune differenze tra i contesti indagati. A La Spezia la conoscenza delle connessioni tra ospedale e territorio è ben nota a tutti i membri dell'équipe. Quest'ultimo si incontra durante gli incontri settimanali per la gestione dei nuovi casi e la pianificazione dei casi già presi in considerazione e ogni qualvolta ne emerge la necessità. A Parma e Reggio Emilia i momenti di condivisione interprofessionale erano più rari e mancavano momenti dedicati a briefing, decisioni collegiali. Scarsa è stata anche la conoscenza delle strutture e dei compiti del contesto territoriale in grado di garantire continuità terapeutica e adeguato sostegno familiare al momento della dimissione. Un altro aspetto critico è stato riscontrato nella scarsa comunicazione tra le strutture e nella scarsa conoscenza del percorso sanitario sul territorio, penalizzando la continuità tra ospedale e territorio. Questo studio ha dimostrato che nei tre contesti esaminati la figura del CCM non era presente, ma ne veniva riconosciuta l'importanza nella gestione del percorso di cura del paziente e come punto di riferimento per gli operatori sanitari. Appare importante che il CCM sia riconosciuto istituzionalmente, perché il CCM assicurerebbe una gestione efficiente del percorso clinico e garantirebbe la continuità e l'appropriatezza delle cure. (Chiara Foà, 2019)

Joel S. Zugai RN et al nel 2018 hanno condotto uno studio in cinque ospedali nel New South Wales Australia. L'obiettivo della ricerca era sviluppare una maggiore comprensione della natura dell'alleanza terapeutica ospedaliera tra infermieri pazienti con Anoressia Nervosa (AN). Per la ricerca sono stati intervistati 63 pazienti e 65 infermieri ( $n = 128$ ) che hanno completato le indagini nella prima fase. Nella seconda fase sono stati intervistati 34 pazienti e 20 infermieri ( $n = 54$ ). Dalla fase uno, è stato stabilito che i pazienti percepivano un'alleanza terapeutica relativamente scarsa con gli infermieri, una bassa soddisfazione per la cura e un alto grado di patologia del disturbo alimentare. Gli infermieri hanno riportato un'elevata qualità degli atteggiamenti nei confronti dei pazienti di salute mentale. Questi risultati sono stati integrati durante le interviste di fase due, i cui risultati sono al centro di questo rapporto. Dall'analisi dei dati della fase due sono stati sviluppati tre temi principali. Il primo è chiamato "amore e limiti", una citazione diretta di uno degli infermieri partecipanti, che indica che gli infermieri hanno mantenuto un delicato equilibrio tra il calore interpersonale

dell'assistenza mentre applicano le regole del reparto. La seconda, la separazione terapeutica, significava l'imperativo terapeutico di staccare il paziente dalla malattia. Il tema finale riguarda il modo in cui gli infermieri hanno mantenuto la loro autorità e i loro confini professionali. I risultati sono classificati in base al loro contributo a entrambe le categorie: l'aspetto "amore" ha coinvolto la componente interpersonale dell'alleanza terapeutica, l'aspetto "limiti" ha coinvolto il modo in cui gli infermieri hanno applicato le regole del programma e gestito la loro posizione di autorità. Le dinamiche interpersonali positive di relazioni efficaci infermiere-paziente hanno portato i consumatori a sentirsi sicuri nel fidarsi dell'intento terapeutico degli infermieri, che stavano cercando di facilitare l'aumento di peso. Gli atteggiamenti positivi che gli infermieri hanno nei confronti dei pazienti (fase uno) hanno aumentato la capacità degli infermieri di sviluppare e sostenere relazioni genuinamente premurose. I pazienti volevano essere trattati con rispetto e percepiti dagli infermieri come pazienti legittimi, degni di dignità, compassione e fiducia. Gli infermieri hanno quindi interagito con i pazienti in un modo che trasmettesse un rispetto positivo e incondizionato per il loro valore. La responsabilità professionale degli infermieri nell'assicurare l'aumento di peso era a volte in conflitto con il mantenimento di un approccio non giudicante. Gli infermieri hanno quindi svolto il loro ruolo professionale con attenzione e tatto. Per coinvolgere i pazienti con sensibilità ed empatia, gli infermieri dovevano comprendere la natura dell'AN e come il trattamento ospedaliero sarebbe stato intrinsecamente angosciante per i pazienti. Comprendendo l'anoressia nervosa, sono stati in grado di fornire assistenza in modo sensibile e assistere i pazienti con le aspettative e le attività impegnative del ricovero. Gli infermieri erano consapevoli della necessità di separare l'individuo sano e il disturbo alimentare patologico. Comprendendo la natura dell'AN e come l'AN ha influenzato il comportamento dei pazienti, gli infermieri hanno gestito i propri conflitti interni e le proprie frustrazioni, riducendo così il rischio di frustrazione e burnout. In questo studio, gli infermieri occupavano una posizione di potere e autorità. Il modo in cui gli infermieri usavano e mantenevano la loro posizione di potere aveva implicazioni per la qualità dell'alleanza terapeutica; il modo in cui gli infermieri esercitavano la loro autorità aveva implicazioni per le loro relazioni con i pazienti. Gli infermieri hanno mantenuto i confini professionali per proteggere la loro autorità professionale come infermiere. Nel mantenere i confini appropriati, gli infermieri hanno

