



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA DIFFUSIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE NELLA PREADOLESCENZA.
UN'INDAGINE TRA GLI STUDENTI DELLA SCUOLA
SECONDARIA DI PRIMO GRADO.**

Relatore: Prof. Ditadi Alessandro

Laureanda: Simionato Sara
(matricola n.: 1234988)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

I disturbi del comportamento alimentare, non sono “ricerca di attenzioni”, come molti continuano a pensare ed affermare.

Questi disturbi sono malattie mentali e rappresentano quindi un grave problema per l'intera comunità, soprattutto per l'abbassamento dell'età d'insorgenza, coinvolgendo ragazzi e ragazze già dalla preadolescenza. Possono essere motivo di uno stato d'angoscia importante e spesso portano a danni in tutti gli aspetti della vita del singolo: danni di tipo fisico, mentale, sociale, relazionale e si caratterizzano proprio per questo aspetto multifattoriale.

Questo progetto è nato con l'idea di indagare come i disturbi del comportamento alimentare non siano un fenomeno astratto e lontano da noi ma di come sia invece una situazione significativa che riguarda anche i preadolescenti del nostro territorio, e di come la figura dell'infermiere sia importante in quanto promotore della salute e di come interventi di prevenzione primaria possano essere efficaci. Con questo studio si è cercato di approfondire l'argomento principale, i disturbi del comportamento alimentare, l'abbassamento dell'età d'insorgenza, come la pandemia da Covid-19 ha influenzato su di essi e come i social media influenzano i giovani sulla visione di se stessi correlata allo sviluppo di un disturbo alimentare. Attraverso un questionario si è indagata e analizzata l'entità del fenomeno tra gli alunni di una scuola media del nostro territorio.

Molti sono gli studi su questi disturbi, ma ben pochi riguardano interventi preventivi da poter mettere in atto. Si auspica quindi un accrescimento dei progetti di prevenzione in questo ambito.

Key Words: disturbi alimentari, preadolescenza, prevenzione
eating disorders, preadolescence, prevention

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1: IL PROBLEMA	pag. 5
1.1 Definizione di Disturbo del Comportamento Alimentare	pag. 5
1.2 Anoressia Nervosa	pag. 7
1.3 Bulimia nervosa	pag. 10
1.4 Binge Eating Disorder	pag. 11
1.5 Disturbi del comportamento alimentare Non Altrimenti Specificati (NAS) o Disturbi Alimentari con Altra Specificazione (OSFED)	pag. 12
1.6 Social media e disturbi del comportamento alimentare	pag. 13
1.7 Covid-19 e disturbi del comportamento alimentare	pag. 14
1.8 Ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute	pag. 17
CAPITOLO 2: OBIETTIVI DELLO STUDIO	pag. 21
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI	pag. 23
3.1 Disegno e campione di indagine	pag. 23
3.2 Fattibilità del progetto e limiti	pag. 23
3.3 Metodologie e strumenti di misura	pag. 24
CAPITOLO 4: RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI	pag. 27
4.1 Utilizzo dei social media	pag. 27
4.2 Indice di massa corporea	pag. 29
4.3 Rischio di DCA rilevato	pag. 31
4.4 Uso dei social media e presenza DCA	pag. 33
4.5 Alcune domande rilevanti	pag. 33
CONCLUSIONI	pag. 39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

“Di certo è, come dice la saggezza popolare, che "uccide più la gola della spada". Quel che però la saggezza popolare non sa è che il gioco con la morte o con la negazione di sé è già cominciato prima di sedersi a tavola, e affonda le sue radici in quella profonda incertezza in cui si tratta di decidere se esistere o non esistere. E siccome è il cibo la prima condizione d'esistenza, spetta al cibo e alla gola mettere in scena un tema che alimentare non è, ma "radicalmente" esistenziale, perché va "alla radice" dell'accettazione o del rifiuto della propria esistenza.”¹

I disturbi del comportamento alimentare (DCA), come dice Galimberti, è un tema che poi alimentare non è e va ben oltre la mera funzione nutritiva. Esternamente ed ingenuamente si può pensare “ma quanto può essere difficile controllare ciò che si mangia?”, bisogna ricordare però che gusto ed olfatto sono i nostri sensi più antichi che mettono in moto le zone più primitive del nostro cervello, quelle su cui la nostra coscienza ha scarsissima incidenza e producono una reazione affettiva di piacere o dispiacere.²

Con il susseguirsi degli anni, della storia e con lo sviluppo delle tecnologie, il cambiamento della società è stato inevitabile. Influenzati dal contesto storico e culturale, sono cambiati anche i modi in cui la bellezza viene percepita, valorizzata e pubblicizzata. Anche la cultura del cibo ha assunto significati diversi oltre alla funzione base nutritiva.

Fino agli anni '70 l'unico disturbo alimentare diagnosticato era l'anoressia, dagli anni '80 la bulimia oltre ad essere riconosciuta come disturbo del comportamento alimentare, ha visto una sua diffusione esponenziale, e negli ultimi decenni anche il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating) ha assunto proporzioni considerevoli.

Dagli anni '90 il fenomeno dei DCA ha cominciato ad avere caratteristiche globali, poiché con l'avvento di nuove tecnologie e di nuovi mezzi di comunicazione, di cui più recentemente identifichiamo i social media, di nuovi modelli e stereotipi sociali da seguire, di una società che vive la vita in modo frenetico, anche nel culto del cibo, hanno portato questi disturbi a svilupparsi in modo esponenziale e repentino.

¹ Galimberti U., *I vizi capitali e i nuovi vizi*, Feltrinelli, Milano 2003, pag. 52

² *Ibidem* pag.49

Ad oggi il problema dei disturbi del comportamento alimentare rappresenta un'emergenza sanitaria, in particolar modo anoressia, bulimia e binge eating, già in forte crescita prima della pandemia da Covid-19, ha visto un aggravamento della situazione post pandemia, con un aumento notevole dei casi e della precocità dell'insorgenza, anche in persone di età inferiore ai 12 anni. In Italia i DCA coinvolgono 3 milioni di persone e rappresentano la prima causa di morte nei disturbi mentali fra gli adolescenti nei paesi occidentali.

Grazie ai dati forniti da una recente survey, condotta a febbraio 2021 dal Consorzio interuniversitario CINECA, i dati raccolti confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019, un abbassamento dell'età di esordio, il 30% della popolazione ammalata è sotto i 14 anni, e una maggiore diffusione nella popolazione maschile, nella fascia tra i 12 e 17 anni comprende il 10%, con un rapporto 1:9 maschio-femmina.³

In Italia, in linea con gli altri paesi occidentali, secondo alcuni studi, la prevalenza dei DCA, varia dal 0,2% al 0,8% di casi per l'anoressia, tra 1% e il 5% per la bulimia.⁴

Pochi sono gli studi di prevalenza rispetto alle più recenti categorie diagnostiche di DCA e rispetto a quei disturbi non ancora inquadrati diagnosticamente ma che sono comunque considerati a rischio di sviluppo di disturbo alimentare.

Tale lavoro oltre a presentare un approfondimento su questo tema e su fattori attuali che l'hanno influenzato, cerca di presentare una panoramica generale sul problema nel territorio attraverso un'indagine, in una scuola media, realizzata somministrando un questionario a quella fascia d'età che è considerata più a rischio in questo momento e di come la figura dell'infermiere, promotore della salute, possa essere il punto di partenza per interventi di prevenzione.

³Istituto Superiore di Sanità, *Comunicato Stampa N°20/2022 - Giornata del Fiocchetto Lilla sui disturbi alimentari, aggiornata la mappa dei servizi sanitari, ad oggi sono oltre cento i centri accreditati*, anno 2022, https://www.iss.it/web/guest/primopiano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/6778881, ultimo accesso 08/09/2022

⁴EpiCentro, *Anoressia e bulimia - Aspetti epidemiologici*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia>, ultimo accesso 10/09/2022

CAPITOLO 1: IL PROBLEMA

1.1 Definizione di Disturbo del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) o disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, sono disturbi di pertinenza e classificazione psichiatrica. Si tratta di malattie mentali complesse e con eziopatogenesi multifattoriale, che colpiscono sia la mente che il corpo.⁵

Esse sono caratterizzate da cambiamenti significativi delle normali abitudini alimentari, da un'eccessiva preoccupazione per il peso corporeo anche per minime variazioni, da una condizione di profondo disagio nei confronti della propria immagine corporea e da una bassa autostima generata dalla paura, spesso ossessiva e infondata, del proprio aspetto fisico considerato imperfetto.

