

1222·2022
800
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

La figura dell'infermiere nel percorso dell'adolescente
con Anoressia e Bulimia.
Revisione della letteratura

Relatore: Prof.ssa Bressan Silvia
Correlatore: Dott.ssa Raffagnato Alessia

Laureanda: Capraro Anna
(matricola: 1231228)

Anno accademico 2022-2023

1222·2022
800
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

La figura dell'infermiere nel percorso dell'adolescente
con Anoressia e Bulimia.
Revisione della letteratura

Relatore: Prof.ssa Bressan Silvia
Correlatore: Dott.ssa Raffagnato Alessia

Laureanda: Capraro Anna
(matricola: 1231228)

Anno accademico 2022-2023

ABSTRACT

Introduzione: i disturbi del comportamento alimentare sono delle patologie caratterizzate da una alterazione delle abitudini alimentari spesso associata ad un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. I comportamenti tipici dei disturbi dell'alimentazione sono vari e comprendono la diminuzione dell'introito di cibo, il digiuno, le crisi bulimiche (ingerire una notevole quantità di cibo in un breve lasso di tempo), il vomito per controllare il peso, l'uso di anoressizzanti, lassativi o diuretici allo scopo di controllare il peso, un'intensa attività fisica. I trattamenti che vengono utilizzati per la cura di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa sono sia di tipo psicologico che di tipo farmacologico. Il tipo di trattamento ricevuto può essere in regime ospedaliero, in regime di day hospital oppure diurno. Obiettivi: lo scopo di questa revisione è quello di evidenziare il ruolo che ha l'infermiere nell'assistenza ai pazienti che presentano questa patologia. Materiali e metodi: la ricerca effettuata è una revisione di letteratura tenendo conto degli elementi del PICO. Risultati e discussione: la ricerca per questa tesi è stata effettuata sulle principali banche dati Pubmed, Cochrane e Google Scholar. La ricerca ha condotto ad avere 24 documenti tra cui 11 revisioni della letteratura e 8 studi qualitativi e un case report. Dal materiale preso in esame si individua come la figura dell'infermiere sia essenziale per un'assistenza ottimale per questa tipologia di pazienti. È importante che si instauri una relazione terapeutica e di fiducia con il paziente, poiché solo così si possono ottenere migliori sul ripristino del peso corporeo ideale per ogni assistito. L'assistenza varia dall'attività fisica, all'alimentazione fino ad arrivare alla prevenzione e alla promozione della salute per lo più eseguita in Paesi anglosassoni. Conclusione: un approccio standardizzato rispetto alla gestione infermieristica del paziente con Anoressia nervosa o Bulimia nervosa e la presenza di un'equipe con conoscenze aggiornate, sono gli elementi fondamentali per avere delle linee guida. Si evidenzia come sia importante continuare a condurre gli studi per poter avere delle linee guida standard e aggiornate.

Key words: *Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adolescent, Child, Nurse, Eating Disorder, Nurse's Role, Nursing, Relaxion Nurses, Arfid, Pica*

Parole chiave: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adolescenti, Bambini, Infermiere, Disturbi alimentari, Ruolo dell'infermiere, Cure Infermieristiche, Relazione con l'infermiere, Arfid

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag. 3
1. PROBLEMA	pag. 5
1.1 I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	pag. 5
1.1.1 Anoressia nervosa e Bulimia nervosa: Diagnosi, eziologia ed epidemiologia	pag. 7
1.1.2 Trattamento farmacologico e non farmacologico	pag.12
1.1.3 Gestione ospedaliera della malattia	pag.15
1.2 Il ruolo dell'infermiere	pag.18
MATERIALI E METODI	pag. 19
2.1 Quesito di ricerca	pag. 19
2.2 PICO	pag. 19
2.3 Strategia di ricerca e selezione degli articoli rilevanti	pag. 19
RISULTATI DELLA RICERCA	pag.21
DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	pag. 29
4.1 Discussione e limiti della ricerca	pag. 32
4.2 Conclusione	pag. 34

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO 1. Strategie di ricerca

ALLEGATO 2. Tabella degli studi inclusi nella revisione

ALLEGATO 3. Tabella Diagnosi infermieristiche e interventi infermieristici

INTRODUZIONE

I disturbi alimentari (DE) sono un gruppo di malattie psichiatriche che hanno tipicamente un esordio dalla prima alla tarda adolescenza, età di notevoli cambiamenti dal punto di vista neurobiologico e psicofisico, in particolare di significativo sviluppo neurale, crescita fisica, crescita psicologica nel percorso di auto-conoscenza. L'eziologia dei DE non è ancora completamente chiarita, tuttavia sono riconosciuti come malattie con basi neurobiologiche e gravi conseguenze sia acute che lungo termine se non trattati adeguatamente o ignorati (Anushua Bhattacharya *et al.*, 2020).

I disturbi alimentari che verranno trattati in questa tesi sono anoressia nervosa e bulimia nervosa, anche alla luce di un aumento esponenziale dell'incidenza di questi quadri clinici ad esordio precoce che va di pari passo ad un sempre maggiore utilizzo dei social fin dall'epoca pre adolescenziale. I contenuti maggiormente condivisi all'interno di tali piattaforme sono spesso riconducibili a tematiche legate alla cura del corpo e all'alimentazione. e questo può portare alla visione di corpi ritenuti 'perfetti' dai canoni di bellezza attuali e quindi, soprattutto in un'età di maggior fragilità come l'adolescenza, favorire l'ideale di raggiungere una bellezza esteriore sempre più simile ad uno standard sociale, senza pensare tuttavia alle possibili ripercussioni sia a livello fisico che a livello psichico. I disturbi alimentari sono molto più comuni nel sesso femminile e diversi studi riportano una maggior preoccupazione per il proprio corpo e il loro peso nelle ragazze rispetto ai ragazzi. Negli ultimi 50 anni, il numero di pazienti con disturbi alimentari per la prima volta è aumentato. Questo cambiamento si è sviluppato mentre il peso medio è aumentato e la forma femminile ideale è diventata sempre più snella. La cultura occidentale celebra il corpo femminile magro e i media tentano di convincere il loro pubblico che ottenere la stessa forma corporea non solo è possibile, ma anche altamente desiderabile. Coloro che non riescono a raggiungere l'obiettivo attraverso la dieta sembrano provare sentimenti di vergogna per la loro mancanza di motivazione e autodisciplina. Al tempo stesso, il nostro mondo moderno ha creato alcuni valori contraddittori: le donne sono convinte della

magrezza ideale pur vivendo in una società di abbondanza e crescente obesità. L'idealizzazione della magrezza ha un forte fascino perché è associata all'idea di felicità e successo (Ewa Karpowicz *et al.*,2009).

Lo spunto per trattare questo argomento di tesi deriva anche dall'esperienza personale legata alla conoscenza diretta di persone care affette da disturbi del comportamento alimentare che hanno suscitato in me l'interesse verso questa tematica nei confronti dei possibili risvolti anche dal punto di vista professionale.

L'obiettivo di questa tesi è quindi quello di analizzare e approfondire il ruolo infermieristico nella gestione dei pazienti che presentano Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN).

PROBLEMA

1.1 I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

I Disturbi della nutrizione e dell'Alimentazione, sono patologie complesse, cui eziopatogenesi concorrono fattori genetici, biologici e ambientali. Rispetto ai disturbi dell'alimentazione, in particolare l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, sono patologie caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare e da un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea. Questi aspetti sono spesso correlati a bassi livelli di autostima. I disturbi dell'alimentazione possono presentarsi in concomitanza con altri disturbi psichici come ad esempio disturbi d'ansia e disturbi dell'umore. Inoltre, a causa delle alterate condotte alimentari, come ad esempio un consumo eccessivo di cibo oppure una restrizione alimentare, lo stato di salute fisica è spesso compromesso (Ministero della Salute, 2023). I principali disturbi alimentari considerati dal DSM-5 sono: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge-Eating, Pica e il Disturbo Evitante dell'Assunzione di Cibo, detto anche Arfid.

L' *anoressia nervosa* è prevalente negli adolescenti e pre adolescenti in una fascia d'età che va dai 12 ai 18 anni e riguarda per lo più il genere femminile. In Italia viene diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare a circa 3 milioni di persone, pari al 5% della popolazione: l'8-10% delle ragazze e l'0,5-1% dei ragazzi soffrono di Anoressia Nervosa-Bulimia Nervosa. Il 95% dei soggetti affetti da ED sono di sesso femminile, anche se sempre più numerosi sono i ragazzi che manifestano questi sintomi e si rivolgono a strutture specializzate (FoodInform – action, 2019). La valutazione iniziale di gravità del disturbo si basa sul calcolo dell'indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. Secondo il DSM-5 il livello di gravità può essere aumentato qualora vengano presi in considerazione anche i sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione. I livelli di gravità sono 4: Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$;

Moderata: IMC 16-16.99 kg/m²; Grave: IMC 15-15.99 kg/m²; Estrema: IMC < 15 kg/m² (Ministero della Salute, 2018, DSM-5).

La *bulimia nervosa*, si caratterizza principalmente da una perdita di controllo sul comportamento alimentare con conseguente abbuffata e condotte compensatorie; alcuni studi riconoscono un esordio in età adolescenziale, da un'età media di 12 anni fino alla tarda adolescenza. Questo disturbo è prevalente nelle donne, anche se gli ultimi studi dimostrano una sempre maggiore ricorrenza anche nei maschi con abbuffate di cibi ricchi di proteine e grassi; in comorbidità si ha frequentemente anche la presenza di ansia, depressione e un disturbo da stress post-traumatico (Anushua Bhattacharya *et al.*, 2020). Si evidenziano 4 livelli di gravità in base alla frequenza degli episodi di inappropriate condotte compensatorie (vomito autoindotto) per settimana (n°/sett): lieve 1-3/sett.; moderato 4-7/sett.; grave 8-13/sett.; estremo >14/sett. (Ministero della salute, 2018).

Il *disturbo da alimentazione incontrollata* (Binge-Eating Disorder - BED) è caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate durante i quali gli individui ingeriscono una quantità elevata di cibo e provano la sensazione di perdita di controllo rispetto al proprio comportamento alimentare. La prevalenza mondiale del BED per gli anni 2018-2020 corrisponde allo 0,6-1,8% nelle donne adulte e allo 0,3-0,7% negli uomini adulti (Katrin E. Giel *et al.*, 2022). Per il BED si prendono in considerazione 4 livelli di gravità che variano in base alla frequenza degli episodi di abbuffata a settimana (n°/sett): lieve 1-3/sett; moderato 4-7/sett; grave 8-13/sett; estremo >14/sett (Ministero della salute, 2018).

Il *disturbo Pica* invece, è il consumo ricorrente di sostanze che non hanno contenuto alimentare, come ad esempio la terra, il gesso o la carta. La parola "non alimentare" è stata aggiunta nel DSM-5 per escludere quelle sostanze che hanno un valore nutrizionale minimo, come gli alimenti a basso contenuto calorico, che possono essere consumati in eccesso per un maggior controllo del peso. Per soddisfare i criteri del DSM-5, questi comportamenti devono avere la durata di più di un mese, essere inappropriati dal punto di vista dello sviluppo e non far parte di una pratica culturalmente normativa. Secondo il

DSM-5 , "la prevalenza della pica non è chiara" nella popolazione generale. infatti, gli studi sulla prevalenza sono difficili da valutare a causa, in parte, di un utilizzo incoerente sulla definizione dei criteri utilizzati per identificare i soggetti con pica tra gli studi (Charlotte B. Delaney BA *et al*, 2014).

ARFID, è una nuova diagnosi presente nel DSM-5 che ha quattro criteri di riconoscimento: persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, il deficit nutrizionale non è dovuto all'indisponibilità alimentare o a pratiche culturali (ad es., vegetarianismo), non vi è evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti la propria immagine corporea o eccessiva influenza della forma e/o del peso sui livelli di autostima, non è dovuto a una condizione medica o a un altro disturbo mentale. I soggetti con diagnosi di ARFID rientrano in uno dei tre profili principali: quelli con un'apparente mancanza di interesse per il cibo, quelli che evitano il cibo in base alle caratteristiche sensoriali e quelli che hanno preoccupazioni per le conseguenze negative del mangiare (es. vomito, dolore, soffocamento).

In sintesi, quindi facendo riferimento ai criteri si evince inoltre che i disturbi alimentari devono anche aver portato a una significativa perdita di peso, ad un peso ideale non raggiunto, a una significativa carenza nutrizionale, dipendenza dall' alimentazione enterale o da supplementi nutrizionali orali e/o marcata interferenza con la funzione psicosociale (DSM- 5, Anushua Bhattacharya *et al*, 2020).

1.1.1 Anoressia nervosa e Bulimia nervosa: Diagnosi, eziologia ed epidemiologia

Secondo il DSM-5 i criteri diagnostici per verificare se la malattia da AN è presente sono:

- Limitazione dell'apporto energetico in relazione alle necessità che porta ad un peso corporeo significativamente in riferimento ad età, sesso, stadio evolutivo e salute fisica. Con basso peso corporeo, si fa riferimento ad un peso inferiore al minimo previsto sia per gli adolescenti che per i bambini. -

Intensa paura di aumentare di peso o di essere in sovrappeso, oppure comportamento che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

- Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità della situazione sull'attuale peso corporeo.