rimarcato l'importanza di non permettere ai propri bisogni personali di influenzare i giudizi e le interazioni. Questo studio ha dimostrato che l'alleanza terapeutica tra infermieri e pazienti con AN non si sviluppa attraverso la negoziazione di partner alla pari. Piuttosto, l'alleanza terapeutica dipende dalla capacità degli infermieri di mantenere la loro posizione di potere, dimostrando al tempo stesso la loro affidabilità nei confronti del paziente. Nel fidarsi degli infermieri, i pazienti si sono sentiti più sicuri nell'investire in un nuovo concetto di benessere. (Joel S. Zugai RN, 2017)

Lynlee Snell et al nel 2010 hanno condotto uno studio nell'unità specialistica dedicata ai disturbi alimentari ospedalieri in Nuova Zelanda. L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare e teorizzare le esperienze degli infermieri nello sviluppo di una relazione terapeutica con i pazienti ricoverati in un servizio ospedaliero specializzato in disturbi dell'alimentazione per il recupero del peso. La variabile centrale emersa dall'analisi è stata "connessione". Questa variabile era fondamentale per le tre grandi categorie: sviluppare la connessione terapeutica, negoziare la connessione terapeutica e coordinare la connessione. La categoria centrale che è emersa è stata quella del mantenimento della connessione terapeutica. Il processo interpersonale di sviluppo della connessione terapeutica spiega le strategie degli infermieri di condivisione delle conoscenze, ritmo e mantenimento di una presenza fiduciosa. Spiega anche come gli infermieri hanno descritto l'inizio della relazione terapeutica nel contesto della resistenza da parte del paziente. La resistenza ha preso la forma di blocchi di comunicazione e degli effetti fisiologici e psicologici del disturbo. Questi effetti possono includere la negazione di avere un problema e comporta strategie utilizzate dal paziente per mascherare la presenza di sintomi. La prima parte di questa categoria riguardava la condivisione delle conoscenze che spiegano come gli infermieri descrivono il processo attraverso il quale informavano i pazienti su ciò che stava accadendo al loro corpo nel contesto dei cambiamenti fisici e psicologici associati al disturbo. Hanno usato questa strategia per aumentare la consapevolezza del paziente sul problema e ridurre la resistenza interpersonale. La seconda parte di questa categoria descrive le strategie degli infermieri per gestire lo stress. La stimolazione è stata concettualizzata come essere a fianco del paziente mentre si muoveva verso il recupero. Lo sviluppo di connessioni terapeutiche ha coinvolto ciò che gli infermieri hanno

descritto come lavorare con il paziente per facilitare la comprensione degli effetti di un disturbo alimentare a un ritmo dettato dal paziente, pur mantenendo una presenza fiduciosa in modo da poter interagire con il paziente quando necessario. Questa strategia era il modo in cui gli infermieri gestivano la resistenza del paziente. Negoziare la connessione terapeutica: questa categoria principale spiega le strategie degli infermieri per gestire il processo interpersonale di intensificata resistenza da parte del paziente durante il processo di trattamento ed è stata descritta dalla variabile contestuale del mantenimento dei confini terapeutici. Gli infermieri hanno riferito che l'effetto dominante e pervasivo del disturbo ha un'influenza significativa sulla capacità del paziente di comunicare liberamente con loro riguardo ai propri problemi. L'implementazione dei confini del trattamento potrebbe intensificare il disagio del paziente ed evocare forti sentimenti che hanno sfidato gli infermieri in questo contesto. Gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nel consentire il buon funzionamento dell'unità e il successo del trattamento dei disturbi alimentari. Questo ruolo era a volte invisibile ed è stato attraverso le descrizioni di queste infermiere che è diventato evidente. La necessità di attuare protocolli di cura, senza necessariamente essere parte del processo decisionale, è stata considerata da alcuni infermieri come fonte di tensione con le loro aspettative di relazione terapeutica. È stato il supporto di altre infermiere che ha permesso ai partecipanti di continuare la loro lotta per rimanere terapeutici. Gli infermieri hanno descritto come sono riusciti a negoziare la connessione terapeutica mantenendo i confini terapeutici, in termini di conoscenza professionale, lavoro emotivo e consapevolezza di sé. La conoscenza professionale implicava l'incorporazione di ciò che sapevano sul disturbo per consentire loro di modificare le proprie capacità terapeutiche in risposta a questo. I pazienti spesso non volevano impegnarsi nel programma terapeutico che l'infermiera era tenuta ad attuare; quindi, l'infermiera doveva usare la sua conoscenza del disturbo per gestire la situazione che spesso era molto angosciante per il paziente. Per mantenere i confini terapeutici gli infermieri hanno descritto come hanno gestito le proprie emozioni. Le risposte ostili dei pazienti agli infermieri sono state percepite da tutti gli infermieri come sfide. Mentre il paziente può esprimere ostilità agli infermieri, gli infermieri, invece, sono stati in grado di riconoscere che faceva parte del processo di trattamento e che le risposte dei pazienti erano valide e importanti. Il modo in cui gli infermieri gestivano le proprie emozioni e