Questo senso di angoscia perseverante ed ossessione per la forma della propria immagine corporea sono alla base di tutti quegli atteggiamenti di controllo del corpo, come ad esempio il misurare con il metro la circonferenza di pancia, cosce e braccia; confrontare le proprie forme con quelle di altre persone; prendere in mano le pieghe di quel che può essere considerato grasso; analizzare ed esaminare attentamente ogni singola parte del proprio corpo allo specchio. Talvolta questo disagio indirizza la persona a un ripudio nei confronti di sé e della propria immagine conducendola a cercare di nascondere sempre di più la propria fisicità e parti del corpo, accrescendo il disagio nel guardarsi.

I disturbi alimentari si caratterizzano da comportamenti di tipo patologico, finalizzati al controllo del peso attraverso il controllo dell'assunzione di cibo, ad esempio, con restrizione alimentare, diete rigide ed estreme, conta delle calorie assunte, eccessivo ed incontrollato consumo di cibo, il controllo dell'eliminazione di esso attraverso il vomito auto-indotto e l'uso improprio di lassativi, il controllo con compulsiva ed eccessiva attività fisica.

Tutti questi comportamenti conducono a conseguenze psicologiche e soprattutto fisiche molto gravi. La salute di tutti gli organi e apparati del corpo può essere infatti gravemente

⁵ Colombo G., *Elementi di psichiatria*, Cleup, Padova 2008, pag.222-223

compromessa e, nei casi più estremi può anche causare la morte, se i disturbi alimentari non sono trattati tempestivamente e in modo appropriato.⁶

Christopher Fairburn (psichiatra e ricercatore inglese) propose, nel 1999, accanto alla credenza cognitiva del timore di ingrassare, tre credenze più globali, che vanno oltre il cibo e il corpo, a spiegazione dei disturbi alimentari. Tali credenze aggiunte sono: il perfezionismo, la valutazione negativa di sé e il bisogno di controllo.

Il controllo che queste persone manifestano sul cibo è un metodo attraverso il quale esse cercano di sfogare le proprie emozioni e dolori. Il controllo è legato non tanto a un obiettivo, sia pure negativo come il timore di sbagliare (perfezionismo patologico) o alla scarsa stima di sé. Esso è legato piuttosto alla ricerca di un correttivo, di una soluzione alla paura della vita e del mondo che pervade i pazienti con disturbo alimentare. Il controllo, in realtà, si applica a qualunque aspetto della vita ed è rivolto a prevenire ed evitare gli eventi imprevisti. L'imprevisto, per questi pazienti, è interpretato come minaccia ed è temuto e vissuto con profonda ansia. Il controllo è il mezzo con cui essi ritengono – ingenuamente – di prevenire l'imprevisto. Siccome il controllo sulla vita è impossibile, i pazienti affetti da disturbo alimentare si limitano a controllare un aspetto circoscritto della vita.⁷

Nei disturbi del comportamento alimentare vi fanno parte disturbi quali anoressia nervosa e bulimia, e disturbi di prevalente pertinenza internistica quali l'obesità, che pure riveste un'importanza notevole per le sue conseguenze psicologiche, poiché presenta problemi collegati con l'osservanza della dieta e con vissuti di colpa per l'incapacità di mantenerla.⁸ I DCA sono malattie complesse e difficili da trattare, poiché non esiste un'unica causa ma dipendono da molteplici fattori di rischio, i quali aumentano la probabilità di svilupparne uno.

⁶ Ministero della Salute, *Disturbi dell'alimentazione*, anno 2022, <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4470&area=Salute%20donna&menu=patologie>, ultimo accesso 31/08/2022

⁷ State of Mind, Sassaroli S. et al., *Il concetto psicologico di controllo in Fairburn - I disturbi alimentari*, anno 2016, <https://www.stateofmind.it/2016/05/controllo-disturbi-alimentari-fairburn/#:~:text=Il%20controllo%20%C3%A8%20legato%20non,la%20paziente%20con%20disturbo%20alimentare>, ultimo accesso 01/09/2022

⁸ Colombo G., op.cit., pag.222 e 224

Tra i fattori di rischio predisponenti troviamo: genere, età, geografia, personalità, storia familiare, genetica, gruppi di interesse, orientamento sessuale, età in cui si inizia a seguire una dieta, gruppo etnico, predisposizione dovuta a malattie mediche, predisposizione dovuta a disturbi psichiatrici, influenza dei media.⁹

1.2 Anoressia Nervosa

La forma più nota di disturbo alimentare, l'anoressia nervosa (o mentale), è una patologia psichiatrica collocabile in un contesto intermedio tra medicina e psichiatria, tra mente e corpo e tra infanzia e maturità, che necessita in genere di un intervento plurispecialistico e multiprofessionale.¹⁰

La patologia si caratterizza per una perdita di peso eccessiva: una persona diventa anoressica quando scende sotto l'85% del peso normale per la propria età, sesso ed altezza.¹¹

Il termine anoressia deriva dal greco e significa letteralmente “assenza di brama” tradotto in genere come “grave perdita dell'appetito” o “assenza di appetito”. Tale termine risulta improprio e paradossale, in quanto i pazienti che soffrono di anoressia non perdono in genere l'appetito, infatti lo stimolo della fame si moltiplica con la riduzione dell'apporto calorico e con il conseguente dimagrimento. Il controllo dello stimolo della fame diventa, paradossalmente, fonte di soddisfazione per questi pazienti, alimentando così il disturbo.¹² Questa tipologia di pazienti ama il cibo. Essi lo cercano, amano guardarlo, osservarne la preparazione e amano vedere gli altri mangiarlo, ma la loro principale paura è proprio quella di mangiare, di essere loro stessi a mangiare.

Tale disturbo colpisce soprattutto adolescenti e preadolescenti di sesso femminile. Si osserva un graduale riduzione dell'apporto calorico giornaliero attraverso l'uso di diete o

⁹ Trec Alimentazione, *Disturbi alimentari cause: I fattori di rischio*, anno 2020, <https://www.trecalimentazione.it/disturbi-alimentari-cause-i-fattori-di-rischio/>, ultimo accesso 06/09/2022

¹⁰ Colombo G., op.cit., pag. 224

¹¹ EpiCentro, *Anoressia e bulimia - Informazioni generali*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>, ultimo accesso 10/09/2022

¹² Barca L. & Pezzulo G., SpringerLink, *Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa*, anno 2020, <https://link.springer.com/article/10.3758/s13415-020-00777-6>, ultimo accesso 03/09/2022

l'eliminazione di alcuni alimenti considerati ipercalorici. In seguito vengono adottate altre metodiche per non aumentare il peso, come l'abuso ed utilizzo improprio di lassativi e diuretici, vomito auto-indotto, uso di sostanze anoressizzanti ed iperattività fisica.

Ciò che caratterizza l'anoressia nervosa è come il corpo e l'immagine corporea vengono percepiti. Questi pazienti, soprattutto nell'esordio della malattia presentano uno scarso livello di consapevolezza riguardo la malattia, non riconoscendola e rifiutando quindi eventuali aiuti. Questo accade poiché essi si considerano e si vedono in uno stato di normopeso e talvolta in sovrappeso nonostante siano oggettivamente e gravemente sottopeso. Come descritto da Hilde Bruch nel 1962: *«Ciò che è patognomico dell'anoressia non è la gravità della malnutrizione di per sé – gravi quadri di malnutrizione si riscontrano anche in altri pazienti psichiatrici malnutriti – ma piuttosto la distorsione dell'immagine corporea a essa associata: l'assenza di preoccupazione per la denutrizione, anche quando è avanzata, e la forza e caparbia con cui l'aspetto spesso raccapricciante viene descritto e difeso come “normale” e “giusto”, non troppo magro, e come unica sicurezza possibile contro il temuto destino di ingrassare».*

I segni e sintomi principali che la caratterizzano sono di tipo psicologico e fisico:

- intensa paura di ingrassare;
- restrizione alimentare e rapida perdita di peso;
- ossessivo calcolo delle calorie ingerite;
- attività fisica quotidiana eccessiva, inclusi micromovimenti continui di piedi o mani;
- rituali durante i pasti, come il tagliuzzare il cibo in pezzi molto piccoli;
- percezione alterata del proprio corpo;
- bassa autostima e disprezzo di sé;
- deficit nel riconoscimento e nella regolazione delle emozioni;
- deficit di attenzione, di problem solving e di memoria;
- riduzione della pressione arteriosa;
- bradicardia;
- amenorrea (assenza del ciclo mestruale);
- ritardi /compromissione della crescita;
- capelli ed unghie fragili e sottili;

- problemi ematologici (anemia, leucopenia, etc.);
- debolezza muscolare con riduzione della massa magra;
- problemi a carico dei reni;
- alterazioni nei livelli di sodio, magnesio, potassio, calcio, ferro e fosforo;
- problemi gastrointestinali (difficoltà digestive, stipsi, rallentato svuotamento gastrico, etc);
- crescita di peli (lanugo) su tutto il corpo (ipertricosi);
- sensazione di freddo;
- riduzione della temperatura corporea;
- disfunzioni ormonali (ipotiroidismo, ridotto funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, etc.).¹³

Si possono inoltre distinguere forme diverse di anoressia nervosa:

- anoressia restringer o di tipo restrittivo : la riduzione di peso è ottenuta soltanto attraverso rigide restrizioni alimentari e iperattività;
- anoressia di tipo bulimico il rifiuto del cibo si alterna a frequenti crisi di fame e abbuffate, alle quali segue vomito spontaneo o provocato;
- anoressia vomiters-purgers: il rifiuto del cibo è associato ad abuso sistemico di lassativi e diuretici ed è accompagnato a vomito indotto.