Sono presenti anche due sottotipi, il primo, di tipo restrittivo: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso si ottiene principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'eccessivo esercizio fisico. Il secondo sottotipo si presenta con abbuffate/condotte di eliminazione: nel corso degli ultimi 3 mesi, l'individuo deve aver avuto episodi ricorrenti di abbuffate o di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri).

È importante inoltre specificare se il disturbo è in remissione parziale, ovvero dopo che i criteri completi per l'anoressia nervosa erano stati precedentemente soddisfatti, il primo criterio (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un periodo di tempo prolungato, ma sia il secondo criterio (intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare o comportamento che interferisce con aumento di peso) sia il terzo criterio, (disturbi nell'auto-percezione del peso e della forma) sono ancora soddisfatti. Il disturbo è invece in remissione completa quando, dopo che erano stati precedentemente soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo di tempo prolungato.

Bisogna poi specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) (vedi sotto) o, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. Come già accennato in precedenza, gli intervalli riportati derivano dalle categorie stabilite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti, devono essere utilizzati i percentili dell'IMC

corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere il quadro clinico dei sintomi, il grado di disabilità funzionale e la necessità di supervisione.

Lieve: IMC > 17 kg/m²

Moderato: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Estremo: IMC < 15 kg/m²

La bulimia nervosa è caratterizzata dal consumo incontrollato di una quantità elevata di cibo in un breve periodo, seguito da comportamenti compensatori, come vomito autoindotto, abuso di lassativi o esercizio fisico eccessivo. Il DSM-5 definisce dei criteri per poter diagnosticare la presenza del disturbo:

- Episodi ricorrenti di abbuffate dove un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambe le seguenti situazioni: mangiare, in un periodo determinato di tempo (ad esempio, entro un periodo di 2 ore), una quantità di cibo decisamente maggiore di quanto la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile in circostanze simili e la sensazione di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non poter smettere di mangiare o controllare cosa o come si sta mangiando).
- Ricorrenti comportamenti compensatori inappropriati che hanno la finalità di prevenire l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio eccessivo.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma del corpo e dal peso.
- Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante episodi di anoressia nervosa.

E' importante specificare inoltre che se il disturbo è in remissione parziale, ovvero dopo che tutti i criteri per la bulimia nervosa sono stati

precedentemente soddisfatti, alcuni criteri, ma non tutti, devono essere soddisfatti per un periodo di tempo consistente.

Se invece il disturbo è in remissione completa: una volta che sono stati precedentemente soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo di tempo consistente.

Bisogna poi specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza dei comportamenti compensatori inappropriati. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale. La gravità si esprime dunque in:

- o Lieve: una media di 1-3 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.
- o Moderato: una media di 4-7 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.
- o Grave: una media di 8-13 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.
- o Estremo: una media di 14 o più episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana. (DSM-5, Brian C. Harrington *et al*, 2015).

Gli individui che presentano il disturbo dell'anoressia nervosa possono sviluppare sintomi quali: amenorrea, bradicardia, aritmia, capelli e unghie fragili, edema, ipercheratosi, ipotermia, ipotensione, osteoporosi in età giovanile, marcata perdita di peso. Questa tipologia di pazienti spesso si obbligano ad eseguire un'attività fisica eccessiva nonostante condizioni avverse, quali il maltempo, una malattia o un infortunio. Grazie ad uno studio, si è potuto rilevare che circa un terzo dei pazienti ospedalizzati per anoressia nervosa ha riportato un esercizio eccessivo (cioè obbligatorio, ossessivo o forzato) durante i tre mesi precedenti il ricovero. (Brian C. Harrington *et al*, 2015).

I pazienti con anoressia nervosa spesso hanno in comorbidità anche altri disturbi psichiatrici, tra cui il disturbo depressivo, il disturbo d'ansia sociale, d'ansia da separazione e fobie specifiche come la paura di deglutire o di aumentare di peso, i disturbi della personalità e spesso possono avere inoltre comportamenti autolesivi. Alcuni pazienti con AN di tipo restrittivo possono

presentare anche un disturbo ossessivo compulsivo. Inoltre, i pazienti che hanno abbuffate e condotte compensatorie possono più frequentemente avere un disturbo da abuso di sostanze stupefacenti o di alcol (Peterson *et al*, 2019). La presenza in comorbidità di un disturbo depressivo può inoltre aumentare in questi pazienti il rischio di suicidio, una delle cause di morte dei soggetti con anoressia nervosa.

Gli individui che invece presentano il disturbo della bulimia nervosa spesso sviluppano i seguenti segni: erosioni dello smalto dei denti e malattie alle gengive, ingrossamento della ghiandola parotide, cicatrici o calli sulle dita, causati principalmente dagli episodi di vomito autoindotto e instabilità del peso corporeo ma non una situazione di sottopeso. Questa tipologia di pazienti può pianificare un programma completo per affrontare episodi di abbuffate e condotte compensatorie, che sono spesso accompagnati da numerosi accessi al bagno. Per controllare il peso spesso i pazienti utilizzano anche lassativi e diuretici. (Brian C. Harrington *et al*, 2015).

L'eziologia dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa è un campo di studio complesso e ancora in gran parte sconosciuto, che verosimilmente coinvolge una combinazione di diversi fattori. Questi disturbi sono considerati multifattoriali, con un'interazione tra fattori genetici, psicologici, sociali e ambientali. Le influenze ambientali, come le idealizzazioni sociali riguardo al peso e alla forma del corpo, hanno un ruolo significativo nel promuovere atteggiamenti e comportamenti legati a questi disturbi alimentari. Tuttavia, lo stile genitoriale è considerato uno dei numerosi fattori di rischio. L'ambiente familiare, compreso lo stress familiare e i conflitti tra i genitori, può contribuire all'ansia e ai tratti della personalità che rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di AN o BN. Inoltre, l'importanza assegnata al successo e alle ricompense esterne può creare aspettative eccessivamente elevate nei bambini. Questo potrebbe portare alcuni bambini a cercare il successo in ciò che possono controllare più facilmente, come il controllo del proprio

comportamento alimentare e l'immagine corporea (Brian C. Harrington *et al.*, 2015).

Dal punto di vista epidemiologico l'anoressia nervosa colpisce, nei paesi industrializzati, prevalentemente le ragazze e le giovani donne con una prevalenza di 370 su 100.000, con una incidenza in un anno all'incirca di 8 su 100.000. Il 15% dei pazienti affetti da anoressia nervosa muore a causa del disturbo: due terzi per malnutrizione, un terzo per suicidio (René Bakker *et al.*, 2011). Un recente studio ha invece preso in considerazione l'epidemiologia della bulimia nervosa negli adolescenti negli Stati Uniti. La percentuale dell'insorgenza della malattia si attesta tra lo 0,6% e lo 0,9% con una insorgenza in media all'età di 12,4 anni; inoltre si è dimostrato che anche la BN è più diffusa tra le ragazze rispetto ai ragazzi (Renée Rienecke Hoste *et al.*, 2012).

1.1.2 Trattamento farmacologico e non farmacologico

Gli studi hanno dimostrato che è molto importante avere e mantenere una collaborazione tra diversi professionisti per la gestione dei disturbi alimentari; l'approccio consigliato infatti è di tipo multidisciplinare con il coinvolgimento di tutto il personale necessario per lavorare in team e mantenere una giusta comunicazione per il percorso terapeutico utile al paziente.

Una valutazione dei sintomi del disturbo alimentare può aiutare il medico a identificare i sintomi e i comportamenti target che saranno affrontati nel piano di trattamento e a determinare la diagnosi di disturbo alimentare. Sempre più evidenze scientifiche sottolineano come la rialimentazione determini il miglioramento clinico principale dei pazienti con anoressia nervosa.

Rispetto agli interventi terapeutici, la psicoterapia sembra essere il trattamento principale utilizzato per combattere il disturbo alimentare del paziente.

In particolare, la terapia cognitivo comportamentale (CBT), anche in una forma adattata al trattamento dell'AN che si concentra sui processi comportamentali

e cognitivi associati al mantenimento della patologia in questione. Il paziente e il terapeuta lavorano insieme per ottenere risultati positivi e il paziente stesso viene considerato come parte attiva del trattamento. Con i pazienti che non sono significativamente sottopeso, la CBT-E generalmente prevede un appuntamento iniziale per la valutazione diagnostica seguito da 20 sedute di 50 minuti da svolgersi in 20 settimane. La versione CBT-E per i pazienti sottopeso è stata adattata nel contenuto e nella durata, ossia si procede ad effettuare 40 sedute che si devono svolgere in 40 settimane. Il trattamento è suddiviso in quattro fasi con diversi obiettivi: nella prima fase si aiuta il paziente a riconoscere che ha bisogno di aiuto per arrivare al peso ideale, nella seconda fase il paziente raggiunge un peso fino ad un livello salutare, nella terza fase il paziente mantiene il peso raggiunto e le sedute sono focalizzate sui processi centrali che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione del paziente (es. le preoccupazioni per il peso e la forma fisica, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione, il perfezionismo clinico, la bassa autostima e le difficoltà interpersonali). Nell'ultima fase si mettono in azione procedure per ridurre al minimo una ricaduta a breve e a lungo termine. In concomitanza con la perdita di peso, viene quindi affrontata la psicopatologia del disturbo alimentare del paziente in modo integrato. Dalla letteratura si evince come questa terapia riduca il rischio di ricaduta e abbia risultati positivi rispetto all'educazione nutrizionale. La CBT, diretta specificatamente ai sintomi e agli aspetti cognitivi sottostanti la bulimia nervosa, ha dimostrato risultati positivi rispetto a tutti gli altri trattamenti psicologici (Dott. Riccardo dalle Grave).

La terapia cognitivo analitica (CAT) si focalizza su interazioni sociali integrando aspetti psicodinamici e comportamentali ed ha riscontrato minor esito di successo rispetto alla terapia familiare per quanto riguarda i risultati relativi all'alimentazione, all'umore o al peso. (Kaustav Chakraborty and Debasish Basu, 2010).

La terapia familiare (metodo Maudsley) è uno degli approcci che ha conseguito più successo nel trattamento di pazienti con anoressia nervosa, gli obiettivi di

questa terapia includono la riduzione l'immagine distorta del corpo, ritornare ad avere delle abitudini alimentari funzionali e riprendere una completa attività fisica. I componenti della famiglia hanno bisogno di continuo sostegno durante il percorso per prendersi cura nel migliore dei modi del paziente.

Inoltre, la terapia di gruppo è molto utilizzata per il trattamento dei disturbi alimentari (Brian C. Harrington *et al*, 2015).

Dalla letteratura emerge come i genitori debbano essere attivamente coinvolti nel trattamento dei pazienti in età evolutiva affetti da AN. Di conseguenza, le strategie di trattamento che prevedono un forte ruolo attivo per i genitori, come *Family Based Treatment (FBT)* e *Parent-Focused Treatment (PFT)*, sembrano essere particolarmente appropriate per i bambini affetti da AN. Un gruppo educativo per i genitori, può integrare altre forme di trattamento e migliorare la consapevolezza, la comprensione e la fiducia dei genitori, in particolare nelle prime fasi della malattia. Spesso i genitori si sentono più sollevati e soddisfatti quando possono scambiare esperienze con altri familiari facenti parte del gruppo (Beate Herpertz-Dahlmann & Brigitte Damen, 2019).

La terapia psicologica è spesso accompagnata alla terapia farmacologica. Nei pazienti con AN vengono utilizzati principalmente farmaci della categoria dei neurolettici e inibitori della ricaptazione della serotonina, tuttavia gli studi scientifici non hanno dimostrato nessun effetto di questi farmaci sull'aumento di peso, sul disturbo del comportamento alimentare e sul quadro psicopatologico in generale (Beate Herpertz-Dahlmann & Brigitte Damen, 2019).

Una revisione che comprendeva sette studi (quattro dei quali confrontavano gli antidepressivi con il placebo e gli altri tre confrontavano gli antidepressivi), non ha trovato prove che gli antidepressivi migliorino l'aumento di peso, i disturbi alimentari o in generale la psicopatologia associata. Dal confronto antidepressivo con altro antidepressivo sono emersi isolati risultati favorevoli per Amineptina e Nortriptilina, tuttavia gli autori hanno concluso che non

possono essere considerati una prova d' efficacia alla luce dei risultati dei confronti con il placebo.

Sugli antipsicotici alcuni studi suggeriscono che basse dosi di antipsicotici di seconda generazione, come Olanzapina e Quetiapina, possano migliorare l'aumento di peso e gli indicatori psicologici, ma sono necessari ulteriori studi controllati per confermarlo (Kaustav Chakraborty & Debasish Basu, 2010).