rispondevano terapeutivamente al paziente richiedeva consapevolezza di sé. Gli infermieri hanno descritto di sentirsi spesso frustrati perché sentivano di non aiutare i pazienti ad andare avanti. Gli infermieri hanno suggerito che il mantenimento della consapevolezza di sé richiedesse una riflessione continua sulla pratica insieme alla supervisione clinica. L'implementazione dei confini del trattamento potrebbe intensificare il disagio del paziente ed evocare forti sentimenti che hanno sfidato gli infermieri in questo contesto. Alcune delle infermiere hanno provato frustrazione e hanno riferito di sentirsi personalmente sfidate nel loro ruolo terapeutico. Coordinare la connessione è una categoria importante che descrive la dualità dei ruoli descritti dagli infermieri: essere un membro di una squadra ed essere un difensore del paziente. Il ciclo continuo di interazioni tra infermiere e paziente e l'infermiera e il team, hanno richiesto agli infermieri di passare da un ruolo all'altro per facilitare il flusso di informazioni. Gli infermieri si sono descritti come una parte centrale del processo nel coordinare lo sviluppo di negoziazioni affidabili tra il paziente e l'équipe in questo contesto. Ciò spesso richiedeva loro di attuare decisioni alle quali il paziente si opponeva e di mantenerle bilanciate con la negoziazione di una relazione terapeutica. L'infermiera aveva una funzione di intermediario nella comunicazione tra l'équipe e il paziente. Questo era un ruolo impegnativo in quanto il focus del team e il focus del paziente erano di solito in conflitto. Questo particolare aspetto della pratica infermieristica è stato considerato da loro importante per il buon funzionamento dell'unità. Questo studio ha dimostrato che gli infermieri svolgono un ruolo cruciale nel consentire il buon funzionamento dell'unità per i disturbi alimentari e il successo del trattamento dei disturbi alimentari dei pazienti. Questo ruolo era a volte invisibile ed è stato attraverso le descrizioni di queste infermiere che è diventato evidente. (Lynlee Snell, 2010)

Lucie Michelle Ramjan BN RN nel 2004 ha condotto uno studio in un ospedale pediatrico australiano. L'obiettivo dello studio è fornire dati ricchi sullo sviluppo delle relazioni terapeutiche tra adolescenti con diagnosi di anoressia e infermieri pediatrici. Tuttavia, è stato scoperto che gli infermieri pediatrici stavano lottando per sviluppare alleanze