Alcuni dei fattori di rischio per questo disturbo sono rappresentati da:

- bassa autostima;
- difficoltà interpersonali;
- tendenza a somatizzare;
- perfezionismo;
- insoddisfazione per il proprio corpo;
- utilizzo di diete;
- tendenza all'ascetismo;
- competitività;

¹³ Artoni P. & Scita F., Ospedale Maria Luigia, *Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura*, anno 2022, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa/>, ultimo accesso 05/09/2022

- atteggiamento iper-compiacente.¹⁴

1.3 Bulimia nervosa

Se nell'anoressia la preoccupazione principale è quella di mangiare, nella bulimia nervosa invece vi è un istinto morboso a mangiare. Questo disturbo è caratterizzato da ripetute abbuffate congiunte a comportamenti compensatori e con conseguente preoccupazione verso la propria immagine corporea.

Generalmente, rispetto all'anoressia caratterizzata da pazienti sottopeso, nella bulimia i pazienti mantengono un peso normale, anche se sono presenti casi associati ad anoressia o obesità.

Etimologicamente la parola bulimia proviene dall'unione di due parole greche, *bous* (significa bue) e *limos* (significa fame), letteralmente tradotto con "fame da bue", indicante proprio quel desiderio smoderato, morboso e compulsivo verso il cibo.

"Nel momento stesso in cui una persona è in preda a una crisi bulimica esiste. Le sensazioni violente provocate dall'assunzione di cibo consentono a un'esistenza evanescente di recuperare sostanza e di riempirsi di gioia, certamente breve, ma intensa, selvaggia, essenziale".¹⁵

Questo disturbo è caratterizzato dall'ingestione compulsiva e vorace di un'eccessiva quantità di cibo con un apporto ipercalorico in un arco di tempo molto stretto, non superiore alle 2 ore, seguita da una sensazione di perdita di controllo nel non riuscire ad astenersi dal mangiare ed una volta iniziata l'abbuffata, non riuscire a smettere di mangiare.

Le crisi bulimiche sono precedute da stati d'animo negativi o da una fonte di stress emotivo molto forte, quali rabbia, depressione, ansia, noia, e seguite da un senso di colpa, vergogna e autodisprezzo nei confronti di ciò che si ha appena fatto. Questo sentimento di colpa si esplicita attraverso comportamenti puntivi compensatori e pericolosi volti a contrastare e cercare di eliminare tutte le calorie appena consumate nell'abbuffata, come ad

¹⁴ Colombo G., op. cit., pag. 225

¹⁵ Galimberti U., op. cit., pag. 50

esempio il vomito autoindotto, l'uso di lassativi e diuretici, nel tentativo di evitare di prendere peso e quindi di liberarsi da quell'angoscia riguardante il proprio peso.

I comportamenti sintomatici assunti dai pazienti portano ad un circolo vizioso: l'insoddisfazione per il proprio peso, per il corpo e le proprie forme, porta la persona a seguire una dieta ferrea. Ne consegue un calo ponderale caratterizzato da una sensazione di fame incoercibile che porta all'abbuffata con perdita di controllo, compensato attraverso il vomito. Successivamente riparte il circolo con la dieta.

Come per l'anoressia, anche per la bulimia non esiste un'unica causa, ma è il risultato di più fattori. Tra i principali si identificano:

- tendenza all'impulsività in un più generale quadro di disregolazione emotiva;
- una storia personale di abusi o traumi;
- insoddisfazione per il proprio corpo fino ad un vero e proprio disturbo dell'immagine corporea;
- scarsa autostima e autoefficacia.¹⁶

1.4 Binge Eating Disorder

Binge Eating Disorder (BED) o disturbo dell'alimentazione incontrollata è un disturbo anch'esso, come la bulimia, caratterizzato da abbuffate, ingestione di grandi quantità di cibo in un breve periodo. Esse sono associate alla sensazione di perdita di controllo nel mangiare e nel fermarsi, seguite da emozioni negative come il senso di colpa e il disgusto verso se stessi, ma non vi sono comportamenti di tipo compensatorio. Questo porta la persona ad una condizione di sovrappeso, sviluppando forme di obesità più o meno gravi.

Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale;
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
4. Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;

¹⁶ Ospedale Maria Luigia, *Bulimia nervosa. Cause, sintomi e cura*, anno 2021, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/bulimia-cause-sintomi-cura/#:~:text=Bulimia%20cause,-Come%20per%20molte&text=Tra%20le%20principali%20cause%20e,proprio%20disturbo%20del%20l'immagine%20corporea.>, ultimo accesso 10/09/2022

5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.^{17 18}

L'abbuffata si verifica, in media, 1 volta alla settimana per un periodo di 3 mesi, ma la frequenza può variare, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), a seconda della frequenza con cui si verificano le abbuffate, si definisce la gravità della situazione: lieve, da 1 a 3 episodi a settimana; moderato, da 4 a 7 episodi a settimana; grave, da 8 a 13 episodi a settimana; estremo da 14 episodi a settimana.¹⁹

1.5 Disturbi del comportamento alimentare Non Altrimenti Specificati (NAS) o Disturbi Alimentari con Altra Specificazione (OSFED)

Questa categoria comprende tutti quei disturbi alimentari complessi, pericolosi per la vita, trattabili, che causano danni clinici ma che non soddisfano i criteri diagnostici per gli altri disturbi come per l'anoressia o la bulimia. Vengono identificati:

- Anoressia Nervosa Atipica: Tutti i criteri sono soddisfatti, ad eccezione del fatto che, nonostante la considerevole perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità;
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (di bassa frequenza e/o durata limitata): tutti i criteri per il BED sono soddisfatti, tranne che ad una frequenza inferiore e/o per meno di tre mesi;
- Bulimia Nervosa (di bassa frequenza e/o durata limitata): tutti i criteri per la bulimia nervosa sono soddisfatti, eccetto che le alimentazioni incontrollate e le azioni compensatorie inappropriate si verificano con una frequenza inferiore e/o per meno di tre mesi;
- Disturbo da Eliminazione: abitudini ricorrenti di eliminazione per influenzare il peso o la forma in assenza di alimentazione incontrollata;

¹⁷ Trec Alimentazione, *Abbuffate e Binge Eating Disorder (BED): facciamo chiarezza*, anno 2019, <https://www.trecalimentazione.it/abbuffate-e-binge-eating-disorder-facciamo-chiarezza/>, ultimo accesso 10/09/2022

¹⁸ Centro DCA, *Binge eating o alimentazione incontrollata*, <https://www.centrodca.it/cose-un-disturbo-alimentare/binge-eating-o-alimentazione-incontrollata/>, ultimo accesso 10/09/2022

¹⁹ Centro DCA, *Binge eating o alimentazione incontrollata*, <https://www.centrodca.it/cose-un-disturbo-alimentare/binge-eating-o-alimentazione-incontrollata/>, ultimo accesso 10/09/2022

- **Sindrome Iperfagica Notturna:** episodi ricorrenti di alimentazione notturna. Mangiare dopo essersi svegliati dal sonno o con un consumo eccessivo di cibo dopo il pasto serale, con conseguente nausea e malessere con digiuno il giorno successivo.²⁰

1.6 Social media e disturbi del comportamento alimentare

La pressione mediatica basata sugli ideali di “peso perfetto”, rappresenta un fattore che ha influenzato lo sviluppo ed una concezione utopistica, e quindi non reale dell’idea di immagine corporea di noi stessi e degli altri. I social media sono diventati sempre più parte integrante e “fondamentale” delle vite di tutti. Con l’utilizzo di essi si è arrivati a credere che l’ideale di vita perfetta, corpo perfetto e di relazioni sentimentali perfette, esistano veramente. Di conseguenza, ogni singolo aspetto diventa oggetto di confronto con coloro che apparentemente sembrano più “agevolati” rispetto a noi.