Riguardo alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da bulimia nervosa (BN), è degno di nota uno studio pubblicato che ha studiato gli effetti dell'uso di Fluoxetina a una dose di 60 mg per adulti, combinata con una terapia psicologica della durata di otto settimane. La popolazione oggetto dell'indagine era costituita da adolescenti di sesso femminile con un'età compresa tra i 12 e 18 anni. L'analisi degli esiti dell'intervento ha rilevato l'assenza di segnalazioni di effetti collaterali nei pazienti adolescenti. Inoltre, si è osservata una significativa riduzione delle abbuffate e delle condotte compensative, pari rispettivamente al 67% e al 56%. Tuttavia, è importante notare che, nonostante questi miglioramenti, alcuni partecipanti hanno continuato a soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo alimentare alla conclusione dello studio. È opportuno sottolineare che i risultati ottenuti in questo specifico studio non sono stati replicati negli studi successivi, quindi si sottolinea la necessità di ulteriori indagini e ricerche mirate a comprendere appieno l'efficacia degli interventi psicofarmacologici nell'ambito della bulimia nervosa (Renée Rienecke Hoste *et al*, 2012)

1.1.3 Gestione ospedaliera della malattia

Negli ultimi anni si è registrato un aumento notevole dei giovani affetti da AN, in particolare i casi di pazienti arrivati in pronto soccorso all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, nell'annata 2021-2022 sono raddoppiati rispetto al biennio precedente (2019-2020), passando da 463 a 911. Recenti studi hanno dimostrato che dalla pandemia da Covid-19 si è riscontrato un aumento dei ricoveri ospedalieri per questo disturbo nei Paesi europei.

Nella gestione dei pazienti in età evolutiva con disturbo del comportamento alimentare durante la degenza è necessario un team multiprofessionale di esperti, idealmente costituito da psichiatra, pediatra, psicoterapeuta, dietista, fisioterapista e/o terapeuta occupazionale e infermieri altamente qualificati, che saranno in grado di comunicare con la famiglia e con il paziente.

Uno dei motivi principali per cui un paziente con AN viene ricoverato è il grave sottopeso o la perdita di peso eccessiva in un periodo di tempo breve, quindi si ritiene fondamentale predisporre un programma di rialimentazione per raggiungere un peso adeguato.

Per arrivare a raggiungere il peso corporeo ideale si devono ristabilire le corrette abitudini alimentari tramite un piano alimentare individuale che comprende tre pasti principali e tre spuntini. La dieta prescritta per i pazienti con AN si basa su un calcolo del fabbisogno calorico che considera età, sesso, peso premorbo, livello di attività e peso necessario per raggiungere l'obiettivo ed il trattamento deve essere necessariamente individualizzato (Beate Herpertz-Dahlmann, 2021).

Nel trattamento dei pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN), l'apporto calorico medio giornaliero è spesso drasticamente ridotto, arrivando a soli 500 kcal al giorno. Confrontando questa cifra con l'apporto calorico medio giornaliero di un adolescente femmina sedentario, che si è attestato intorno a 1800 kcal, e di un adolescente maschio, che è di circa 2200 kcal, emerge una marcata carenza calorica. Un punto di partenza razionale per il recupero ponderale in questi pazienti è solitamente fissato al 90% del peso medio previsto per l'età, l'altezza e il sesso del paziente. Il ripristino delle mestruazioni rappresenta un importante indicatore di salute per le pazienti di sesso femminile. Uno studio ha rilevato che ben l'86% delle ragazze con AN che raggiungono l'obiettivo del 90% del loro indice di massa corporea riprendendo le mestruazioni entro sei mesi. L'anamnesi precedente al disturbo alimentare può fornire utili informazioni per stabilire un obiettivo di indice di massa corporea. Tuttavia, nel caso degli adolescenti in fase di sviluppo, potrebbe essere necessario ridefinire l'obiettivo di peso ogni tre o sei mesi, tenendo conto del loro normale sviluppo corporeo. È importante notare che l'aumento

di peso potrebbe non verificarsi finché l'apporto calorico non supera significativamente il fabbisogno calorico basale, particolarmente se l'adolescente è coinvolto in attività fisiche intense. Pertanto, in questa fase, è essenziale limitare la pratica di sport e attività fisiche vigorose per garantire il recupero e la salute del paziente (Brian C. Harrington *et al.*, 2015).

L'alimentazione nasogastrica o parenterale risulta necessaria quando il paziente presenta importanti resistenze ad alimentarsi per os, tuttavia questo tipo di alimentazione può sfociare in rischi significativi. Quando si deve ricorrere a questa tipologia di alimentazione, l'esperienza clinica suggerisce che l'alimentazione continua (ovvero l'alimentazione nelle 24h) ha un rischio inferiore di causare alterazioni del metabolismo nel paziente in confronto a tre quattro boli al giorno ed è meglio tollerata dai pazienti. I sondini da gastrostomia o digiunostomia possono essere impiantati attraverso un intervento chirurgico in situazioni in cui i pazienti rifiutano l'alimentazione nasogastrica ((Kaustav Chakraborty & Debasish Basu, 2010). Nella fase di rialimentazione, è importante inoltre considerare il rischio di sindrome da refeeding che può verificarsi in un individuo malnutrito quando un rapido aumento dell'assunzione di cibo provoca drastici sbalzi di liquidi ed elettroliti ed è potenzialmente fatale. (Brian C. Harrington *et al.*, 2015).

La gestione del paziente con AN in regime di day-hospital sembra avere più vantaggi, in particolare per un maggior coinvolgimento della famiglia durante il trattamento, può essere dimesso più facilmente, e in questo modo il paziente ha più autonomia, essendo che non cura la malattia tramite un ricovero ospedaliero, e mantiene i contatti sociali essenziali per l'età che ha. In uno studio sono stati confrontati adolescenti che hanno ricevuto un trattamento ospedaliero con un gruppo di pari che ha ricevuto un trattamento diurno ed è stato riscontrato che dopo 1 anno il guadagno di peso, in termini di IMC, di un paziente con trattamento diurno era simile a quello di un paziente in trattamento ospedaliero, mentre lo stato mentale e lo sviluppo psicosessuale era migliore nel gruppo dei pazienti diurni; un altro vantaggio del trattamento diurno sono i costi sanitari decisamente più bassi rispetto al ricovero ospedaliero. Dopo 2,5 anni, il gruppo dei pazienti trattati in regime diurno ha

riscontrato un IMC più elevato, inferiori ricadute della malattia e un numero di ricoveri in ospedale più basso (Herpertz-Dahlmann & Beate, 2017). Negli studi effettuati in letteratura, non sono stati riscontrati dati basati su evidenze scientifiche in cui il paziente con BN abbia ricevuto un ricovero ospedaliero per il disturbo alimentare.

1.2 Il ruolo dell'infermiere

L'infermiere è una figura professionale che ha un ruolo principale nell'assistenza al paziente con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa. Egli è parte dell'equipe multidisciplinare e quindi direttamente coinvolto nella gestione del paziente dal momento dell'avvio della sua presa in carico in reparto fino al momento della dimissione. L'infermiere oltre ad essere in prima linea nella cura e nella gestione pratica della sfera clinico-assistenziale del paziente con DCA, che dal punto di vista internistico risulta alquanto complessa, ricopre un ruolo centrale anche da un punto di vista psicosociale, essendo spesso il primo operatore che fornisce un contenimento verbale al paziente, e favorendo l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra paziente e le figure professionali coinvolte nella sua presa in carico, tale da essere un tassello importante per un decorso di cura positivo. Ad oggi, all'infermiere non sono ancora attribuiti interventi specifici ben definiti da linee guida presenti in letteratura per l'approccio al paziente con DCA.

È quindi questo il motivo per cui questa tesi si pone come obiettivo quello di effettuare una revisione sul tema, al fine di individuare e sintetizzare tutti gli interventi basati sulle evidenze nell'assistenza infermieristica ad adolescenti e bambini affetti da Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Quesito di ricerca

L'obiettivo di questa tesi è di indagare come il ruolo dell'infermiere e l'assistenza infermieristica possano essere d'aiuto al paziente, bambino o adolescente, con Anoressia Nervosa o con Bulimia Nervosa. La domanda di ricerca comprende quindi tutti gli interventi messi in atto dall'infermiere durante l'assistenza al paziente con Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa. L'attenzione è stata posta in particolare sulla fascia adolescenziale poiché rappresenta il periodo in cui il disturbo ha una maggior frequenza di esordio ed è, allo stesso tempo, una fase delicata del processo di separazione-individuazione dell'individuo, nonché di importanti cambiamenti dal punto di vista fisico e psichico alla quale è necessario prestare attenzione.

2.2 PICO

Tabella 1. **PICO**

P	Popolazione pediatrica affetta da disturbi alimentari (6-18 anni)
I	Sviluppo relazionale, educativo e terapeutico
C	/
O	Miglioramento della qualità della vita dopo aver individuato gli interventi con provata efficacia

2.3 Strategia di ricerca e selezione degli articoli rilevanti

La revisione della letteratura è stata effettuata utilizzando gli elementi del PICO (tabella 1).

La ricerca è stata condotta tramite le banche dati di PubMed, Cochrane e Google Scholar. Gli articoli inclusi sono compresi tra il 2009 e il 2023 che

riguardano la popolazione mondiale con età compresa tra i 6 e i 18 anni, con particolare attenzione all'età adolescenziale, in lingua inglese con disponibilità di *full text*.

Le parole chiave sono state utilizzate in combinazione con gli operatori booleani, legati tutti dall'operatore booleano AND, nella ricerca in PubMed e sono "Anorexia Nervosa", "Bulimia Nervosa", "nurse's role", "nurse", "relaxion nurse", "nursing", "eating disorders", "arfid", declinati in Tabella 2 (Allegato 1). Nella ricerca in Cochrane, invece, le parole utilizzate sono state "Anorexia Nervosa", "Bulimia Nervosa" e "nurse's role", dove sono stati applicati i filtri full text e selezionati gli articoli dal 2009 al 2023, nella ricerca condotta in Google Scholar invece i termini utilizzati sono "Anorexia Nervosa" "adolescent" "eating disorder" "Bulimia nervosa" "nurse's role" "relaxion nurse" e selezionati gli articoli dal 2009 al 2023 (Allegato 1, tabella 2).

Nella selezione degli articoli i criteri di esclusione che sono stati applicati sono stati: studi che interessano una popolazione che va oltre i limiti d'età d'interesse (ragazzi con un'età inferiore ai 6 anni e maggiore ai 18), opinioni di esperti, e studi in cui l'AN e la BN non erano la patologia primaria di base. Gli studi che sono stati quindi inclusi sono: studi qualitativi, revisioni sistematiche, meta-analisi e due editoriali.

Nella ricerca sono state consultate le linee guida nazionali ed internazionali, e siti istituzionali come: Ministero della Salute, *FoodInform-Action*, Aidap.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

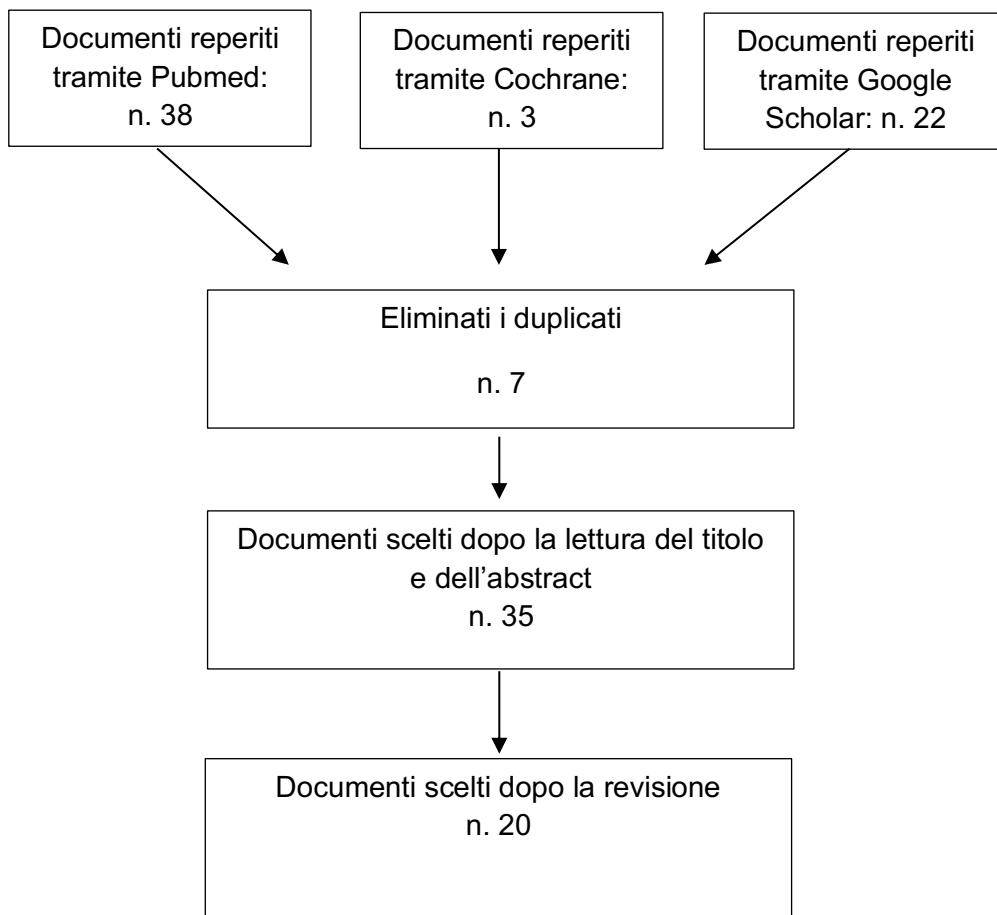


Figura 1 Flow chart della selezione degli articoli

La ricerca effettuata nelle tre banche dati ha ottenuto un risultato di 63 documenti, dove una volta eliminati i duplicati, le versioni disponibili in full text e i documenti non attinenti all'obiettivo posto da questa tesi, quelli selezionati sono 20, di cui 11 revisioni della letteratura, 8 studi qualitativi, 1 case report. Sia il paziente con AN che il paziente con BN può ricevere un trattamento ospedaliero oppure un trattamento ambulatoriale. La maggior parte dei pazienti riceve un trattamento ambulatoriale e dovrebbe essere preso in carico da un team multidisciplinare esperto in questo ambito. I pazienti che necessitano di una maggiore supervisione per perdere peso, aumentare di peso ed evitare comportamenti disfunzionali, o per i quali il trattamento ambulatoriale ha fallito, possono necessitare di un ricovero ospedaliero o in