terapeutiche con questi adolescenti. Lo studio è stato poi modificato per esplorare le difficoltà e gli ostacoli che ostacolano la formazione di relazioni terapeutiche in questo contesto. Dieci infermieri hanno preso parte alle interviste. Sei sono stati reclutati dal reparto adolescenti e quattro dal reparto di medicina generale di un ospedale pediatrico. Tre erano maschi e sette femmine con almeno 2 anni di esperienza nella cura di adolescenti con anoressia nervosa. L'età dei partecipanti variava dai 26 ai 48 anni. Avevano da 5 a 26 anni di esperienza come infermiere e da 2 a 6 anni di esperienza di lavoro con adolescenti con anoressia. Nessuno aveva avuto una formazione formale sulla salute mentale. Dall'analisi sono emersi tre temi principali: "lottare per la comprensione", "lottare per il controllo" e "lottare per sviluppare relazioni terapeutiche". Lottare per la comprensione: con poca istruzione in salute mentale o conoscenza su come avviene il recupero dall'anoressia, i partecipanti hanno faticato a comprendere un disturbo così complesso. Molti partecipanti credevano che i loro pazienti avessero causato il loro danno e avessero bisogno di "ripararlo da soli". La loro frustrazione li rendeva scettici e pessimisti riguardo alla "piena" guarigione e quindi delusi dai loro pazienti e da questo tipo di lavoro, considerandolo "facile" e "una perdita di tempo" rispetto ad altre forme di assistenza infermieristica, che consideravano più stato in ospedale. Molti partecipanti credevano di essere loro stessi "fallimenti" perché non si sentivano in controllo del processo di recupero. Sebbene abbiano caratterizzato il lavoro con i pazienti anoressici come "facile", la maggior parte l'ha trovato stressante per lunghi periodi di tempo a causa dei loro tentativi frustrati di comprendere l'anoressia e il recupero. Gran parte di questo stress proveniva anche dalla lotta in corso per il controllo su cui erano eloquenti. Il ricercatore era consapevole della mancanza di istruzione e formazione sui problemi di salute mentale per gli infermieri in questo particolare ambiente di cura per acuti. Alcuni partecipanti hanno menzionato in precedenza di aver frequentato un corso, che si occupava della comprensione dell'anoressia nervosa e di altri problemi di salute mentale, ma questo corso non esiste più. Gli infermieri con una formazione in salute mentale hanno maggiori probabilità di aver acquisito conoscenze e abilità per assisterli nella cura delle persone con questa difficile condizione. La formazione di questi infermieri "specialisti" deve includere la comprensione degli elementi, delle fasi e dei punti di svolta nel recupero dall'anoressia nervosa e non solo dei suoi sintomi ed eziologia. Lottare per il controllo: in assenza di una reale comprensione

dell'anoressia o del processo di recupero, i partecipanti hanno visto il loro lavoro in termini di programma di modifica del comportamento che erano tenuti a far rispettare. La natura estremamente controllante del programma ha portato alla ribellione dei pazienti, che erano poi percepiti come "manipolatori". I partecipanti hanno seguito il programma anche quando non erano convinti del suo valore. Di conseguenza, il potere era in gioco tra partecipanti e pazienti, ed entrambi i gruppi sentivano di essere continuamente "in lotta per il controllo". Invece della fiducia richiesta per una relazione terapeutica, entrambi i gruppi diffidavano l'uno dell'altro. Lottare per il potere: l'arena principale per questa lotta era il cibo. Un modo in cui i partecipanti hanno affermato il loro potere (e hanno portato via il controllo delle loro cariche) è stato quello di "scegliere i loro cibi". I partecipanti volevano aiutare a far stare meglio i pazienti, ma sentivano di essere ostacolati dal rifiuto degli adolescenti di cedere il controllo. I partecipanti hanno riferito che gli adolescenti consideravano l'alimentazione nasogastrica "punitiva" e che avrebbero fatto qualsiasi cosa per "sabotarla". Gli infermieri si comportavano così inconsciamente come carcerieri; i partecipanti hanno comprensibilmente trovato questa costante "battaglia per il controllo" come un impedimento alle alleanze terapeutiche. In questo studio sono state formulate raccomandazioni per migliorare la componente infermieristica dei programmi di trattamento ospedaliero per adolescenti con anoressia nervosa nella direzione di relazioni più genuinamente terapeutiche. (Lucie Michelle Ramjan BN RN, 2004)

Joel Zugai BN et al nel 2013 hanno condotto uno studio in un ospedale di riferimento terziario metropolitano a Sydney, NSW. L'obiettivo è stabilire come gli infermieri garantiscano l'aumento di peso e un'esperienza ospedaliera positiva per il trattamento degli adolescenti con anoressia nervosa considerando le prospettive dei consumatori. Per lo studio sono stati reclutati 8 pazienti tra i 12 e i 18 anni. Dai dati sono emersi tre temi principali, ciascuno con due sottotemi. Il primo tema stabilisce i modi in cui gli infermieri assicurano l'aumento di peso, intitolato "Garantire l'aumento di peso". Il secondo tema stabilisce i modi in cui gli infermieri hanno migliorato l'esperienza del ricovero, intitolato "Mantenere un ambiente terapeutico". Il terzo tema dettaglia la natura delle relazioni intrattenute tra consumatori e infermieri. I partecipanti hanno affermato che gli infermieri hanno facilitato l'aumento di peso garantendo l'aderenza ai modelli prescritti di alimentazione ed esercizio fisico. I consumatori hanno riconosciuto