Si tratta di un confronto pericoloso, soprattutto per preadolescenti e adolescenti che si interfacciano con questi strumenti, che rendono disfunzionale la relazione con noi stessi, con gli altri e con il mondo circostante, durante un periodo di crescita, caratterizzato da vulnerabilità, spaesamento, insicurezze, ricerca della propria identità.

Prima attraverso riviste e televisione, ora con il rapido avvenire del mondo dei social media, viene diffusa l’idea che per avere successo nella vita bisogna essere perfetti in tutto quello che si fa e in tutto quello che si è. Il tutto è legato all’idea che sia necessario avere un fisico magro e tonico, cosce sottili e vita stretta, e legato alla convinzione che la ricerca continua per l’approvazione altrui sia la base dell’essere e che l’ansia da “mi piace” sia parte del gioco, e rientri nella considerazione di ciò che è normalità. Tutto questo inevitabilmente è andato ad influenzare, modificare e plasmare erroneamente le convinzioni cosce e subcosce dei più giovani, generando nuove dinamiche predisponenti lo sviluppo di disturbi alimentari correlati ad un’alterata concezione di se e dell’immagine corporea.

Albert Bandura, psicologo dello sviluppo, nella sua teoria del modellamento o dell’apprendimento sociale afferma che gli essere umani, bambini e adolescenti in

²⁰ Centro DCA, *Disturbi alimentari con altra specificazione (OSFED)*, <https://www.centrodca.it/cose-un-disturbo-alimentare/disturbi-alimentari-con-altra-specificazione-osfed/>, ultimo accesso 10/09/2022

particolare, possiedono la capacità di apprendere attraverso il modellamento, con ciò s'intende che la modalità di apprendimento inconscio che interviene quando si modifica il proprio comportamento consiste nell'osservare il comportamento di un altro individuo, quest'ultimo assume la funzione di modello, influenzando quindi il comportamento di colui che lo osserva. Questo concetto risiede alla base dell'influenza virtuale, che può certamente portare ad esiti positivi se usata con un'opportuno scopo educativo, ma per la maggior parte delle volte il fine è quello di apparire più della massa ed essere ammirati dagli altri. A dimostrare ciò, vi è la categoria di lavoratori emergente, denominata "influencer". Influenzati in tutti gli aspetti della vita, non riusciamo a sentirci appagati e tantomeno riusciamo a sentirci all'altezza di tutte quelle aspettative che i social media fanno passare come essenziali per poter essere qualcuno che conta davvero. Si tratta di una vera e propria "epidemia di insicurezza", come Roberta Milanese, psicologa e psicoterapeuta, descrive nel suo libro "L'ingannevole paura di non essere all'altezza" quel senso comune negativo trasmesso dai social.

Grazie a diversi studi si è evidenziato come la visualizzazione di immagini, il desiderio di essere come le celebrità seguite sui social media possano contribuire in maniera significativa all'insorgenza di disturbi nella percezione della propria immagine corporea e di come il numero di "mi piace" influenzi l'insoddisfazione rispetto al proprio corpo, poiché i canoni di bellezza, essendo irreali, sono irraggiungibili. È dimostrato inoltre da recenti studi che c'è un'incidenza di DCA più elevata tra giovani che utilizzano i social media, rispetto a chi non ne fa uso. Esistono inoltre, siti, blog, account in cui le persone si scambiano consigli sull'aspetto fisico, su diete e su come perdere peso.²¹

1.7 Covid-19 e disturbi del comportamento alimentare

La pandemia da Covid-19 ha influenzato drasticamente e inevitabilmente la vita di tutti noi. Ogni paese del mondo per far fronte all'emergenza gravosa del propagarsi del coronavirus ha adottato misure di reclusione, come lockdown e quarantene. Sono noti, fin da i primi mesi, gli effetti psicologici negativi che avrebbe portato questa situazione, quali,

²¹ Bozzola E. & Spina G., Società Italiana di Pediatria, *I disturbi della condotta alimentare nell'epoca dei social network*, anno 2021, pag 19, <https://sip.it/2022/02/28/i-disturbi-della-condotta-alimentare-nellepoca-dei-social-network/>, ultimo accesso 15/09/2022

stress, confusione, rabbia, frustrazione, noia, sfiducia, isolamento, sintomi depressivi etc. Numerosi studi riportano come ci siano effettivamente state conseguenze negative sul disagio psicologico di tutta la popolazione in generale ma nel 2020 però era ancora sconosciuto l'effetto di tutto ciò sulle persone con disturbo alimentare. A soli due anni di distanza dall'inizio della pandemia, molti studi hanno dimostrato un aumento notevole e considerevole dei casi. Solo nei primi 6 mesi del 2020, rispetto allo stesso periodo del 2019, si parla di un aumento di quasi il 40%, ossia 230.458 nuovi casi, aumento certificato dalla Istituto Superiore di Sanità (ISS), grazie ad una survey condotta a febbraio 2021 dal Consorzio interuniversitario CINECA.²²

Come evidenzia una metanalisi²³, il Covid-19 ha portato ad un peggioramento ed esacerbazione dei sintomi di pazienti affetti da disturbi alimentari. La limitazione dei spostamenti e l'isolamento nelle casa hanno portato ad una serie di meccanismi comportamentali che hanno contribuito al mantenimento o al sviluppo di disturbi alimentari. Alcuni esempi sono: isolamento sociale, impossibilità di accedere ai servizio territoriali di supporto e scarso accesso alle cure, cambiamento delle abitudini quotidiane e della routine, esposizione eccessiva ai social media, stress emotivo, riduzione del sano esercizio fisico con conseguente paura di aumentare il proprio peso, aumento dell'esercizio fisico compulsivo autodidattico, esposizione ad un'elevata disponibilità di cibo a casa (può essere causa scatenante di abbuffate), accentuazione dei conflitti familiari o con coinquilini.

Oltre la metà delle persone affette da disturbo alimentare osservate nello studio ha sperimentato depressione ed ansia, il 75% ha riportato preoccupazioni per il proprio peso corporeo, riguardo l'alimentazione e l'aumento dei pensieri relativi all'aumento di esercizio fisico. Nello specifico:

- Il 60% ha riportato peggioramento nei comportamenti alimentari restrittivi;
- Il 32% ha riportato un aumento delle abbuffate;
- Il 12% ha riportato un aumento di strategie compensatorie.

²² Istituto Superiore di Sanità, *Comunicato Stampa N°20/2022*, op. cit., ultimo accesso 08/09/2022

²³ Sideli L. et al., PubMed, *Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis*, anno 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34460991/>, ultimo accesso 13/09/2022

Questo riguarda anche, e soprattutto, bambini e adolescenti che interrompendo la scuola in presenza hanno subito un drastico cambiamento della loro quotidianità, i periodi di tempo passati davanti agli schermi si sono allungati notevolmente, in relazione anche alla didattica a distanza, schemi di sonno irregolari, diminuzione dell'attività fisica, interruzione del contatto diretto con i compagni ed amici. Come evidenziato da uno studio²⁴, durante la prima fase della pandemia, si è potuto assistere ad un peggioramento o riattivazione dei sintomi caratteristici dei disturbi alimentari nel 42% dei casi. Inoltre gli adolescenti hanno manifestato di più l'aggravamento dei sintomi rispetto ai bambini. Per quanto riguarda i ricoveri osservati nello studio, il 68,2% dei pazienti e delle loro famiglie ha identificato l'inizio dell'isolamento come un possibile fattore precipitante per il ricovero. In oltre il 50% dei casi, il peggioramento clinico è stato associato a restrizione alimentare e aumento dell'esercizio secondario alla riattivazione della fobia del peso. Al momento del ricovero il 45,5% dei pazienti presentava irritabilità e il 22,7% presentava disturbi dell'umore, riconoscendo questo come secondario all'isolamento.

Un altro studio recente²⁵ ha dimostrato come non solo adolescenti con disturbo alimentare abbiano peggiorato il loro quadro clinico consequenzialmente al lockdown da Covid-19 e all'aumento dell'uso dei social media durante il blocco, ma come anche adolescenti senza diagnosi di DCA abbiano riportato un disagio nei confronti del proprio corpo. I risultati sottolineano l'importanza di considerare in particolare gli adolescenti con anoressia nervosa poiché hanno riferito di essere stati fortemente colpiti dalle misure di blocco da Covid-19, riportando un aumento del disturbo alimentare, dell'ansia e dei sintomi depressivi. In campioni non clinici (casi controllo) hanno dimostrato una maggiore suscettibilità ai contenuti social riguardanti l'immagine corporea correlati ad un aumento dei DCA. Durante la pandemia infatti l'esposizione ai social media che promuovevano la perdita di peso e il mettersi in forma ha spopolato tra i giovanissimi, ricercando metodi sempre già

²⁴ Graell M. et al., Wiley Online Library, *Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges*, anno 2020, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2763>, ultimo accesso 16/09/2022

²⁵ Muth L. et al., MDPI, *Effects of the COVID-19 Restrictions on Eating Behaviour and Eating Disorder Symptomology in Female Adolescents*, anno 2022, <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8480/htm>, ultimo accesso 16/09/2022

efficaci in breve termine, con un surplus di esercizio fisico e diete drastiche. Questo è stato descritto come un fattore importante per il peggioramento della sintomatologia da DCA, soprattutto in persone con anoressia nervosa.