struttura riabilitativa, o di una presa in carico in regime di *day hospital* o ambulatoriale intensiva (David A. Klein *et al*, 2021). Gli infermieri pertanto svolgono un ruolo fondamentale nel processo di cura, attraverso le interazioni quotidiane con i pazienti, il monitoraggio del peso corporeo e l'implementazione dei protocolli. L'infermiere è un membro indispensabile del team multidisciplinare che si occupa del paziente con DCA e tra gli obiettivi del suo compito vi è anche quello di instaurare e mantenere una buona relazione terapeutica con il paziente; a tal proposito, si ritiene che la coerenza, la disponibilità, l'empatia e la trasparenza siano essenziali per stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica (Karen M. Jennings *et al*, 2017).

Gli infermieri che si dedicano all'assistenza dei pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN) affrontano una sfida particolarmente complessa e per alcuni aspetti unica, in quanto si trovano ad assistere pazienti spesso ambivalenti rispetto alla guarigione, poiché la malattia è un disturbo ego-sintonico che diventa parte integrante dell'identità del paziente. In tale contesto, il conflitto tra gli obiettivi terapeutici dell'infermiere e la natura della patologia del paziente comporta delle implicazioni per la formazione dell'alleanza terapeutica con vissuti di frustrazione, sfiducia e manipolazione. Tali aspetti sono ancora più evidenti durante il periodo di ricovero ospedaliero, in cui i pazienti affetti da AN sono più gravi e quindi gli elementi di angoscia e ambivalenza legati all'aumento di peso corporeo sono ancora più forti; di conseguenza, questi pazienti possono frequentemente intraprendere azioni volte a eludere l'aumento ponderale. Si ritiene importante quindi comprendere tali fattori contestuali che influenzano lo sviluppo e la natura dell'alleanza terapeutica, per meglio affrontare e gestire le sfide che gli infermieri sperimentano nella gestione dei pazienti con AN. (Joel Sebastian Zugai *et al*, 2019).

Secondo gli infermieri e i pazienti con AN, gli interventi infermieristici efficaci includono il monitoraggio e la supervisione dell'aderenza al trattamento, l'offerta di incoraggiamento e supporto, aspetti educativi, interventi per modificare i meccanismi di difesa e promuovere l'adattamento anche rispetto al ruolo del paziente in ambito sociale (Karen M. Jennings *et al*, 2017).

Il paziente che viene ricoverato in ospedale solitamente ha sviluppato una situazione gravemente instabile dal punto di vista medico con un peso corporeo talmente basso da compromettere la propria vita e talvolta può avere pensieri e/o comportamenti suicidari (Barbara E. Wolfe *et al*, 2016). Gli obiettivi di questa tipologia di ricovero, quindi, possono comprendere una maggiore motivazione, un trattamento delle complicanze dal punto di vista fisico, un'educazione alimentare, una motivazione rispetto all'adozione di un comportamento sano che porta alla guarigione e la prevenzione di eventuali ricadute (Barbara E. Wolfe *et al*, 2016). Tra gli obiettivi dell'intervento infermieristico nella presa in carico di questi pazienti, vi è quello di aiutare il paziente a seguire una dieta adeguata tale da far raggiungere un giusto peso: l'infermiere pertanto dovrebbe essere sempre presente, anche come figura di supporto al paziente con AN in questa prima fase del trattamento, in particolare in occasione dell'assunzione dei pasti. Tuttavia, questi interventi risultano efficaci solo se si instaura una relazione terapeutica di fiducia in cui il giovane paziente con AN e BN possa trovare nella figura infermieristica supporto, incoraggiamento e guida. L'infermiere quindi deve prestare molta attenzione, oltre che al recupero fisico, anche agli aspetti psicologici ed emotivi del paziente (Laura Beukers *et al*, 2015).

Nel processo di assistenza, gli infermieri sono chiamati ad approcciarsi in maniera competente al paziente con AN, così da lasciar trasparire nel paziente l'autorevolezza del ruolo svolto al fine di garantire il raggiungimento di uno stato di salute adeguato connesso al raggiungimento di un peso compatibile al loro BMI normale. Tuttavia, come sopra menzionato, l'autorità degli infermieri è suscettibile di ostacoli complessi nell'assistenza ospedaliera, soprattutto quando ci si occupa di adolescenti affetti da AN; infatti questi pazienti possono mostrare resistenze al processo di cura, che a loro volta possono generare sensazione di incertezza riguardo all'identità professionale tra gli infermieri coinvolti nel processo di assistenza (Joel Sebastian Zugai *et al*, 2019).

L'assistenza infermieristica viene fornita basandosi su una pianificazione assistenziale, in cui vengono accertate e identificate le diagnosi

infermieristiche, riassunte nell'allegato 3, gli interventi vengono definiti in base alle esigenze dei pazienti, al piano terapeutico scelto e ponendosi degli obiettivi da raggiungere (Barbara E. Wolfe *et al*, 2016). L'infermiere può avvalersi dell'utilizzo del questionario SCOFF (tabella 3) che, nonostante sia stato validato solamente per l'uso con adulti, può offrire un quadro di riferimento per l'effettuazione dello screening. Parimenti, è cruciale effettuare regolarmente la misurazione del peso, dell'altezza e del IMC e registrarli su curve di crescita adeguate. Le deviazioni dalla norma sono più facilmente individuabili mediante un'analisi visuale, poiché l'insufficienza nutrizionale può riflettersi in una diminuzione dei percentili relativi all'altezza o al peso, piuttosto che in una reale perdita di peso. Allo scopo di monitorare adeguatamente l'evoluzione nel tempo delle misurazioni di peso, altezza e BMI e confrontarle con normative di crescita appropriate per l'età, è opportuno ricorrere a curve di crescita specifiche (David S. Rosen, 2010).

1. Ti senti male perché ti senti fastidiosamente pieno?
2. Temi di aver perso il controllo su quanto mangi?
3. Hai perso di recente più di 1 stone (6,3 kg o 14 libbre) in un periodo di 3 mesi?
4. Credi di essere grasso quando gli altri dicono che sei troppo magro?
5. Diresti che il cibo domina la tua vita?

Tabella 3 – Questionario SCOFF: Dovrebbe essere assegnato un punto per ogni risposta positiva; un punteggio ≥ 2 indica una probabilità di AN o BN

In uno studio condotto da Joyce van Ommen *et al* (2009), si ritiene opportuno che l'assistenza infermieristica rivolta a questa tipologia di pazienti sia suddivisa in tre fasi:

- nella *prima fase* gli infermieri supportano i pazienti con AN sul ripristino di un corretto modello alimentare e di esercizio fisico. Fin dal primo giorno l'infermiere sollecita e invita il paziente a partecipare a sessioni di pasto di gruppo, che si è vista essere un'attività di aiuto per il paziente per la ripresa di una corretta alimentazione. All'inizio queste sessioni di gruppo possono creare disagio e il paziente può manifestare resistenza verso questa attività e verso

l'infermiere presente. Il pasto di gruppo viene vissuto come momento di notevole stress, sia per l'angoscia del paziente di assumere cibo e incrementare di peso che per le limitazioni temporali del pasto stesso che deve essere concluso entro 20-30 minuti, tuttavia, dopo un paio di settimane i pazienti considerano utili per il loro processo di guarigione le azioni messe in atto dagli infermieri in questa fase. I pazienti hanno evidenziato, inoltre, come sia importate, in un primo momento, ricevere anche tutte le informazioni da parte del personale infermieristico sull'anoressia, in particolare anche sulle possibili conseguenze fisiche. In questa prima fase è importante la figura dell'infermiere anche per il ruolo di supporto nelle interazioni del paziente con il resto del gruppo, e quindi nel favorire gli aspetti relazionali. Dalla letteratura emerge inoltre come la disponibilità, il coinvolgimento, la perseveranza e la chiarezza contribuiscano a creare una buona alleanza tra personale infermieristico e il paziente.

- Nella *seconda fase* gli obiettivi sono: riprendere una quotidianità adeguata all'età in termini di ripresa della frequenza scolastica e di relazioni sociali, fare in modo che il paziente diventi più responsabile sugli introiti alimentari e sull'esercizio fisico. Durante questa fase l'infermiere ha un ruolo importante poiché aiuta, supervisiona e supporta dal punto di vista pratico il paziente nella preparazione del proprio piano alimentare e questo aspetto viene riferito dai pazienti come molto incoraggiante nel processo di guarigione. Nel corso della degenza svolgere queste attività con il supporto anche pratico degli infermieri è considerata una fase molto significativa dal paziente in quanto il personale infonde fiducia in loro stessi e al tempo stesso il paziente si sente anche più a proprio agio nel condividere con l'operatore dubbi o paure rispetto alla malattia. Infatti, nella relazione infermiere paziente un aspetto importante è la fiducia reciproca e in questa fase in cui il paziente percepisce di aver riacquisito la capacità di gestire il proprio schema alimentare e di esercizio fisico sotto la supervisione di un'infermiera, percepisce anche la speranza di poter effettivamente riconquistare la fiducia dei propri familiari e amici.

In questa fase il paziente potrà tornare a casa durante i fine settimana, traguardo molto importante in prospettiva di una graduale ripresa della normalità.

- La *terza fase* invece è quella finale del trattamento, e viene definita dai pazienti come molto importante per la preparazione alla dimissione; in questo momento del processo di cura, i pazienti gestiscono in gran parte in autonomia le proprie abitudini alimentari e l'esercizio fisico. Il ritorno alla normale vita quotidiana per questi pazienti è molto preoccupante, essi temono di non riuscire ad affrontare le situazioni difficili a cui possono andare incontro, ed in questi momenti di maggior difficoltà, la figura dell'infermiere è un sostegno essenziale, in quanto può infondere coraggio al paziente in modo tale che riesca a mettere in atto tutto ciò che ha imparato durante la degenza in reparto. La possibilità di coinvolgere i familiari durante i pasti assistiti in reparto è un aspetto fondamentale in quanto facilita l'applicazione delle stesse regole anche in ambiente domestico; tale esperienza riduce il rischio di perdita di peso dalla dimissione e diminuisce i conflitti familiari.

È importante che il paziente venga reintrodotta a condurre una vita normale gradualmente, avendo sempre un supporto da parte del personale infermieristico con cui possono condividere le proprie preoccupazioni, difficoltà relative anche alla ripresa dei contatti sociali con un "nuovo corpo" e alla paura del rifiuto.

Gradualmente si riduce quindi anche il tempo di permanenza in ospedale, con un aumento dei permessi di uscita, favorendo la ripresa delle attività scolastiche nella propria scuola durante il giorno e un rientro in struttura alla sera. Infine, dopo un programma di trattamento residenziale ospedaliero, è possibile un passaggio ad una presa in carico ambulatoriale intensiva.