che l'abbandono del controllo sull'alimentazione e sull'esercizio fisico era importante per il loro recupero. Gli infermieri hanno mantenuto il controllo attraverso la sorveglianza e la supervisione continua. La presenza continuativa degli infermieri è stata considerata dai partecipanti un elemento produttivo di cura. I partecipanti a questo studio avevano opinioni forti su come gli infermieri dovrebbero affrontare la riabilitazione nutrizionale. Un'assistenza infermieristica attenta e premurosa è considerata essenziale. In particolare, gli infermieri devono esercitare un giudizio attento quando applicano le regole del programma sui disturbi alimentari. La natura delle interazioni tra consumatore e infermiere comporta implicazioni significative sia per il progresso dell'aumento di peso che per la qualità dell'esperienza di ricovero. Riflettendo sulle loro esperienze, i partecipanti a questo studio hanno descritto le caratteristiche positive degli infermieri in vari modi. L'incoraggiamento e il supporto sono stati spesso menzionati dai partecipanti come una parte importante delle interazioni infermieristiche. Questo studio ha dimostrato che i consumatori hanno chiare prospettive su come gli infermieri assicurino efficacemente l'aumento di peso e su come gli infermieri assicurino un'esperienza di ricovero positiva. La qualità delle relazioni tra consumatori e infermieri ha avuto implicazioni sia per l'aumento di peso che per la qualità percepita dell'esperienza di ricovero. Facendo affidamento sulla forza di interazioni positive, ponderate e tempestive, gli infermieri possono contribuire a risultati fisici produttivi e a un'esperienza di ricovero positiva. I consumatori hanno indicato che la motivazione ad aderire alle cure derivava da forti relazioni con gli infermieri. Garantire sia l'aumento di peso che un'esperienza positiva implica il raggiungimento di un 'equilibrio delle restrizioni' produttivo. I consumatori hanno anche apprezzato gli infermieri che hanno creato un ambiente confortevole e produttivo. (Joel Zugai BN, 2013)

Joel Sebastian Zugai et al nel 2019 ha condotto uno studio in due ospedali pubblici a Sydney, in Australia, lo scopo di questo studio era di esplorare le dinamiche dell'autorità degli infermieri con i consumatori adolescenti che vengono trattati per anoressia nervosa (AN) in ambito ospedaliero. Impiegando un campionamento intenzionale e non probabilistico, sono stati reclutati gli infermieri ( $n = 10$ ) da due reparti differenti. Trasmettendo le complesse dinamiche dell'autorità infermieristica, dall'analisi tematica sono stati sviluppati due temi generali: "Il percorso di maggior resistenza" e "La zona

degli amici". In conformità con le regole del programma sui disturbi alimentari, gli infermieri in questo studio erano responsabili dell'esercizio della loro autorità al fine di assistere i consumatori nell'aumento di peso. A volte, questa responsabilità infermieristica ha portato gli infermieri a ricevere critiche e ostilità da parte dei consumatori. Gli infermieri che hanno fornito assistenza con una stretta aderenza alle regole del programma sui disturbi alimentari hanno sperimentato le critiche apertamente espresse dai consumatori. Svolgendo il proprio ruolo con una scrupolosa aderenza alle regole del programma sui disturbi alimentari, gli infermieri erano suscettibili di evocare le ansie dei consumatori, che a volte portavano alla frustrazione espressa dai consumatori. Indipendentemente dalle motivazioni terapeutiche, gli infermieri che hanno esercitato la loro autorità hanno sperimentato l'opposizione dei consumatori. Gli infermieri hanno capito che l'aumento di peso era intrinsecamente angosciante per i consumatori e che le attività infermieristiche che implicavano l'uso dell'autorità mettevano a dura prova le relazioni e le interazioni terapeutiche; alcuni infermieri sentivano che la loro responsabilità di esercitare l'autorità contro la volontà del consumatore era in conflitto con il loro ruolo infermieristico interpersonale. La descrizione degli infermieri come "cattivi" è un riconoscimento della percezione che i consumatori hanno degli infermieri come archetipo coercitivo. Alcune infermiere erano suscettibili alla demoralizzazione che derivava dall'essere viste come una figura forzata. L'autorità delle giovani infermiere è stata messa alla prova in modi unici. I consumatori hanno interagito con i giovani infermieri in un modo che assomigliava all'amicizia e questo ha portato a confini professionali permeabili, che hanno minacciato la capacità degli infermieri di esercitare la loro autorità. La relativa inesperienza degli infermieri più giovani ha garantito la stretta supervisione da parte del personale infermieristico senior. Un certo numero di partecipanti aveva vent'anni e queste infermiere hanno subito una sfida alla loro autorità. Queste infermiere sentivano di essere state inserite in una categoria di amici dai consumatori e di conseguenza erano meno in grado di esercitare la loro autorità. Gli interessi comuni e la facilità di interazione condivisi dai consumatori e dagli infermieri più giovani hanno aiutato la transizione dell'infermiere a un pari. Secondo gli infermieri intervistati, l'imposizione di un ruolo di amico ha portato a confini professionali sfocati. I consumatori avevano aspettative nei confronti degli infermieri che assomigliavano a quelle condivise con i loro coetanei. I consumatori si