Non sono ancora noti gli effetti a lungo termine su questi pazienti, sulla salute mentale degli adolescenti e sulle strategie di coping più adeguate.

1.8 Ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema di grande rilievo per quanto concerne la salute pubblica, non solo per la complessità del trattamento, ma per l'età d'insorgenza che si abbassa di anno in anno: frequenti sono le diagnosi già nella preadolescenza e, purtroppo, anche durante l'infanzia. Nella maggior parte dei casi, questi disturbi vengono diagnosticati già quando sono in fase conclamata ed avanzata, proprio per la difficoltà nel riconoscerli e perché tendenzialmente non vengono in primis riconosciuti, come malattia, dalla persona stessa che ne soffre.

Tali disturbi richiedono un trattamento complesso, multi-professionale, globale e olistico (seguendo il modello bio-psico-sociale), a lungo termine. Proprio per l'abbassamento dell'età d'insorgenza di questi disturbi, maggiori sono i rischi per la gravità degli effetti sull'organismo, che essendo in fase di crescita, rischiano di comportare danni permanenti a quei sistemi che non hanno ancora raggiunto un livello di maturazione sufficiente. Per questa ragione, un intervento precoce è necessario. Molti, infatti, sono gli studi sul trattamento di questi disturbi e sul ruolo dell'infermiere all'interno di questo processo multi-professionale olistico, ma per quanto riguarda la prevenzione di essi, pochi sono i riscontri. Nel 2012 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) aveva individuato tre aree fondamentali sulle quali agire per far fronte al problema crescente dei DCA: epidemiologia, modelli organizzativi e, per l'appunto, prevenzione.²⁶

Nel 2018, il Ministero della Salute, ha pubblicato un documento relativo agli interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione e il trattamento del paziente con DCA in Pronto

²⁶ Ministero della Salute, *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*, anno 2013, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2561, ultimo accesso 24/08/2022

Soccorso prendendo il nome di “Codice Lilla” e un documento rivolto ai familiari di pazienti con disturbo alimentare.²⁷ Inoltre nel 2018, il 15 marzo è stato riconosciuto come Giornata Nazionale del Fiocchetto Lilla, giornata dedicata ai disturbi del comportamento alimentare.

Altri sono i documenti e progetti pubblicati dall’ISS e dal Ministero della Salute fino ad oggi, anche in concomitanza con gli avvenimenti recenti della pandemia da Covid-19 che ha influito su essi.

Per contrastare la complessità di questi disturbi e l’ingente quantità di risorse necessarie per il loro trattamento, interventi di prevenzione potrebbero rappresentare l’azione migliore e più efficace.

La prevenzione è il campo che vede come protagonista proprio l’infermiere, come ricorda il Profilo Professionale, approvato con il D.M. del 14/09/1994 n.739, dove nell’articolo 1 al comma 2 è scritto: *“L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono: la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l’educazione sanitaria”*.

Si denota come la prevenzione e l’educazione sanitaria sono il punto focale dell’assistenza infermieristica, in quanto proprio attraverso esse è possibile ridurre l’insorgere di molte malattie.

Ce lo ricorda anche il Codice Deontologico, nell’articolo 7 “cultura della salute”, capo II “responsabilità assistenziale”, che afferma: *“L’Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell’ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività”*.

L’infermiere assume un ruolo attivo e centrale nel cercare di creare la miglior condizione possibile affinché la natura possa agire. Ciò significa che il nursing si occupa di predisporre un ambiente favorevole per il paziente perché possa esercitare un maggior

²⁷ Ministero della Salute, *Disturbi alimentari, Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla 2019*, anno 2019, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3673#:~:text=I%20disturbi%20della%20nutrizione%20e%20dell'alimentazione%20in%20cifre&text=Ecco%20i%20dati%20epidemiologici%20disponibili,un%20anno%2C%20tra%20gli%20uomini, ultimo accesso 18/09/2022

controllo sulla propria salute e migliorarla, come descrive l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): *“La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute”*.

E ancora enuncia: *“La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo;[...]la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere”*.²⁸

Ascolto, dialogo, empatia, queste sono le parole che esprimono il fondamento della relazione che intercorre tra la figura dell'infermiere con il singolo o con la collettività. Ed è proprio la natura di questa relazione che permette una maggiore compliance dell'assistito, ricordando che, come espone l'articolo 4 “relazione di cura” capo I, principi e valori professionali, del codice deontologico: *“Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura”*. Il tempo dedicato al paziente non è considerato come il trascorrere sequenziale delle lancette dell'orologio, il classico Kronos a cui i greci facevano riferimento, quindi l'incessante scorrere del tempo, ma si tratta del tempo cairologico, ossia giusto od opportuno, Kairòs, quello spazio in cui ci s'incontra con l'altro e con l'altro si instaura un dialogo, fiducia e cura, che sono determinanti e necessari per quel momento.²⁹

In letteratura non si trovano molti studi che descrivono o trattano progetti di interventi di prevenzione primaria e le risposte alla fattibilità di fare prevenzione per i DCA non sono univoche e risultano spesso essere contrastanti tra loro. Questo è dovuto all'eziopatogenesi multifattoriale dei disturbi alimentari, non ancora totalmente conosciuti del tutto, e ne rappresenta un limite per la prevenzione primaria. I fattori su cui è possibile intervenire non riguardano quindi direttamente la sintomatologia del comportamento alimentare ma si

²⁸ OMS, Carta di Ottawa per la promozione della salute, Canada 1986

²⁹ FNOPI, *Commentario al Nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, Roma 2020, pag. 14

concentrano sui fattori fisici, psichici e sociali che li caratterizzano, quali: la fascia d'età (adolescenza e preadolescenza), il sesso (per la maggior parte femminile), la pressione dei social media, l'impatto dell'ambiente di vita e l'autostima personale.

CAPITOLO 2: OBIETTIVI DELLO STUDIO

Questo studio ha lo scopo di indagare ed analizzare le caratteristiche e l'entità dei DCA nel nostro territorio, dopo la pandemia da Covid-19, rivolgendosi ad un gruppo di pre-adolescenti (alunni di una scuola secondario di primo grado). Lo studio ha l'obiettivo di capire e valutare attraverso la somministrazione del questionario ChEAT e di una serie di domande generali, il rilievo di alcuni atteggiamenti del comportamento alimentare e la correlazione con il precoce uso dei social media.

Nasce con l'idea di capire dapprima l'entità del fenomeno dei disturbi alimentari, nel territorio e in correlazione all'abbassamento dell'età d'insorgenza, come analizzato da diversi studi in letteratura, e cercando di comprendere in che modo la figura dell'infermiere possa intervenire attraverso progetti di tipo preventivo nella sensibilizzazione dei pre-adolescenti su questo fenomeno, così come avviene per altre tipologie di dipendenza, come il fumo, l'alcol e le sostanze stupefacenti.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Disegno e campione di indagine

Studio descrittivo quantitativo effettuato su un campione di pre-adolescenti (fascia d'età compresa tra gli 11 e i 14 anni), di una scuola media, che indaga e valuta gli atteggiamenti e comportamenti di tipo alimentare nei ragazzi attraverso l'uso di un questionario anonimo validato (ChEAT) e domande di carattere generale.

Il progetto è partito da una fase di documentazione, ricerca e studio del fenomeno dei disturbi del comportamento alimentare e degli strumenti utilizzabili per raccogliere dati circa l'entità della situazione.

Il campione selezionato è composto dagli alunni di tutte le classi (7), di tutte le sezioni della scuola secondaria di primo grado, l'Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII" di Pianiga (Venezia), per un totale di 130 alunni. Hanno partecipato allo studio 115 alunni (53 femmine, 62 maschi), di cui 26 del primo anno, 35 del secondo anno e 54 del terzo anno, l'età media del campione preso in esame è 12,6 anni. È stata presa in considerazione questa fascia d'età, 11-14 anni, per indagare, come numerosi studi hanno dimostrato, l'abbassamento dell'età d'insorgenza dei disturbi del comportamento.