Durante la degenza, in situazioni di estrema necessità, quando il paziente non riesce ad assumere per os i nutrienti di cui necessita, è presente un supporto di nutrizione artificiale somministrando miscele nutrizionali per via enterale tramite sondino naso-gastrico (SNG), che deve essere posizionato da un infermiere. È emerso però come l'applicazione di questo presidio sia molto spiacevole per gli operatori, infatti in uno studio si sottolinea come il personale

infermieristico definisca il contenimento manuale del paziente e l'inserimento del SNG come un'esperienza traumatizzante, vissuta come "angosciante" sia per l'infermiere che per il paziente. Il personale tuttavia riporta difficoltà non solo dal punto di vista emotivo ma anche a livello fisico per l'applicazione manuale di tale contenzione, in particolar modo nei casi in cui il paziente è aggressivo e mostra resistenza: gli infermieri infatti riferiscono frequenti aggressioni sia fisiche, come calci, pugni e graffi, che verbali durante questa procedura. Secondo il personale infermieristico, per superare al meglio queste situazioni è importante trovare delle strategie di coping, in particolare con modalità di distacco, ad esempio pensando a qualcosa di più rilassante durante l'esecuzione della contenzione forzata per l'inserimento del SNG, pur mantenendo sempre alta la concentrazione. Si ritiene quindi che sia importante supportare il team che è in prima linea nel trattamento di questi pazienti, dati gli elevati livelli di stress sia emotivo che fisico, attraverso un'adeguata formazione per la contenzione manuale ed effettuando un debriefing successivamente alla procedura; a tal proposito ancora una volta si sottolinea l'importanza della collaborazione tra tutto il team multidisciplinare per una buona riuscita della pratica e per ottenere risultati positivi (Michael Kodua *et al*, 2020).

In uno studio condotto da Margherita Funari (2013) in America, emerge il ruolo importante svolto dall'infermiere scolastico, figura che potrebbe essere coinvolta nell'educazione preventiva promuovendo un'immagine corporea positiva fin dai primi anni scolastici e fornendo alcune strategie educative (es. non deridere altre persone per l'aspetto fisico o il peso corporeo, trovare altre strategie di coping nei momenti di tristezza e rabbia piuttosto che saltare i pasti).

Con gli studenti adolescenti, di età compresa tra i 12 e i 18 anni, gli infermieri scolastici possono svolgere una funzione più educativa e di sensibilizzazione sui disturbi alimentari. Possono organizzare per gli studenti delle sessioni di studio informativo sul concetto di salute, della diversità di forme e dimensioni di ogni corpo, sui modelli alimentari disfunzionali, di analisi critica nei confronti di pubblicità che promuovono un certo tipo di immagine corporea e rispetto

all'idealizzazione culturale della magrezza. Nel contesto scolastico inoltre gli infermieri possono avviare gruppi di sostegno fra studenti con la finalità di aiuto dei ragazzi che presentano difficoltà rispetto all'accettazione del proprio corpo o franchi disturbi alimentari; inoltre contrastano l'autorizzazione di attività scolastiche che possono contribuire ad una patologica perdita di peso.

L'infermiere scolastico svolge anche un ruolo attivo nell'educazione degli insegnanti e dei genitori, attraverso sessioni di formazione e distribuzione di materiale didattico, per identificare disturbi alimentari come Anoressia e Bulimia, poiché è evidente come sia fondamentale l'avvio di un intervento precoce.

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Dalla letteratura, è evidente come l'incidenza dei disturbi alimentari, quali l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN), e i ricoveri per questo tipo di disturbi abbiano registrato un notevole incremento con lo sviluppo della pandemia da Covid-19.

Nell'equipe multidisciplinare coinvolta nella presa in carico del paziente affetto da AN e BN, la figura dell'infermiere è definita, in letteratura, come fondamentale per il processo di guarigione del paziente.

Un recente studio condotto in Italia da Chiara Foà *et al.*(2019) ha evidenziato l'efficacia della figura dell'infermiere case/care manager fin dal momento in cui il paziente si presenta in pronto soccorso. Questo professionista specializzato può fornire un supporto immediato e gestire l'urgenza, fino al momento del ricovero in reparto, dove svolge un ruolo centrale come punto di riferimento per le famiglie e gli operatori sanitari. Questo professionista monitora e pianifica l'assistenza in modo efficiente e tempestivo per preservare il benessere del paziente. Tra gli obiettivi dell'operato dell'infermiere troviamo la comunicazione, la definizione degli obiettivi di trattamento e l'attuazione di interventi per aspetti emotivi, sociali ed educativi. Pertanto, l'infermiere case/care manager nella pratica clinica, dovrebbe praticare l'ascolto attivo e al contempo dare indicazioni, risolvere eventuali divergenze tra paziente ed equipe multidisciplinare e famiglia.

Infatti, la relazione terapeutica centrata sull'alimentazione si configura quindi come una componente di primaria importanza in questo contesto e parallelamente, riveste un ruolo di rilevanza fondamentale il supporto fornito ai genitori dei pazienti affetti da disturbi alimentari. Tale sostegno comprende aspetti educativi rispetto ai disturbi alimentari che colpiscono i loro figli e un sostegno emotivo durante il periodo di ricovero.

Inoltre, l'infermiere case/care manager potrebbe occuparsi della continuità dell'assistenza, garantendo una transizione più fluida dall'ospedale al territorio e migliorando l'*outcome* e la qualità della vita dei pazienti affetti da disturbi alimentari

Dagli studi si evince quanto instaurare un rapporto di fiducia con il paziente sia essenziale fin dall'inizio del trattamento e per tutta la durata del percorso riabilitativo. Anche l'ascolto e il continuo supporto per tutta la durata del trattamento dei bambini e adolescenti con ED da parte degli operatori coinvolti, sono indispensabili per una maggior comprensione del quadro clinico e un esito positivo del processo di cura.

Essendo spesso percorsi terapeutici molto lunghi che mirano a raggiungere un graduale recupero ponderale, il professionista deve garantire massimo impegno, concentrazione e pazienza per tutto l'iter intrapreso del paziente. Evidenze dimostrano come l'efficacia del trattamento ospedaliero sia associata all'empatia dimostrata dal personale infermieristico nei confronti del paziente: la percezione del paziente di resistenza o negazione nei confronti del proprio disturbo da parte del personale può infatti ostacolare lo sviluppo di una proficua alleanza terapeutica. È altresì noto come in questo tipo di pazienti risulti difficoltoso instaurare e mantenere un'alleanza terapeutica: un elemento determinante in tal senso è legato alla capacità dell'infermiere di limitare interazioni negative e potenzialmente dannose per il paziente.

L'instaurazione di una buona relazione terapeutica rappresenta inoltre un tassello indispensabile per l'assistenza del paziente durante l'alimentazione.

Durante questa fase l'infermiere ha un ruolo importante, infatti fin dall'arrivo in reparto del paziente, lo assiste in prima persona durante il momento del pasto, sia per la gestione nel quotidiano degli orari che delle modalità di assunzione del cibo, monitora (talora, se necessario, anche attivamente vietando al

paziente) l'attività fisica e l'accesso al bagno nel periodo immediatamente successivo ai pasti.

È emerso come un equilibrio tra vicinanza al paziente, ma mantenendo anche un certo distacco, sia una componente essenziale per il processo di cura dei pazienti, consentendo loro di riacquistare gradualmente il controllo su schemi alimentari ed esercizio fisico, apprendendo nuove strategie per far fronte al disturbo alimentare. Nell'ambito delle risorse a loro disposizione, i pazienti hanno inoltre riconosciuto il valore cruciale di poter continuare a interagire con il personale infermieristico per poter condividere dubbi, preoccupazioni e discutere le loro esperienze recenti.

Quando compare un miglioramento clinico e il paziente dimostra di aver compreso e aver acquisito un adeguato comportamento alimentare e i giusti esercizi da eseguire durante l'attività fisica, gradualmente si possono ridurre le limitazioni imposte al paziente e si restituisce loro la responsabilità di gestire questi aspetti a seconda delle loro capacità.

La figura dell'infermiere scolastico trattata nello studio di Margherita Funari (2013) impegnato nell'ambito della prevenzione e dell'educazione, non solo dei bambini e degli adolescenti, ma anche delle famiglie, è una figura totalmente assente in Italia, di conseguenza sono tutti interventi di prevenzione primaria che possono risultare utili per la prevenzione allo sviluppo di queste malattie

Nello studio condotto da Michael Kodua *et al* (2020) si può notare come per l'infermiere trovare delle strategie di coping anche in alcuni aspetti della gestione pratica di questi pazienti sia fondamentale. Uno dei momenti più difficili nella presa in carico dei pazienti con ED sembra essere la contenzione fisica finalizzata al posizionamento del SNG, procedura invasiva per cui spesso l'infermiere durante l'intera durata del procedimento si sente costretto ad estraniarsi e a mantenere un certo distacco e i sentimenti provati

evidenziano la sensazione di grande tensione emotiva e di grande responsabilità durante l'esecuzione della procedura. È inoltre importante sottolineare come anche per la pratica clinica sia fondamentale ricevere supporto, avere un'adeguata formazione ed essere in continuo aggiornamento.

Nell'ambito della pratica clinica dell'infermiere, è fondamentale riconoscere che il trattamento del paziente non si limita esclusivamente alla dimensione fisica. Gli studi presi in considerazione hanno chiaramente dimostrato che l'aspetto psicologico e psicosociale riveste un ruolo cruciale e deve essere considerato con la stessa importanza attribuita alla componente fisica.

Si evince che, se non si compie un cambiamento significativo nel comportamento del paziente a livello psicologico, i risultati auspicati non potranno mai essere raggiunti dato che è importante focalizzarsi anche sull'aspetto psicologico, affidandosi ad uno specialista, oltre che sull'aspetto fisico della malattia per ottenere un risultato.

4.1 Limiti della ricerca

La ricerca bibliografica ha condotto a un numero limitato di risultati e in particolare sono assenti linee guida; questo concretamente può rappresentare un ostacolo per una formazione adeguata e gli aggiornamenti del personale infermieristico rispetto alla pratica clinica.

In particolare è emerso come la ricerca sul ruolo dell'infermiere nei pazienti con Bulimia Nervosa abbia condotto a minor risultati, rispetto alla ricerca nei pazienti con Anoressia Nervosa, in particolare in merito all'aspetto pratico dell'operato infermieristico in regime di degenza ospedaliera. Inoltre la maggioranza degli articoli prende in esame il genere femminile piuttosto che il genere maschile.

Nonostante un aumento esponenziale dei ricoveri per ED, l'approfondimento sui pochi documenti esistenti, soprattutto quelli aggiornati, risulta essere

ancora piuttosto limitato. Emerge inoltre un rilevante grado di disomogeneità nella tipologia dei documenti rinvenuti durante la ricerca: essi spaziano da studi qualitativi ad articoli di revisione. Risulta, pertanto, significativo notare che la raccolta delle prove non ha consentito di reperire revisioni sistematiche, trial clinici e meta-analisi che rappresentano le fonti di evidenza più affidabili all'interno della gerarchia delle prove scientifiche.

Non sono state individuate linee guida o articoli *Evidence-Based Nursing* (EBN) specificamente focalizzati sull'assistenza infermieristica rivolta ai bambini e agli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN). Questo aspetto contribuisce a rendere gli interventi precedentemente descritti privi di una comprovata efficacia e costituisce un ostacolo alla formulazione di una pratica infermieristica omogenea e basata sulle migliori evidenze disponibili. È importante sottolineare anche la provenienza degli articoli, la quasi totalità è ambientata in realtà estere, in particolare in quella anglosassone e americana (Inghilterra e Stati Uniti d'America), solo uno studio è stato condotto in India.

Si può quindi notare come la realtà italiana sia ben poco documentata e poco al passo con gli altri Paesi in tale ambito.

4.2 CONCLUSIONI

La presente revisione sottolinea l'importante e centrale ruolo svolto dall'infermiere nell'assistenza ai giovani affetti da Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN).

Nei paesi anglosassoni, queste attività infermieristiche legate ai disturbi alimentari hanno una lunga tradizione di sviluppo ed implementazione. In contrasto, in Italia, questo settore è ancora in fase di sviluppo e gli studi sono ancora limitati. Questa gestione più efficiente ed efficace dell'assistenza sanitaria rappresenterebbe un passo avanti significativo nell'ambito della cura di tali pazienti.

In conclusione, emerge chiaramente la necessità di un approfondimento ulteriore e della formulazione di linee guida unificate a livello internazionale che possano garantire un elevato standard di assistenza al paziente e promuovere l'utilizzo di buone pratiche infermieristiche costantemente aggiornate in questo ambito.

BIBLIOGRAFIA

Bakker, René, et al. "Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 24, no. 1, 28 Jan. 2011, pp. 16–22, <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x>.

Basu, Debasish, and Kaustav Chakraborty. "Management of Anorexia and Bulimia Nervosa: An Evidence-Based Review." *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 52, no. 2, 2010, p. 174, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64596>.

Beukers, Laura, et al. "Restoring Normal Eating Behaviour in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Video Analysis of Nursing Interventions." *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 24, no. 6, 30 July 2015, pp. 519–526, <https://doi.org/10.1111/inm.12150>.

Bhattacharya, Anushua, et al. "Chapter 24 - Feeding and Eating Disorders." ScienceDirect, Elsevier, 1 Jan. 2020, DSM-5, <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00026-6>

Dalle Grave, Riccardo. "CBT-E | Dr. RICCARDO DALLE GRAVE." Dr. Riccardo Dalle Grave, www.dallegrave.it/cbt-e/#:~:text=La%20CBT%2DE%20ha%20dimostrato%20risultati%20promettenti%20per%20il%20trattamento.