aspettavano che gli infermieri negassero la loro autorità e partecipassero ad attività sociali al di fuori dello spettro professionale. Le sfide che gli infermieri junior hanno sperimentato sono state considerate almeno in parte attribuibili alla mancanza sia di vita che di esperienza clinica. Dallo studio è emerso che l'assistenza infermieristica ai consumatori adolescenti con AN è complessa, poiché gli infermieri lottano per prendersi cura di un individuo con cui non è probabile che condividano un concetto comune di benessere. I mezzi con cui i consumatori sovvertono l'aumento di peso non si limitano agli sforzi fisici, come il compromesso tra l'assunzione di cibo e l'esercizio furtivo. Come conseguenza dell'AN, è probabile che si manifestino comportamenti guidati dall'ansia per mitigare ciò che dà agli infermieri la capacità di garantire l'aumento di peso: l'autorità. (Joel Sebastian Zugai RN, 2019)

#### **4.2 Linea guida per l'assistenza infermieristica**

La linea guida pratica per il trattamento dei pazienti con disturbi alimentari fornisce prove empiriche per il trattamento ospedaliero dei disturbi alimentari negli adolescenti. Gli aspetti critici della cura includono il ripristino dell'equilibrio idrico ed elettrolitico, il miglioramento dello stato nutrizionale, il monitoraggio e l'applicazione di qualsiasi attività fisica prescritta, il monitoraggio dei segni vitali e del peso e il monitoraggio dell'assunzione di cibo e liquidi e della produzione di urina e movimenti intestinali. La linea guida elenca ulteriori obiettivi per il trattamento dell'AN, tra cui:

- riportare i pazienti a un peso sano
- trattare eventuali complicazioni fisiche
- migliorare la motivazione del paziente a collaborare e partecipare al trattamento per ripristinare modelli alimentari sani
- fornire educazione in materia di alimentazione e sane abitudini alimentari
- aiutare i pazienti a rivalutare e modificare le cognizioni, gli atteggiamenti, le motivazioni, i conflitti e i sentimenti disfunzionali fondamentali
- trattare eventuali comorbidità psichiatriche associate, inclusi deficit dell'umore, regolazione degli impulsi, autostima e problemi comportamentali
- arruolare sostegno familiare e fornire consulenza e terapia adeguate
- prevenire le ricadute.

Molte strutture sanitarie che trattano adolescenti con disturbi alimentari hanno linee guida istituzionali per la coerenza nella cura del paziente. Ad esempio, gli obiettivi per il ricovero ospedaliero presso il Boston Children's Hospital includono l'aumento di peso e la stabilizzazione nutrizionale, i parametri vitali e la stabilizzazione degli elettroliti, la consultazione psichiatrica e l'educazione dei genitori. I fogli di flusso e i protocolli infermieristici forniscono linee guida chiare e garantiscono la coerenza dell'assistenza infermieristica.

### **Considerazioni infermieristiche**

Gli infermieri svolgono un ruolo chiave nella valutazione e nel trattamento degli adolescenti con disturbi alimentari come l'AN e dovrebbero adottare un approccio non giudicante alla cura del paziente. Nelle strutture sanitarie scolastiche o nelle cure primarie, gli infermieri dovrebbero determinare l'altezza e il peso appropriati come stimato nella tabella di crescita e indirizzare i pazienti con evidenza di fallimento della crescita o perdita di peso estrema. Parte di una valutazione globale è una valutazione fisica e psichiatrica. Gli infermieri valutano i modelli alimentari dei pazienti e la soddisfazione del corpo, valutando l'assunzione di cibo, le fluttuazioni di peso, l'immagine corporea e l'esercizio. Il questionario SCOFF utilizza una serie di cinque domande per valutare il rischio del paziente di disturbi alimentari come AN:

- Ti fai male perché ti senti sgradevolmente pieno?
- Ti preoccupi di aver perso il controllo? su quanto mangi?
- Hai perso più di 13-14 libbre in un periodo di 3 mesi?
- Credi di essere grasso? quando gli altri dicono che sei troppo magro?
- Diresti che il cibo domina la tua vita?