3.2 Fattibilità del progetto e limiti

Una delle difficoltà riscontrate inizialmente è stata la reperibilità di materiale adeguato per la fascia d'età presa in esame, poiché le informazioni dalla letteratura, riguardanti interventi preventivi o strumenti di screening, in questo campo sono ad oggi ancora limitate o con conclusioni contraddittorie.

La revisione di un questionario (in questo caso è stato scelto il questionario ChEAT) che si potesse rivolgere ad una fascia d'età molto giovane e la creazione di domande comprensibili ma utili al fine dello studio, ha comportato delle difficoltà nell'elaborazione di essi, dapprima traducendo in modo corretto il questionario e successivamente per renderlo il più comprensibile possibile, prestando attenzione che non ci fossero ambiguità di significato.

Una limitazione è stata riscontrata nella rielaborazione dei dati, poiché non tutti gli studenti hanno compilato totalmente domande e questionario, tralasciando e non completando tutte le informazioni richieste, che risultano invece importanti nell'analisi de dati.

3.3 Metodologie e strumenti di misura (per maggiori dettagli si veda l'Allegato n.1)

È stato somministrato un questionario anonimo in forma cartacea agli alunni individuati, con la collaborazione di un insegnante di riferimento, dopo aver ricevuto da parte della coordinatrice della sede universitaria e da parte del preside della scuola l'approvazione del progetto.

La docente ha consegnato a ciascun insegnate di Italiano le copie del questionario da somministrare agli alunni delle rispettive classi, da compilare durante una loro lezione.

Gli insegnanti hanno successivamente fornito agli alunni una breve spiegazione sulla finalità del questionario proposto: a tal fine è stata predisposta una nota informativa con una piccola descrizione del fenomeno dei disturbi del comportamento alimentare e sul questionario proposto.

Il tempo stimato per la compilazione è stato di circa 5-10 minuti.

Il questionario somministrato è il ChEAT (Allegato n.1), un questionario di auto-valutazione riguardante alcuni atteggiamenti del comportamento alimentare negli adolescenti.

Il questionario preso in considerazione è una versione ridotta del ChEAT a 26 items originario, adattato da M. J. Malone, McGuire e Daniels nel 1988, preso in analisi da T. J. Murphy nel suo studio "Valutazione degli atteggiamenti alimentari e dei comportamenti dietetici in bambini sani: analisi fattoriale di conferma del ChEAT" (2019).³⁰

In questo studio, gli autori propongono una riduzione a 14 items, rispetto ai 26 originari, tenendo in considerazione 5 fattori su cui vengono sviluppate le domande del questionario:

- dieta (items 4, 10 e 11);
- preoccupazione rispetto al peso corporeo (items 1, 7 e 9);
- preoccupazione per il cibo (items 2, 3 e 13);

³⁰ Murphy T. et al., Wiley Online Library, *Assessment of eating attitudes and dieting behaviors in healthy children: Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Attitudes Test*, anno 2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23062>, ultimo accesso 22/09/2022

- pressione sociale (items 5, 8 e 12);
- controllo orale e vomito (items 6 e 14).

I 14 items vengono valutati su una scala a 6 punti con risposte: sempre (3 punti), molto spesso (2 punti), spesso (1 punto), a volte (0 punti), raramente (0 punti) e mai (0 punti).

Si è scelto di non considerare la risposta “a volte” poichè, avente comunque valutazione 0 non avrebbe inciso sul punteggio finale. Si è ritenuto più opportuno l’accostamento dei due avverbi di frequenza “spesso” e “raramente” per chiarificare al meglio il risultato del test.

Con un punteggio massimo di 42 punti, se il risultato è minore di 11 non si presenta una situazione di rischio di disturbo alimentare, se è superiore od uguale a 11 potrebbe presentarsi il rischio di un disturbo dell’alimentazione.

Si tratta di uno strumento non volto a far diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, ma utile al fine di comprendere l’entità del livello di rischio.

Si è scelto di mantenere in considerazione solo i 14 items proposti dallo studio, rispetto ai 26 originari, per una maggior possibilità di comprensione per la fascia d’età a cui è stato sottoposto il questionario. Alcune domande risultavano ridondanti e di difficile comprensione. Secondo lo studio, inoltre, questo questionario ridotto e a 5 fattori, riesce a catturare la natura multidimensionale dei comportamenti alimentari e non si concentra solamente su una tipologia di disturbo.

Per la predisposizione dello strumento è stata, inoltre, consultata la pubblicazione rispetto alla validazione italiana dello stesso.³¹

Per capire meglio le caratteristiche dei disturbi, per una maggior completezza dei dati, in correlazione anche ai social media, sono state poste delle domande non specifiche e di carattere generale (Allegato n.1).

³¹ Laudadio A. et al., *Validazione italiana della scala ChEAT con pre-adolescenti: atteggiamento nei confronti del proprio peso*, Psicologia Clinica dello Sviluppo Vol.14, anno 2010, pag.127-151, <http://laudadio.it/validazione-italiana-della-scala-cheat-con-pre-adolescenti-atteggiamento-nei-confronti-del-proprio-peso/>

CAPITOLO 4: RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI

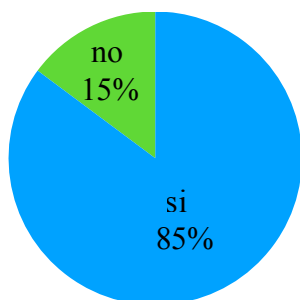
Sono stati compilati 115 questionari, di cui 7 non sono stati presi in considerazione nella rielaborazione dei dati per mancato inserimento di dati essenziali nell'analisi di essi.

Sono stati, quindi, analizzati 108 questionari, di cui 50 femmine (46,3%), e 58 maschi (53,7%). Di questi, 23 frequentano il primo anno (13 femmine e 10 maschi), 31 il secondo anno (17 femmine e 14 maschi) e 54 il terzo anno (20 femmine e 34 maschi) e rappresentano rispettivamente il 21,3%, il 28,7% e il 50% del campione.

4.1 Utilizzo dei social media (per maggiori dettagli si veda l'Allegato n.2)

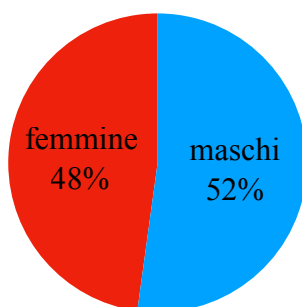
Per conoscere poi la correlazione con un'eventuale rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare, si è chiesto loro se fanno uso di social media, con risposta "sì" oppure "no" e di indicarne la tipologia (Tabella I).

Grafico 1. Utilizzo dei social media



L' 85,2% di loro fa uso di social media, di cui 44 ragazze ossia il 47,8% e 48 ragazzi ossia il 52,2%.

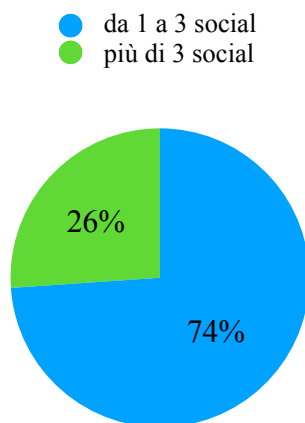
Grafico 2. Utilizzo dei social media per genere



Questi dati emersi sono in linea con i dati rilevati da studi a livello nazionale^{32 33}, che evidenziano anch'essi come l'85% dei ragazzi in questa fascia d'età sia iscritto ed utilizzi i social media.

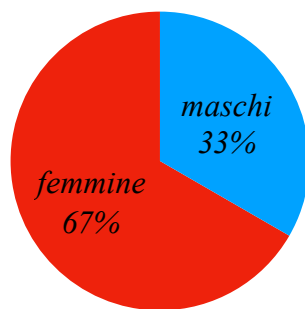
Si è osservato poi del campione, che di quel 85,2% di loro che fa uso di social media, il 73,9% è iscritto da 1 a 3 social media, mentre il restante 26,1% è iscritto a più di 3 social media (Tabella II).

Grafico 3. Iscrizione ai social media



Di quel 26,1% è importante notare come ben i 2/3, ossia il 66,7%, siano ragazze e solo 1/3, ossia il 33,3% siano maschi.

Grafico 4. Iscrizione per genere a più di 3 social media



È risaputo, anche grazie a diversi studi, che i giovani d'oggi sappiano utilizzare ed utilizzino regolarmente la tecnologia, quello che fa riflettere è come la maggior parte dei

³² EpiCentro, *HBSC: i risultati dell'indagine 2018 in Puglia*, anno 2018, <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018-puglia>, 02/10/2022

³³ FEIcom, *Giovani e social media*, anno 2016, <https://www.feicom.it/index.php/osservatorio-multimedialita-e-minori/112-giovani-e-social-media>, ultimo accesso 02/10/2022

preadolescenti, in questo caso gli studenti presi in considerazione, sia iscritto ed utilizzati, e di conseguenza sia influenzato, dal mondo virtuale già in giovane età.