Delaney, Charlotte B., et al. "Pica and Rumination Behavior among Individuals Seeking Treatment for Eating Disorders or Obesity." *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, no. 2, 11 Apr. 2014, pp. 238–248, <https://doi.org/10.1002/eat.22279>.

Foà, Chiara, et al. "The Case/Care Manager in Eating Disorders: The Nurse's Role and Responsibilities." *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, vol. 90, no. Suppl 11, 2019, pp. 17–28, <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8989>.

FOOD INFORM-ACTION Settore E Area Di Intervento Educazione E Promozione Culturale -Sportelli Informa, <https://www.bulimianoressia.it/wp-content/uploads/2019/10/ServizioCivile-FoodInformAction.pdf>

Funari, Margaret. "Detecting Symptoms, Early Intervention, and Preventative Education." *NASN School Nurse*, vol. 28, no. 3, 13 Feb. 2013, pp. 162–166, <https://doi.org/10.1177/1942602x12473656>.

Giel, Katrin E., et al. "Binge Eating Disorder." *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 8, no. 1, 17 Mar. 2022, <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>.

Harrington, Brian C., et al. "Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa." *American Family Physician*, vol. 91, no. 1, 1 Jan. 2015, pp. 46–52, DSM-5
www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0101/p46.html#afp20150101p46-b12.

Herpertz-Dahlmann, Beate. "Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa." *Nutrients*, vol. 13, no. 4, 13 Apr. 2021, p. 1265,
<https://doi.org/10.3390/nu13041265>.

Herpertz-Dahlmann, B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 30, no. 6, Nov. 2017, pp. 438–445 <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000357> .

Herpertz-Dahlmann, Beate, and Brigitte Dahmen. "Children in Need—Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa." *Nutrients*, vol. 11, no. 8, 16 Aug. 2019, p. 1932,
<https://doi.org/10.3390/nu11081932>.

Hoste, Renee Rienecke, et al. "Adolescent Bulimia Nervosa." *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, no. 4, 22 May 2012, pp. 391–397,
link.springer.com/article/10.1007/s11920-012-0280-0,
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0280-0>.

Jennings, Karen M. "The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa." *Advances in Nursing Science*, vol. 40, no. 4, 2018, pp. 370–383,
<https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000175>.

Karpowicz, Ewa, et al. "Self-Esteem in Patients Treated for Anorexia Nervosa." *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 18, no. 5, Oct. 2009, pp. 318–325, <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x>.

Klein, David A., et al. "Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management." *American Family Physician*, vol. 103, no. 1, 1 Jan. 2021, pp. 22–32, www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0101/p22.html.

Kodua, Michael, et al. "Nursing Assistants' Experiences of Administering Manual Restraint for Compulsory Nasogastric Feeding of Young Persons with Anorexia Nervosa." *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 29, no. 6, 24 June 2020, pp. 1181–1191, <https://doi.org/10.1111/inm.12758>.

Peterson, Kathleen, and Rebecca Fuller. "Anorexia Nervosa in Adolescents." *Nursing*, vol. 49, no. 10, Oct. 2019, pp. 24–30, , <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000580640.43071.15>.

Rosen, D. S. "Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents." *PEDIATRICS*, vol. 126, no. 6, 29 Nov. 2010, pp. 1240–1253, <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2821>.

Ruocco, Giuseppe, et al. Ministero Della Salute "RACCOMANDAZIONI in PRONTO SOCCORSO per UN CODICE LILLA" Gruppo Di Lavoro. 2018.Salute, Ministero della. "Disturbi Dell'alimentazione." [Www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), 13 Mar. 2023, www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4470&area=indennizzo&menu=vuoto.

van Ommen, Joyce, et al. "Effective Nursing Care of Adolescents Diagnosed with Anorexia Nervosa: The Patients' Perspective." *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 20, 2009, pp. 2801–8, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x>.

Wolfe, Barbara E., et al. "Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder." *Nursing Clinics of North America*, vol. 51, no. 2, June 2016, pp. 213–235, <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.006> .

Zugai, Joel Sebastian, et al. "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*, vol. 28, no. 4, 31 Mar. 2019, <https://doi.org/10.1111/inm.12595>

ALLEGATO 1

Tabella II. Stringhe di ricerca

Banca dati	MESH	Filtri	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Titolo articolo selezionato
PUBMED	("Anorexia Nervosa"[Mesh]) AND "Anorexia Nervosa/nursing"[Mesh]	Full text	4	2	T. I: The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa T. II: Anorexia nervosa in adolescents: An overview

PUBMED	("Anorexia Nervosa"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]	Full text, from 2009 to 2023 , child: 6-12 years, adolescent: 13-18 years	13	4	<p>T. I: Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective</p> <p>T. II: Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa.</p> <p>T. III: Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa</p> <p>T.IV: Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry</p>
PUBMED	("Anorexia Nervosa"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]	Full text, from 2009 to 2023, child: 6-12 years, adolescent: 13-18 years	5	1	<p>T. I: Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions</p>

PUBMED	("Nursing"[Mesh]) AND "Anorexia Nervosa"[Mesh]	Full text, last 10 years, child: 6-12 years, adolescent: 13-18 years	5	2	<p>T. I: Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions.</p> <p>T. II: Detecting symptoms, early intervention, and preventative education: eating disorders & the school-age child.</p>
PUBMED	("Anorexia Nervosa"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]	Full text, from 2009 to 2023, child: 6-12 years, adolescent: 13-18 years	3	/	

PUBMED	("Arfid" [Mesh]) AND "Child" [Mesh]	Full text, from 2009 to 2023	2	/	
PUBMED	("Bulimia nervosa"[Mesh]) AND "adolescent" [Mesh]	Full text, from 2009 to 2023, child: 6-12 years, adolescent: 13-18 years	6	2	T. I: Feeding and eating disorders T.II : Management of anorexia and bulimia nervosa an evidence-based review
COCHRANE	Anorexia nervosa	Last 10 years	3	/	

GOOGLE SCHOLAR	Nurse's role Anorexia nervosa	From 2009 to 2023	6	2	<p>T. I: Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa</p> <p>T. II : Nursing assistants' experiences of administering manual restraint for compulsory nasogastric feeding of young persons with anorexia nervosa</p>
GOOGLE SCHOLAR	Nurse's role Bulimia Nervosa	From 2009 to 2023	5	2	<p>T. I: Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives</p> <p>T.II : The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse's role and responsibilities</p>

GOOGLE SCHOLAR	Anorexia nervosa treatment	From 2009 to 2023	2	/	
GOOGLE SCHOLAR	Pica	From 2009 to 2023	1	1	T.I : Pica and Rumination Behavior among Individuals Seeking Treatment for Eating Disorders or Obesity

GOOGLE SCHOLAR	Eating disorder	From 2009 to 2023	3	3	T.I : Binge Eating Disorder T.II.: Nursing care consideration for the hospitalized patient with an eating disorder T.III.: Identification and management of eating disorders in children and adolescents
GOOGLE SCHOLAR	Bulimia nervosa adolescent	From 2009 to 2023	5	1	T.I : Adolescent Bulimia Nervosa

ALLEGATO 2

Tabella III. Tabella riassuntiva degli articoli inclusi nella revisione della letteratura

N°	Autore, titolo dell'articolo e anno di pubblicazione	Campione, disegno e setting	Obiettivi	Risultati e Conclusioni
1	K. M. Jennings "The Roy adaptation model: A theoretical framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa", 2017	Revisione di letteratura e case report	L'obiettivo di questo articolo è fornire una sintesi del Roy Adaptation Model (RAM) come quadro teorico per una comprensione più approfondita degli individui affetti da Anoressia Nervosa (AN) mentre attraversano il processo di ripristino del peso corporeo durante il trattamento acuto, che può includere il ricovero ospedaliero e la residenza. Inoltre, l'articolo esamina il ruolo cruciale degli interventi	I risultati ottenuti valutano come l'infermiere possa essere d'aiuto per il trattamento dell'Anoressia Nervosa, effettuando un continuo monitoraggio del peso, dell'attività fisica e dell'apporto calorico. In conclusione si definisce che È imperativo condurre studi di ricerca mirati per valutare l'efficacia degli interventi infermieristici proposti e il loro impatto significativo sui risultati del trattamento. Inoltre, è necessario investigare ulteriormente l'aderenza del Modello di Ristabilimento dell'Accettazione (RAM) al contesto pratico, allo scopo di rafforzare la sua validità nell'ambito clinico. Inoltre, è essenziale focalizzare l'attenzione sulla comprensione delle potenziali sfide che possono emergere nell'applicazione pratica di tali interventi. Oltre a ciò, sono richiesti studi di ricerca approfonditi per esplorare la relazione tra diverse variabili, tra cui la difficoltà nella regolazione delle emozioni, l'autonomia, il senso di controllo e la sopravvalutazione di forma e peso, nel contesto del processo di ripristino del peso tra gli individui affetti da Anoressia Nervosa (AN) durante il trattamento acuto. Tale analisi può contribuire a una migliore

			infermieristici nel facilitare e promuovere il ripristino del peso in questa popolazione	comprensione dei fattori che influenzano il successo del trattamento e aiutare a informare le pratiche cliniche future
2	J. S. Zugai, J. Stein-Parbury, M. Roche “Dynamics of nurses’ authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives”, 2019	Studio qualitativo	L’obiettivo di questo studio è di esplorare la percezione degli infermieri riguardo l’autorità nella cura dei pazienti con AN	I risultati di questo studio mettono in luce la vulnerabilità della posizione di autorità degli infermieri nell'ambito del trattamento dei pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN). Gli infermieri devono essere consapevoli della delicatezza delle loro interazioni con i pazienti al fine di preservare la loro capacità di adempiere ai compiti assegnati senza essere compromessa L'assistenza infermieristica rivolta agli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa (AN) rappresenta una sfida complessa, in quanto gli infermieri possono trovare difficile prendersi cura di individui con i quali è probabile che non condividano un concetto condiviso di benessere. I pazienti affetti da AN adottano una varietà di strategie per contrastare l'aumento di peso, che vanno ben oltre gli sforzi fisici come la restrizione alimentare e l'esercizio fisico nascosto. Come conseguenza diretta del disturbo, è probabile che emergano comportamenti guidati dall'ansia, finalizzati a mitigare l'aumento di peso che gli infermieri cercano di promuovere attraverso il loro ruolo di autorità nell'ambito del trattamento.
3	B. E. Wolfe, J. P. Dunne,	Revisione della letteratura	L’obiettivo di questo articolo è di offrire	L'assistenza infermieristica efficace per i pazienti ospedalizzati affetti da disturbi alimentari richiede una

	M. R. Kells “Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder”, 2016		una panoramica delle caratteristiche cliniche comunemente riscontrate nei disturbi alimentari che richiedono l'assistenza ospedaliera. Inoltre, delinea le principali aree di valutazione e intervento infermieristico durante il periodo di ricovero.	valutazione completa del loro stato. Il ricovero ospedaliero è considerato appropriato per la maggior parte dei pazienti con disturbi alimentari acuti che manifestano compromissione del funzionamento, grave malnutrizione, comorbilità o che presentano un aumentato rischio di instabilità medica. L'assistenza infermieristica ospedaliera viene adattata alle esigenze specifiche di ciascun individuo al fine di ottimizzare il loro stato di salute
4	A.Bhattacharya, L. DeFilipp, C. A. Timko “Feeding and eating disorders”, 2020	Revisione della letteratura	L’obiettivo di questo articolo è di indagare i disturbi alimentari, per un riconoscimento precoce e un trattamento rapido	I trattamenti per i Disturbi dell'Alimentazione (DE) possono variare in base alla diagnosi specifica, ma generalmente si concentrano sull'obiettivo di raggiungere la stabilità medica, riportando l'individuo a un peso congruente con la sua traiettoria di crescita, riducendo i comportamenti di abbuffata e i meccanismi compensatori, e affrontando le eventuali comorbilità psichiatriche attraverso terapie e farmacoterapia. È essenziale promuovere la ricerca continua al fine di approfondire la comprensione dell'eziologia e della neurobiologia di questi disturbi cerebrali, al fine di informare e migliorare ulteriormente le opzioni di trattamento disponibili.
5	B. Herpertz-Dahlmann “Intensive Treatments in Adolescent Anorexia	Revisione della letteratura	L’obiettivo di questo articolo è di indagare i processi	Circa il 20%-30% di tutti i pazienti affetti da AN necessitano di un trattamento intensivo (IP, DP o HoT) per migliorare o recuperare. Esistono differenze