La malnutrizione grave porta a una serie di complicazioni come già descritto. Gli infermieri sono fondamentali nella gestione delle emergenze delle aritmie clinicamente instabili, nonché dell'arresto cardiaco, dell'ipotermia e dei disturbi dei fluidi ed elettroliti. (Peterson & Fuller, 2019)

### **4.3-Conclusione**

I Disturbi dell'Alimentazione rappresentano uno dei problemi di salute più diffusi tra la popolazione giovanile, e in particolare tra quella femminile. L'incidenza di anoressia nervosa è di almeno 8 nuovi casi su 100.000 donne in un anno, mentre quello di binge eating è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Nelle ricerche condotte su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di AN, tra il 10% e il 15% dei casi di binge eating e tra il 30% e il 40% di disturbi alimentari. Le persone che soffrono di disturbi alimentari spesso mostrano un ritardo nell'accesso ai servizi quando ormai la malattia si è cronicizzata. I disturbi dell'alimentazione compromettono la salute della persona a più livelli: fisico, psicologico, sociale e relazionale. In Italia, i pazienti con disturbi alimentari vengono trattati seguendo le raccomandazioni del Convegno nazionale 2012, combinato con l'APA e gli orientamenti NICE (Chiara Foà, 2019). Dalle diverse ricerche bibliografiche che sono state analizzate è risultato che l'infermiere rappresenta una figura indispensabile e centrale nella presa in carico del paziente, in quanto fungono da tramite tra l'ospedale e il territorio (Chiara Foà, 2019) (Lynlee Snell, 2010), ma non solo anche tra paziente, familiari ed equipe multidisciplinare. L'infermiere garantisce il supporto del paziente, riconosce segni e sintomi di disturbi alimentari, pianifica l'assistenza, ne assicura l'attuazione, valuta i risultati raggiunti ed infine contribuisce a migliorare la qualità di vita del paziente. Nell'ambito dell'assistenza al paziente, il comportamento dell'infermiere è quello di incoraggiare il dialogo, l'ascolto attivo, creare un'alleanza terapeutica, concentrarsi sui bisogni del paziente, assistere e sostenere la famiglia attraverso un approccio empatico. L'alleanza terapeutica dipende dalla capacità dell'infermiere di mantenere la posizione di potere dimostrando al tempo stesso affidabilità nei confronti del paziente. (Chiara Foà, 2019) (Lucie Michelle Ramjan BN RN, 2004) (Joel Zugai BN, 2013) (Joel Sebastian Zugai RN, 2019). Quando si instaura un'alleanza terapeutica è necessario separare l'individuo dalla malattia riducendo così il rischio di frustrazione e burnout (Joel S. Zugai RN, 2017). Il processo di aumento di peso può essere migliorato se accompagnato da un processo di impegno terapeutico. Gli infermieri forniscono assistenza con compassione ed empatia, tuttavia, attingendo alla loro autorità forniscono anche supervisione continua e una presenza autorevole, istruendo i pazienti in conformità con i regimi alimentari e gli esercizi prescritti. Nel

caso in cui la sicurezza e la salute del paziente siano a rischio possono esercitare la loro autorità fornendo cure che non sono necessariamente consentite dal paziente come la somministrazione di alimentazione nasogastrica involontaria (Joel Zugai BN, 2013) (Joel Sebastian Zugai RN, 2019). Dai diversi studi è emerso che da parte degli infermieri c'è il desiderio di essere supportati da specifici corsi di formazione sia in ambito clinico che relazionale (Chiara Foà, 2019) (Lucie Michelle Ramjan BN RN, 2004) (Joel Sebastian Zugai RN, 2019).

Questa ricerca ha permesso di identificare chiaramente quali siano gli interventi di assistenza infermieristica nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, tuttavia, non ci sono ancora abbastanza studi nella letteratura scientifica. Inoltre, mancano dei veri e propri strumenti per misurare l'efficacia degli interventi infermieristici, che spesso vengono valutati in base al grado di soddisfazione del paziente e dei suoi familiari. Nella letteratura inoltre è emerso che la figura dell'infermiere ad oggi risulta essere più a stretto contatto con il paziente. Il profilo professionale afferma che l'assistenza infermieristica non è solo curativa ma anche preventiva e di natura educativa, perciò, data la frequente insorgenza negli ultimi anni tra gli adolescenti potrebbe essere utile introdurre la figura dell'infermiere nelle scuole e nelle università in modo da identificare precocemente il disturbo e fornire supporto e assistenza individuale.