4.2 Indice di massa corporea

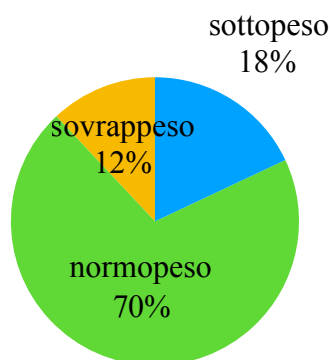
È stato poi chiesto di indicare peso ed altezza per conoscere l'indice di massa corporea (IMC o BMI), un parametro utile per stabilire e comprendere se una persona ha un peso adeguato in relazione alla sua altezza ed età e si calcola dividendo il peso (espresso in kg) per il quadrato dell'altezza (espressa in metri).

È il criterio per valutare eventuale sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesità. Il risultato del calcolo è ottenuto tenendo in considerazione anche l'età, quindi basandosi sulle curve di crescita adottate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Ne è risultato che le ragazze presentano in media un BMI inferiore ai ragazzi, 18,16 (nel range di normopeso) per le femmine, contro il 18,95 dei maschi.

È stato riscontrato che il 18% delle 50 studentesse prese come campione, risulta essere in sottopeso. Il 70% di esse presenta un normopeso e il 12% un sovrappeso (Tabella III).

Grafico 5. Indici di massa corporea femmine



Per quanto riguarda i 58 studenti maschi, solo il 3,45% risulta essere sottopeso, il 48,5% normopeso e il 12% sovrappeso (Tabella IV).

Grafico 6. Indici di massa corporea maschi

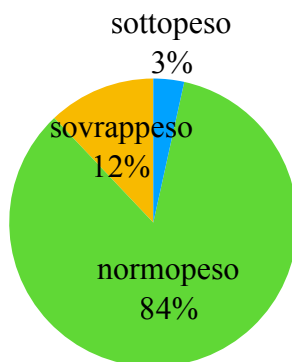
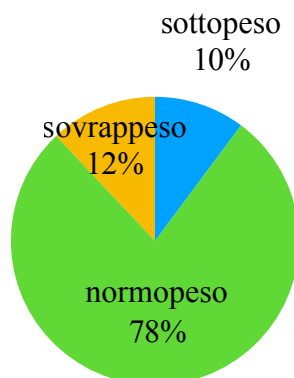


Grafico 7. Indici di massa corporea totale

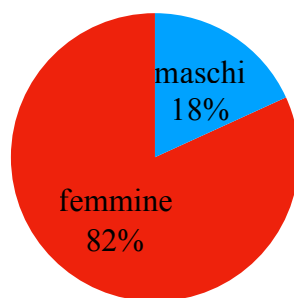


I risultati ottenuti (per maggiori dettagli si veda Tabella V) sono in concordanza con i studi nazionali³⁴ che rilevano un 11% dei ragazzi sottopeso, 54% normopeso, 27% sovrappeso e il 7% obeso. Nel campione di studenti analizzato non sono stati riscontrati casi di obesità a differenza dei dati nazionali.

Si può notare come la percentuale, del campione preso in esame, di soggetti sottopeso risulti significativa nel complesso ed importante confrontando la percentuale femminile con quella maschile. Infatti di quel 10%, ben l'82% (9 soggetti) è rappresentato dalle ragazze mentre solo il 18% (2 soggetti) dai ragazzi.

³⁴ EpiCentro, *L'attenzione alla salute nei pre-adolescenti*, anno 2002, <https://www.epicentro.iss.it/ben/2002/settembre02/1>, ultimo accesso 03/02/2022

Grafico 8. Percentuale sottopeso per genere



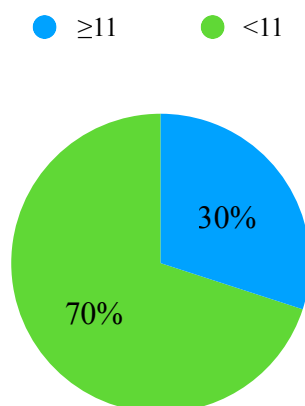
4.3 Rischio di DCA rilevato

Si è passati poi al questionario ChEAT (Allegato n. 1). Per ogni domanda è stato chiesto di mettere una preferenza da “sempre” a “mai” per comprendere gli atteggiamenti rispetto ad alcuni comportamenti alimentari.

Si ricorda che questo è uno strumento di screening, quindi non volto a diagnosticare ma semplicemente a porre attenzione alle problematiche di certi atteggiamenti e comportamenti alimentari considerati a rischio.

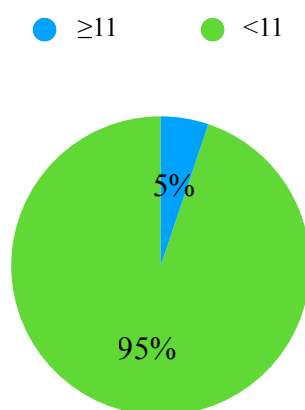
Analizzando il punteggio ottenuto dalla somma di ogni risposta data per ogni singolo questionario è risultato che ben 15 ragazze su 50 (30%) presentano un punteggio superiore ad 11 (2 ragazze del primo anno, 7 del secondo anno e 6 del terzo, anno, per maggiori dettagli si veda Tabella VI Allegato n.2) quindi presentano un rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare.

Grafico 11. Rischio di sviluppare DCA, femmine



Interessante è il confronto con il dato che ne deriva dall'analisi del punteggio del questionario dei studenti maschi infatti solo 3 di essi (1 ragazzo per anno) su 58 presentano un punteggio superiore a 11, con rischio quindi di sviluppare un disturbo. Si tratta infatti del 5,1%, 5/6 in meno rispetto alla percentuale raggiunta dalle ragazze che comprendeva invece il 30% di esse.

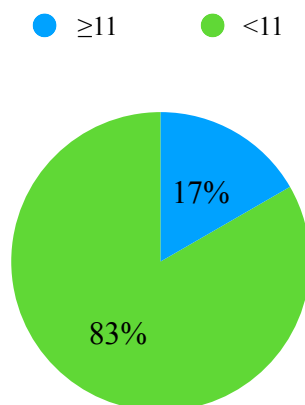
Grafico 12. Rischio di sviluppare DCA, maschi



Il rischio di sviluppare un disturbo è da ritenersi preoccupante per la percentuale emersa soprattutto nelle ragazze, a conferma dei dati nazionali che vedono i disturbi del comportamento alimentare a prevalenza femminile.

Ne risulta che il 16,7% (18 soggetti) dei 108 studenti del campione, è a rischio di sviluppare un disturbo alimentare. Questo è un dato allarmante di una realtà territoriale vicina a noi.

Grafico 13. Rischio di sviluppare DCA, totale



4.4 Uso dei social media e presenza DCA

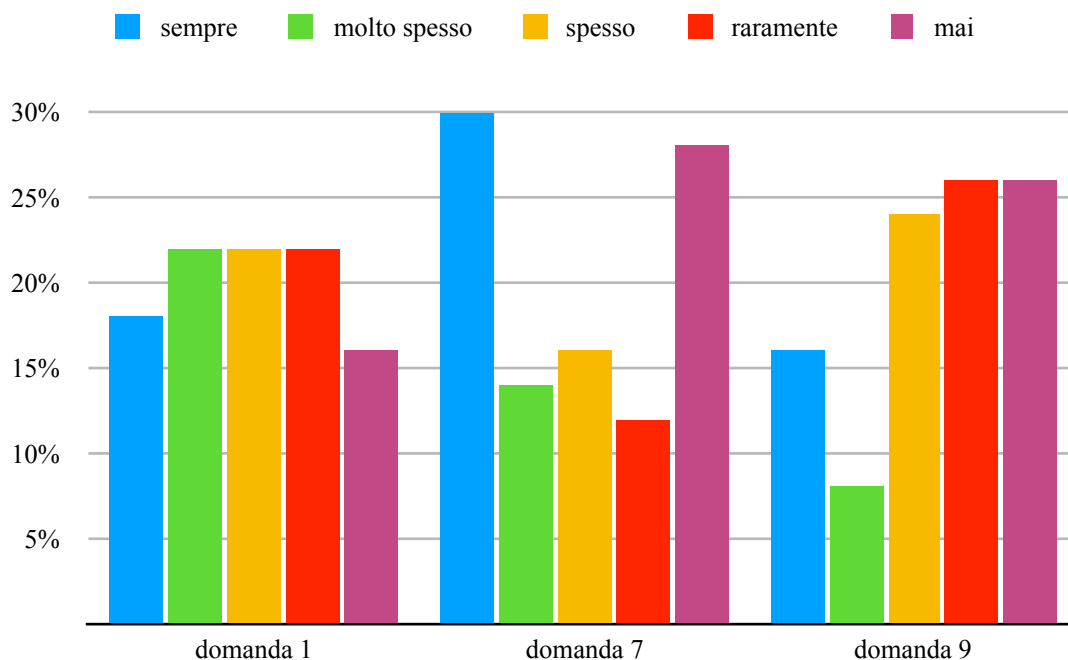
Andando ad analizzare tutte le ragazze che presentavano un punteggio superiore o uguale ad 11, quindi con rischio di sviluppare un DCA, si è visto che tutte, a parte una ragazza, fanno parte della percentuale che è iscritta ed utilizza più di 3 social media.