	Nervosa”, 2021		psicoterapeutici sui diversi livelli di trattamento dell’anoressia nervosa	significative tra i sistemi sanitari e diverse indicazioni per il trattamento ospedaliero, con conseguente diversa disponibilità di opzioni terapeutiche senza prove sufficienti di quale contesto terapeutico funzioni e per chi
6	K. Peterson, R. Fuller “Anorexia nervosa in adolescents: an overview”, 2019	Case report	L’obiettivo di questo articolo è di esplorare le strategie di gestione e gli interventi infermieristici rivolti agli adolescenti che presentano una diagnosi di AN. Attraverso l’analisi di un caso clinico specifico, il presente articolo focalizza la sua attenzione sull’Anoressia Nervosa (AN) negli adolescenti, esaminando dettagliatamente gli attuali approcci terapeutici e gli interventi infermieristici ritenuti appropriati per questa	L’Anoressia Nervosa (AN) può condurre a una serie di complicazioni, principalmente dovute alla malnutrizione associata alla perdita di peso, che possono interessare virtualmente tutti i sistemi organici. È ampiamente riconosciuto che il trattamento dell’AN richiede un approccio multidisciplinare, che comprende la riabilitazione nutrizionale, la psicoterapia cognitivo-comportamentale e la terapia familiare. Tuttavia, la ricerca ha indicato che tali approcci terapeutici possono essere particolarmente efficaci nella fase di mantenimento del peso. Gli infermieri rivestono un ruolo cruciale in questo contesto, poiché sono fondamentali nell’identificare gli adolescenti a rischio e nel promuovere l’inizio di un trattamento precoce, contribuendo così a migliorare le prospettive di recupero per questa popolazione.

			popolazione	
7	J. van Ommen, E. L. Meerwijk, M. Kars, A. van Elburg, B. van Meijel “Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients’ perspective”, 2009	Studio qualitativo	L'obiettivo principale di questa indagine è la formulazione di un modello teorico preliminare, visto dal punto di vista dei pazienti, al fine di spiegare l'efficacia dell'assistenza infermieristica ospedaliera rivolta agli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa (AN)	I partecipanti coinvolte nello studio hanno attestato un contributo significativo da parte degli infermieri nel loro processo di recupero dall'Anoressia Nervosa (AN). Dall'analisi dei dati emersi, sono emersi tre temi ricorrenti: normalizzazione, struttura e responsabilità. È interessante notare che l'attenzione dell'assistenza infermieristica nei confronti di questi temi ha subito variazioni significative durante le diverse fasi del processo di recupero. In conclusione, basandosi sulle esperienze dei pazienti, è stato sviluppato un modello teorico che fornisce una descrizione dettagliata dell'assistenza infermieristica efficace per gli adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa. I partecipanti hanno identificato i componenti chiave di questo modello come fondamentali per il loro recupero nel contesto del ripristino del peso corporeo
8	R. Bakker, B. van Meijel, L. Beukers, J. van Ommen, E. Meerwijk, A. van Elburg “Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The	Studio qualitativo	Lo scopo primario di questa ricerca è identificare, attraverso le prospettive degli infermieri, gli aspetti dell'assistenza infermieristica ritenuti più efficaci nel facilitare il raggiungimento di un	Gli infermieri sostengono di occupare una posizione cruciale nella guida dei pazienti affetti da Anoressia Nervosa verso un percorso di recupero del peso. È ampiamente riconosciuto che una relazione terapeutica di qualità rappresenta un elemento fondamentale per l'efficace attuazione degli interventi infermieristici specifici nelle aree dell'alimentazione e dell'esercizio fisico, nonché nel fornire supporto sociale e consulenza ai genitori dei pazienti. In conclusione, i risultati emersi da questa ricerca possono essere utilizzati come base

	Nurses' Perspective on Effective Interventions", 2011		peso corporeo normale negli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa	per la definizione di interventi infermieristici più approfonditi, il cui successo può essere oggetto di verifica mediante ulteriori studi di follow-up.
9	B. Herpertz-Dahlmann "Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry", 2017	Revisione di letteratura	La ricerca recente nel campo del trattamento multimodale dei disturbi alimentari nell'ambito della psichiatria infantile e dell'adolescenza ha registrato un significativo aumento di studi randomizzati controllati e di revisioni sistematiche. Questa revisione si propone di presentare i risultati rilevanti pubblicati negli ultimi due anni relativi all'approccio terapeutico combinato, che comprende interventi medici e psicologici, per i disturbi dell'alimentazione, tra	Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, recenti rapporti hanno delineato l'efficacia di diverse impostazioni di trattamento, diverse durate di degenza ospedaliera e variazioni nei programmi di rialimentazione con differenti apporti calorici. Nel caso dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa, una serie di studi randomizzati e controllati ha esaminato e confrontato diversi approcci terapeutici sia individuali che familiari. Per quanto riguarda la nuova definizione di ARFID (Disturbo Evitante/Restruttivo dell'Assunzione di Cibo), finora sono stati ottenuti solo risultati molto preliminari in merito agli approcci terapeutici, che indicano la necessità di un programma di trattamento multidisciplinare. In sintesi, sebbene siano emerse prove sull'efficacia di nuovi approcci psichiatrici nel trattamento dei disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti, è importante sottolineare che il tasso di recidiva rimane ancora notevolmente elevato. Di conseguenza, è imperativo promuovere ricerche intensive continue al fine di migliorare l'efficacia degli interventi terapeutici in questo settore

			cui l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo Evitante/Restruttivo dell'Assunzione di Cibo (ARFID)	
10	L. Beukers, T. Berends, J. M. de Man-van Ginkel, A. van Elburg, B. van Meijel “Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions”, 2015	Studio qualitativo	L'obiettivo principale di questa indagine è stato quello di fornire una descrizione dettagliata degli interventi infermieristici finalizzati al ripristino del comportamento alimentare normale nei pazienti affetti da Anoressia Nervosa	I risultati emersi da questa ricerca possono essere di notevole aiuto per gli operatori sanitari nell'ottica di migliorare le linee guida multidisciplinari e i programmi di formazione degli operatori nel campo della salute. Dai dati è emersa la presenza di un approccio diretto volto a promuovere il cambiamento comportamentale, caratterizzato da una combinazione di empatia e comprensione nell'interazione con i pazienti
11	M. Funari “Detecting symptoms, early intervention, and preventative education: eating disorders & the school-age child.”, 2013	Revisione della letteratura	L'obiettivo di questo articolo è di indagare come l'infermiera scolastica possa essere d'aiuto ai genitori e ai ragazzi nella prevenzione nell'educazione a riconoscere i disturbi alimentari	L'infermiere scolastico dovrebbe assumere un ruolo attivo nella promozione della consapevolezza e nell'educazione degli insegnanti e dei genitori riguardo all'identificazione precoce dei disturbi alimentari, i quali possono rappresentare condizioni potenzialmente letali. La loro posizione privilegiata, avendo la possibilità di osservare e ascoltare gli studenti quotidianamente, riveste un'importanza cruciale nell'intercettare questi problemi precocemente. Gli infermieri scolastici potrebbero contribuire in modo

				significativo attraverso la conduzione di sessioni di formazione e la distribuzione di materiale educativo mirato
12	M. Kodua, J.M. Mackenzie, N. Smyth “Nursing assistants’ experiences of administering manual restraint for compulsory nasogastric feeding of young persons with anorexia nervosa”, 2020	Studio qualitativo	L’obiettivo di questo studio consiste nell’indagare e comprendere le esperienze degli assistenti infermieristici nell’ambito della somministrazione di contenzione manuale per la procedura di alimentazione nasogastrica obbligatoria in giovani pazienti affetti da Anoressia Nervosa	I risultati emersi da questo studio indicano chiaramente che l’impiego della contenzione manuale per la somministrazione obbligatoria dell’alimentazione nasogastrica in giovani pazienti affetti da Anoressia Nervosa nel Regno Unito rappresenta una pratica che comporta un notevole disagio emotivo per gli assistenti infermieristici. Pertanto, è di fondamentale importanza che il personale che opera in questo contesto riceva adeguata supervisione, sostegno e formazione. Gli assistenti infermieristici hanno comunemente segnalato una serie di effetti negativi legati a questa pratica, tra cui disagio emotivo, esaurimento fisico, lesioni fisiche e persino aggressioni fisiche da parte dei pazienti. Tuttavia, sembra che gli assistenti infermieristici abbiano sviluppato strategie di coping, come il dialogo con colleghi e pazienti in fase avanzata del processo di recupero, nonché il distacco emotivo durante gli episodi di contenzione manuale, per affrontare queste difficoltà
13	K. Chakraborty, D. Basu “Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review”	Revisione della letteratura	L’obiettivo di questo articolo è di indagare sui trattamenti, sia farmacologici che psicoterapeutici che hanno una migliore risposta su Anoressia	Gli studi condotti sulla gestione dell’Anoressia Nervosa (AN) e della Bulimia Nervosa (BN) presentano alcune limitazioni, tra cui la ridotta dimensione dei campioni e il breve periodo di follow-up. Inoltre, in tutti questi studi, non è stato effettuato alcuno sforzo per esplorare i potenziali effetti sinergici derivanti dalla combinazione di farmaci e interventi comportamentali. Questa

			Nervosa e Bulimia Nervosa	mancanza di studi che integrino farmacoterapia ed interventi comportamentali rappresenta una lacuna significativa nella letteratura scientifica riguardante l'Anoressia Nervosa.
14	E. Karpowicz, I. Skärsäter, L. Nevenon “Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa”, 2009	Studio qualitativo	Lo scopo principale di questo studio consisteva nell'analizzare i livelli di autostima in un gruppo di 38 pazienti di sesso femminile, con età compresa tra i 16 e i 25 anni, affetti da Anoressia Nervosa. La valutazione è stata condotta prima dell'inizio del trattamento e successivamente, dopo un periodo di tre mesi di degenza in un reparto specializzato per i disturbi alimentari, situato a Göteborg, in Svezia	I risultati ottenuti da questa ricerca dimostrano l'efficacia del trattamento, poiché si è osservato un aumento significativo sia nell'autostima che nell'Indice di Massa Corporea (BMI) tra i pazienti dopo il completamento del trattamento. Va sottolineato che il miglioramento dell'autostima era uno degli obiettivi primari del trattamento offerto in questo reparto specializzato per i disturbi alimentari. Tuttavia, future ricerche dovrebbero concentrarsi sulla valutazione dei risultati a lungo termine e sull'evoluzione dell'autostima in diversi momenti all'interno del percorso di recupero individuale.
15	K.. E. Giel, C. M. Bulik, F. Fernandez-Aranda, P. Hay, A. Keski-	Revisione della letteratura	Gli obiettivi principali del trattamento per il Disturbo da	I risultati delle indagini neurobiologiche evidenziano una serie di disturbi nei processi di elaborazione della ricompensa, del controllo inibitorio e della regolazione

	<p>Rahkonen, K. Schag, U. Schmidt, S. Zipfel “Binge eating disorder”, 2022</p>		<p>Alimentazione Incontrollata (BED) includono la riduzione o l'eliminazione delle abbuffate e dei sintomi psicopatologici associati, il miglioramento dello stato d'animo e di altri sintomi psichiatrici, il potenziamento degli indicatori metabolici e il miglioramento complessivo della qualità della vita. Va notato che gli obiettivi terapeutici legati alla gestione del peso corporeo, come la stabilizzazione o la riduzione del peso, sono argomenti di dibattito all'interno della comunità scientifica in relazione al trattamento del BED.</p>	<p>delle emozioni in individui affetti da Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED). Questi domini neurobiologici rappresentano obiettivi fondamentali per gli approcci terapeutici emergenti volti al trattamento del BED. Attualmente, la psicoterapia rappresenta l'approccio terapeutico di prima scelta per il trattamento del BED. La rilevanza del BED è aumentata notevolmente grazie alla sua inclusione nella quinta edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali); nonostante ciò, è necessario continuare ad investire sforzi costanti per una migliore comprensione dei meccanismi sottostanti al BED e per il progresso nell'ambito della prevenzione e del trattamento di questo disturbo</p>
--	--	--	--	---