## BIBLIOGRAFIA

- B. Timothy Walsh, E. A. (2020, June). *Bulimia nervosa*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/bulimia-nervosa>
- B. Timothy Walsh, E. A. (2020, June). *Disturbo da alimentazione incontrollata*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-da-alimentazione-incontrollata>
- Chiara Foà, M. B. (2019, Novembre 11). The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse's role and responsibilities. *Acta Biomed*, 17-28.  
doi:10.23750/abm.v90i11-S.8989
- Cuzzolaro, M. (2014). Anoressie e bulimie. *il Mulino*.
- De Coen, J., Verbeken, S., & Goossens, L. (2021, Jun). Media influence components as predictors of children's body image and eating problems: A longitudinal study of body and girls during middle childhood. *Body Image*, 37, 204-213.
- Evelyn Attia, B. T. (2020, June). *Anoressia Nervosa*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/anoressia-nervosa>
- Evelyn Attia, B. T. (2020, June). *Disturbo di ruminazione*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-di-ruminazione>
- Evelyn Attia, B. T. (2020, June). *Pica*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/pica>
- Evelyn Attia, B. W. (2020, June). *Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo*. Tratto da Manuale Msd: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-dell-assunzione-di-cibo>
- Joel S. Zugai RN, B. P.-P. (2017, July 5). 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, 416-426.
- Joel Sebastian Zugai RN, B. (-P. (2019, March 31). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 940-949.

- Joel Zugai BN, R. S.-P. (2013, February 9). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2020-2029.
- Lucie Michelle Ramjan BN RN. (2004, February 18). Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Leading Global Nursign Research*.
- Lynlee Snell, M. C. (2010, Gennaio 12). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351-358.
- Montei, V. L. (s.d.). Eating and feeding disorders: diagnostic criteria .
- Shannon S. C. Herrick MA, L. H. ( 2020, December 31). “This is just how I cope”: An inductive thematic analysis of eating disorder recovery content created and shared on TikTok using #EDrecovery. *International Journal of Eating Disorders*.

## **SITOGRAFIA:**

[www.psicopatologiaalimentazione.it](http://www.psicopatologiaalimentazione.it)

[www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

## RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero dedicare qualche riga a tutti coloro che mi sono stati vicini in questo percorso, senza il loro sostegno non sarei arrivata fin qui.

Innanzitutto, ringrazio la mia relatrice, la Dottoressa Simona Cinaglia, per la disponibilità e l'attenzione dimostrate durante la stesura della tesi.

Ringrazio poi la mia famiglia per tutti i sacrifici. In particolare, ringrazio mia madre Giusy per avermi insegnato a rialzarmi dopo ogni sconfitta, a credere sempre in me stessa e a raggiungere i miei obiettivi affinché potessi realizzarmi come donna. Grazie a mio padre Marcello per avermi supportata e per non avermi mai fatto mancare nulla, elogiandomi per i miei piccoli traguardi. Ringrazio mia sorella Lavinia per aver tollerato tutti i miei sbalzi d'umore, l'ansia perenne e le continue ripetizioni prima di ogni esame. Un grazie va anche ai miei nonni Bonaventura e Dorina per tutti i loro consigli e supporto. Ringrazio mia zia Ada per essermi stata vicino durante tutto questo percorso e aver sempre creduto in me.

Un grazie sincero va a Laura per essermi stata accanto e avermi supportata nonostante la lontananza, condividendo i sacrifici che entrambi i nostri percorsi richiedevano, grazie per non avermi mai fatta sentire sola. Grazie a Giulia per avermi ascoltata e rincuorata, Ripa per avermi aiutata a superare i momenti difficili e in alcuni casi a strapparmi un sorriso. Grazie a voi che avete sempre creduto in me. Vi auguro il meglio!

Ringrazio anche tutti i miei amici dell'università con cui ho condiviso le gioie e le fatiche. In particolare, mi sento di ringraziare Giulia e Noemi per essermi state accanto e avermi fatta sentire a casa nei momenti in cui mi sentivo sola. Non avrei mai pensato che in un contesto come quello universitario avrei potuto instaurare dei legami così forti e spero duraturi nel tempo. Grazie per tutte le risate, le telefonate e il supporto che ci siamo dati prima di ogni esame.

Ringrazio "la mia coinqui" Rebecca, compagna di avventure e disavventure senza la quale sarebbe stato difficile affrontare questi tre anni. Grazie a te che mi hai aiutata ad ambientarmi in una città nuova, per avermi rincuorata durante i miei sfoghi e per aver condiviso la mancanza di casa. Mi mancheranno le nostre cene! Ti auguro il meglio e

spero che tu possa realizzarti nella vita. Ed infine vorrei ringraziare tutti coloro che ho incontrato durante il mio percorso e che inevitabilmente hanno contribuito alla mia crescita sia personale che professionale.