16	B. Herpertz-Dahlmann, B. Dahmen "Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa", 2019	Revisione della letteratura	L'obiettivo di questo articolo è di fornire una panoramica dello stato dell'arte sulla definizione, classificazione, epidemiologia ed eziologia dell'Anoressia Nervosa e del disturbo alimentare evitante restrittivo (ARFID).	Le conseguenze a lungo termine, sia a livello somatico che psicologico, sono di notevole entità e probabilmente influenzano negativamente la vita adulta dei soggetti coinvolti. Al di là delle diverse terapie e interventi, è importante notare che solamente circa la metà dei pazienti riesce a mantenere nel lungo termine il peso corporeo ripristinato. Nel caso dei bambini di età molto giovane affetti da Anoressia Nervosa, non esistono ancora strategie terapeutiche specifiche o contesti adattati alle loro esigenze, e ad oggi sono stati condotti solo pochi studi finalizzati a personalizzare il trattamento per questa fascia di pazienti più giovani
17	R. R. Hoste, Z. Labuschagne, D. Le Grange, "Adolescent Bulimia Nervosa", 2012	Revisione della letteratura	Questo articolo ha l'obiettivo di offrire una sintesi delle ricerche più recenti riguardanti l'epidemiologia, i fattori di rischio, le sfide diagnostiche e gli interventi terapeutici focalizzati sulla Bulimia Nervosa (BN) nell'adolescenza. Inoltre, si prefigge di individuare le aree che necessitano di ulteriori studi e ricerche future.	Le analisi dei dati relativi agli sforzi di reclutamento e di mantenimento condotti all'interno di uno studio clinico randomizzato (RCT) su adolescenti affetti da Bulimia Nervosa (BN) suggeriscono un quadro più incoraggiante rispetto ai tassi di partecipazione e abbandono spesso riscontrati in studi condotti su adulti affetti da Anoressia Nervosa (AN) o BN. Uno studio di ampio respiro basato sulla popolazione statunitense, recentemente condotto [3], ha chiaramente evidenziato l'ampia diffusione dei comportamenti bulimici tra gli adolescenti e il significativo numero di adolescenti che soddisfano i criteri del DSM-IV per la Bulimia Nervosa (BN). Nonostante ciò, la BN rimane un disturbo poco compreso in questo segmento della popolazione giovanile, e mancano linee guida terapeutiche ben definite per gli adolescenti affetti da BN. Questa lacuna

				di conoscenza sottolinea l'urgenza di condurre studi sistematici mirati a questa specifica categoria di pazienti
18	C. Foà , M. Bertuol , L. Deiana , S. Rossi , L. Sarli , G. Artioli, “The Case/Care Manager in Eating Disorders: the nurse’s role and responsibilities”, 2019	Studio qualitativo	Lo scopo dello studio era quello di indagare i ruoli, le attività e le aspettative dell'infermiere e del case/care manager nella cura dei pazienti con DE	Gli infermieri sono incaricati dell'analisi dei bisogni assistenziali dei pazienti e della coordinazione dell'assistenza multiprofessionale, con un approccio caratterizzato dalla massima empatia. La loro "professionalità, competenza, sensibilità e capacità di stabilire relazioni con il paziente e la sua famiglia" sono aspettative condivise da diversi professionisti del settore. Tuttavia, per quanto riguarda la collaborazione interprofessionale, spesso si riscontrano problemi di coordinamento delle azioni dei vari professionisti, decisioni non condivise e una mancata realizzazione dell'effettivo collegamento tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale. In questo processo, il Case/Care Manager (CCM) risulta essere una figura di riferimento condivisa da tutti i soggetti intervistati. In conclusione, nei tre contesti esaminati, nonostante la figura del CCM non fosse presente in modo effettivo, la sua importanza nella gestione del percorso di cura del paziente e come punto di riferimento per gli operatori sanitari veniva riconosciuta. Sembra quindi fondamentale che il ruolo del CCM venga riconosciuto a livello istituzionale, poiché ciò garantirebbe una gestione efficace del percorso clinico e assicurerebbe la continuità e l'appropriatezza delle cure."
19	D. S. Rosen, “Identification and	Revisione della letteratura	L’articolo si pone come obiettivo di	I risultati ottenuti consistono in una identificazione del disturbo alimentare tramite dei questionari effettuati dal

	management of eating disorders in children and adolescents”, 2010		valutare e diagnosticare i disturbi alimentari negli adolescenti e nei bambini	personale infermieristico e dai pediatri grazie alle quali si può procedere ad una diagnosi in base anche ai sintomi iniziali. Infine si può procedere con il trattamento che può essere di tipo ospedaliero o di tipo ambulatoriale.
20	C. B. Delaney , K. T. Eddy, A. S. Hartmann , A. E. Becker , H. B. Murray, J. J. Thomas, “Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity” 2014	Studio qualitativo	La presente indagine ha condotto un'analisi delle caratteristiche cliniche e della prevalenza dei comportamenti di ingestione incontrollata (Pica) e del Disturbo dell'Alimentazione Selettiva (RD) come definiti nel DSM-5, all'interno di una popolazione di individui che stavano cercando trattamenti per disturbi alimentari e obesità	Diversi partecipanti hanno riferito di aver ingerito sostanze non nutritive (ad esempio, ghiaccio) per scopi di controllo del peso. Tuttavia, solo l'1,3% (n = 2; IC 95%: da 0,06% a 5,1%) presso il centro residenziale per disturbi alimentari e lo 0% presso la clinica per la perdita di peso soddisfacevano i criteri DSM-5 per la pica, il consumo di gomme da masticare e plastica.

ALLEGATO 3

Tabella III. D.I. e relativi interventi infermieristici

D.I.	INTERVENTI INFERMIERISTICI
Disturbo dell'immagine corporea	<ul style="list-style-type: none">-Condurre una valutazione della percezione corporea del paziente e delle influenze familiari e sociali che possono contribuire al disturbo.-Favorire un ambiente in cui il paziente si senta libero di esprimere i suoi pensieri, sentimenti e percezioni personali.-Affrontare e correggere eventuali convinzioni errate che il paziente possa avere su se stesso, sul trattamento o sui caregiver.-Esplorare e potenziare i punti di forza e le risorse del paziente.
Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico	<ul style="list-style-type: none">-Definire un obiettivo di peso in collaborazione con il team medico e il paziente.-Stabilire un apporto calorico giornaliero raccomandato.-Strutturare i pasti, includendo la durata e l'ambiente in cui vengono consumati.-Monitorare costantemente i parametri vitali del paziente.-Monitorare regolarmente i risultati dei test di laboratorio per valutare lo stato di salute.-Supervisionare attentamente il paziente durante i pasti per prevenire comportamenti di eliminazione incontrollata.-Osservare il paziente per almeno un'ora dopo i pasti al fine di prevenire comportamenti di purging.-Fornire informazioni chiare sulle categorie alimentari seguendo i principi della piramide alimentare.-Spiegare il processo di digestione e l'importanza della nutrizione.-Gestire adeguatamente l'utilizzo di un eventuale sondino nasogastrico, compresi l'inserimento e la manutenzione.
Ansia	<ul style="list-style-type: none">- Condurre una valutazione approfondita dei fattori scatenanti che hanno portato al comportamento problematico e delle reazioni specifiche del paziente a tali fattori.-Essere presenti e fornire sostegno attivo al paziente durante il processo.-Evitare di fare richieste dirette o di porre domande che potrebbero mettere il paziente in

	<p>una posizione difficile.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Esplorare e rafforzare i punti di forza e le risorse del paziente, che possono essere utilizzate per affrontare la situazione. -Valutare e promuovere i meccanismi di coping attualmente utilizzati dal paziente per far fronte alle sfide e ai problemi - Esaminare alternative misure di sollievo dall'ansia, oltre a quelle attualmente in uso. -Fornire feedback oggettivo sulla situazione attuale, concentrandosi sui risultati positivi e sulle risorse disponibili. -Comunicare in modo chiaro, parlare lentamente e con calma per agevolare la comprensione e la comunicazione efficace con il paziente
Autostima cronicamente bassa	<ul style="list-style-type: none"> - Fornire un sostegno al paziente senza giudicare o criticare le sue azioni. -Chiarire le distorsioni nella percezione del paziente senza crearne confronto o conflitto. -Aiutare il paziente a riformulare e ridefinire le espressioni negative o dannose in un modo più sano o obiettivo. -Incoraggiare e supportare il paziente nel sviluppo di buone abitudini fisiche, compresi modelli alimentari sani e la cura del proprio aspetto. -Promuovere la partecipazione del paziente nella terapia di gruppo di sostegno, poiché questa può essere un elemento chiave nel processo di recupero.
Intolleranza all'attività	<ul style="list-style-type: none"> - Incoraggiare esercizi isometrici - Gradualmente aumentare la tolleranza dell'individuo a tali esercizi, in modo da evitare sforzi eccessivi o lesioni. - Sottolineare l'importanza di una corretta alimentazione nell'ottimizzazione della forza muscolare e nell'esecuzione di attività fisica.
Inefficace gestione del regime terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> - Praticare l'ascolto attivo e cercare di comprendere le preoccupazioni dell'individuo, evitando di imporre aspettative o giudizi. - Condurre un'approfondita esplorazione del problema, cercando di ottenere una comprensione completa della situazione. - Identificare i fattori che influenzano il processo

	<p>di apprendimento dell'individuo, inclusi gli ostacoli o le sfide specifiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spiegare chiaramente e discutere con l'individuo vari aspetti, tra cui il processo patologico della sua condizione, il regime terapeutico raccomandato, la giustificazione di tale regime, le aspettative riguardo al trattamento e i cambiamenti necessari nello stile di vita.
Rischio d'infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Fornire incoraggiamento e supporto per mantenere una dieta ricca di proteine e calorie, in linea con le esigenze nutrizionali del paziente. - Osservare attentamente le manifestazioni cliniche che potrebbero suggerire la presenza di un'infezione, come febbre, segni di infiammazione o altri sintomi correlati. - Fornire un'educazione dettagliata al paziente e alla sua famiglia in merito alle possibili cause e ai rischi associati alle infezioni, al fine di promuovere la prevenzione e la consapevolezza.
Volume dei liquidi insufficiente	<ul style="list-style-type: none"> - Registrazione accurata del bilancio idrico, che include l'assunzione e l'eliminazione di liquidi da parte del paziente. - Pesare il paziente quotidianamente per monitorare eventuali variazioni nel peso corporeo. - Monitorare le condizioni delle mucose (come le membrane mucose orali) e il turgore cutaneo del paziente per valutare l'idratazione. - Misurare periodicamente la pressione sanguigna in posizione eretta (ortostatica) per valutare eventuali segni di instabilità cardiovascolare. - Monitorare l'assunzione di liquidi del paziente, cercando di garantire un'assunzione minima di 2 litri di liquidi al giorno. - Misurare e tenere traccia degli elettroliti nelle urine del paziente, per valutare l'equilibrio elettrolitico. - Fornire un'educazione dettagliata alla famiglia e al paziente riguardo alla documentazione scritta del bilancio idrico, in modo che tutti siano coinvolti nella raccolta accurata dei dati.
Isolamento sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire e sostenere l'interazione sociale del paziente per promuovere un senso di

	<p>appartenenza e connessione con gli altri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incoraggiare il paziente a parlare apertamente dei propri sentimenti, pensieri e preoccupazioni come parte del processo terapeutico. - Favorire la formazione di un sistema di sostegno efficace coinvolgendo attivamente la famiglia e altri membri significativi del paziente.
Rischio di stipsi	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare una valutazione completa per identificare i fattori che potrebbero contribuire alla condizione del paziente. - Esaminare il modello abituale di eliminazione delle feci del paziente per individuare eventuali anomalie. - Collaborare con il paziente per creare un diario di auto-monitoraggio in cui registrare la frequenza e le caratteristiche delle feci. - Fornire educazione al paziente riguardo all'importanza di un adeguato introito di liquidi e fibre nella dieta e incoraggiarlo a seguire tali linee guida. - Auscultare l'addome del paziente per valutare la presenza o l'assenza di borborigmi (rumori intestinali). - Raccogliere informazioni sul possibile disagio o dolore associato alla defecazione.
Coping inefficace	<ul style="list-style-type: none"> - Condurre una valutazione dettagliata per determinare la motivazione al cambiamento del paziente, valutare l'impatto della malattia sulla sua vita e valutare eventuali rischi di suicidio. - Esaminare l'uso, l'efficacia e il tipo di meccanismi di coping adottati dal paziente. - Esplorare le paure e le preoccupazioni del paziente legate alla sua condizione. - Identificare i trigger o le situazioni scatenanti che possono portare a comportamenti disfunzionali. - Fornire al paziente un'educazione su un modello di problem-solving efficace per affrontare le sfide legate alla sua malattia. - Insegnare al paziente strategie di coping alternative e più efficaci per affrontare situazioni stressanti o difficili.
Coping della famiglia inefficace	<ul style="list-style-type: none"> - Costruire e mantenere un rapporto solido con la famiglia del paziente, promuovendo una comunicazione aperta e attiva. - Valutare i punti deboli e i punti di forza della

	<p>famiglia, così come le dinamiche familiari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esplorare l'impatto della malattia del paziente sulla famiglia, comprese le percezioni e il significato attribuito alla malattia. - Incoraggiare i membri della famiglia a esprimere apertamente i loro sentimenti, paure e preoccupazioni in modo da favorire la comprensione reciproca. - Evitare di creare false illusioni o false speranze, ma fornire informazioni accurate e realistiche sulla malattia e sul processo di trattamento. - Aiutare a stabilire confini e limiti appropriati all'interno della famiglia per garantire un ambiente di supporto e recupero.
<p>Rischio di suicidio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegnare una stanza vicino alla guardiola infermieristica per garantire una supervisione più diretta del paziente. - Evitare di lasciare il paziente da solo per troppo tempo per ridurre il rischio di autolesionismo o altri comportamenti dannosi. - Valutare costantemente il potenziale rischio di autolesionismo o suicidio. - Creare e mantenere un ambiente sicuro, rimuovendo oggetti potenzialmente pericolosi e garantendo una sorveglianza costante. - Monitorare i cambiamenti nell'umore del paziente per rilevare segnali di peggioramento della sua condizione emotiva. - Mantenere un tono calmo e rassicurante durante l'interazione con il paziente. - Esplorare eventuali fantasie o pensieri suicidari quando vengono espressi dal paziente per valutare meglio il loro significato e il potenziale rischio. - Identificare forme di supporto, tra cui il coinvolgimento della famiglia e la consulenza psicologica, per contribuire al benessere del paziente.