Nei ragazzi invece è stato riscontrato che dei tre ragazzi che avevano raggiunto un punteggio pari o superiore ad 11, due ragazzi sono iscritti ed utilizzano un numero di social media inferiore a 3 e un ragazzo non ha social.

4.5 Alcune domande rilevanti

Analizzando le risposte al questionario delle studentesse (per maggior dettagli si veda grafico 9), nelle domande che riguardano la preoccupazione rispetto al proprio peso corporeo (domanda 1 “Ho paura di ingrassare”, domanda 7 “Penso spesso a voler essere più magra” e domanda 9 “Mi preoccupa l’idea di avere del grasso sul mio corpo”) si nota come la percentuale della risposta “sempre” sia predominante, rispettivamente il 18% per la domanda 1, ben il 30% per la domanda 7 e il 16% per la domanda 9.

Grafico 14. Preoccupazione rispetto al proprio corpo, domanda 1, 7 e 9, femmine



Questo denota come l’immagine del proprio corpo, del proprio aspetto e la sensazione del proprio peso sia percepita così importante già ad una giovane età e di come la pressione

sociale, espressa dai quesiti 5, 8 e 12 sia altrettanto importante nella percezione di se stessi. Per quanto riguarda gli items 6 “Mi capita di vomitare dopo aver mangiato” e 14 “Sento il desiderio di vomitare dopo mangiato” che indagano sul controllo orale e vomito, la maggior parte delle ragazze ha espresso come preferenza “mai”, rispettivamente il 76% e il 66%, non è da sottovalutare tuttavia come ben 4 persone su 50 (8%) alla domanda 14 abbiano risposto con la preferenza “molto spesso” e 3 persone (6%) abbiano espresso “spesso”. Sono dati importanti su items che indagano un comportamento molto specifico e caratteristico dei disordini alimentari.

Grafico 15. Controllo orale e vomito, domanda 6, femmine

● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai

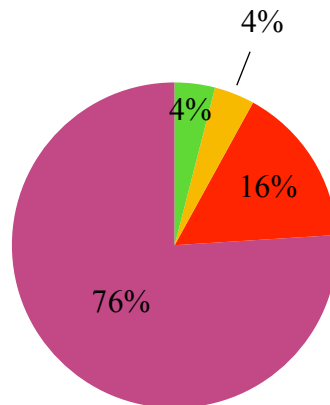
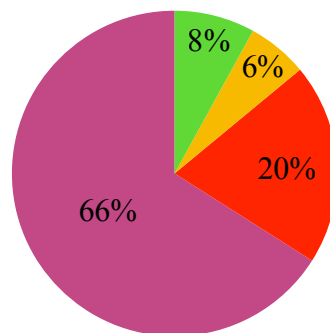


Grafico 16. Controllo orale e vomito, domanda 14, femmine

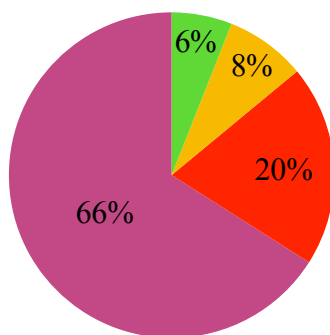
● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai



Gli items che riguardavano dieta (4, 10 e 11) e preoccupazione per il cibo (2, 3 e 13) hanno presentato percentuali non indicativamente preoccupanti, è da mettere in evidenza però come nell' item 2 "Penso molto spesso al cibo" il 30% abbia espresso come preferenza "spesso". La domanda 3 "Mi è capitato di abbuffarmi non riuscendo a smettere di farlo" indagava un atteggiamento tipico della bulimia, si è visto che il 6% e l'8% delle ragazze ha espresso rispettivamente "molto spesso" e "spesso" come preferenza.

Grafico 17. Preoccupazione per il cibo, domanda 3, femmine

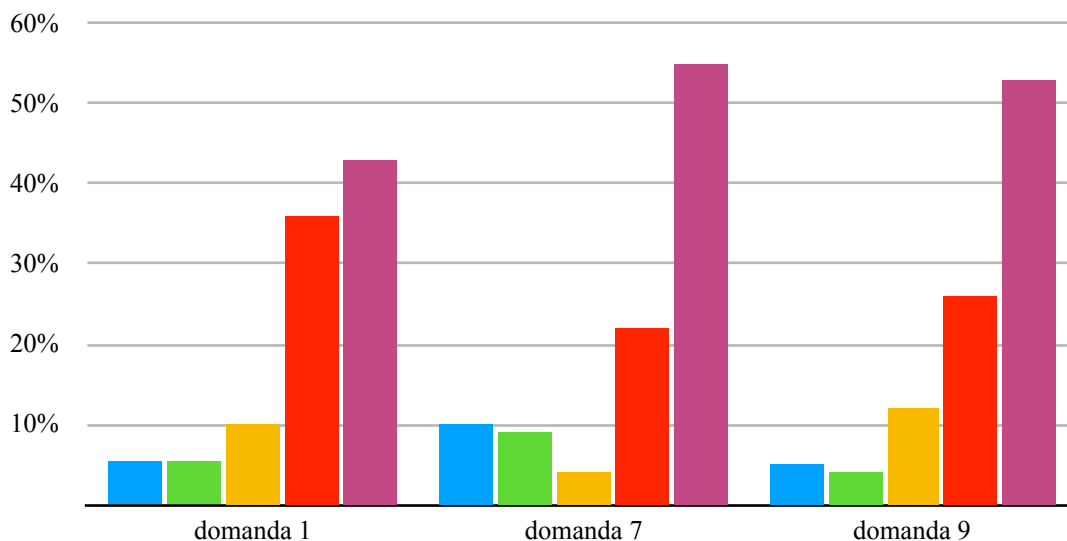
● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai



Analizzando i questionari dei maschi, si nota visivamente dal grafico (Grafico 10) la differenza rispetto al grafico delle ragazze.

Grafico 18. Preoccupazione rispetto al proprio corpo, domanda 1, 7 e 9, maschi

■ sempre ■ molto spesso ■ spesso ■ raramente ■ mai



Come per le ragazze, anche se in percentuale nettamente inferiore, si può notare come anche per i ragazzi nelle domande che riguardano la preoccupazione rispetto al proprio peso corporeo (domanda 1 “Ho paura di ingrassare”, domanda 7 “Penso spesso a voler essere più magra” e domanda 9 “Mi preoccupa l’idea di avere del grasso sul mio corpo”) la percentuale che esprime come preferenza “sempre” sia comunque rilevante. Nella domanda 7 infatti il 10,3% di loro esprime la sensazione di voler essere più magri. Nella prima domanda invece la percentuale scende ad 1/4 rispetto alle ragazze, si tratta del 5,2% contro il 18% espresso dalle colleghe femmine.

Questo in riferimento al fatto che la percezione del proprio aspetto fisico sia una questione che, seppur in percentuale minore, preoccupa anche i maschi.

Una grande differenza che è da evidenziare riguarda gli items che indagano sul controllo orale e vomito, items 6 “Mi capita di vomitare dopo aver mangiato” e item 14 “Sento il desiderio di vomitare dopo mangiato”. Nessuno, sia per la domanda 6 che per la 14, ha espresso come preferenza “sempre” e “molto spesso”. La totalità ha concordato per il “mai”, rispettivamente l’84,5% e il 93,1%, risultando le percentuali più alte espresse per la preferenza “mai”.

Grafico 19. Controllo orale e vomito, domanda 6, maschi

● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai

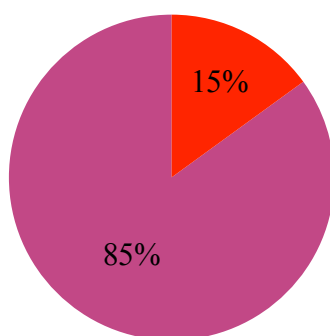
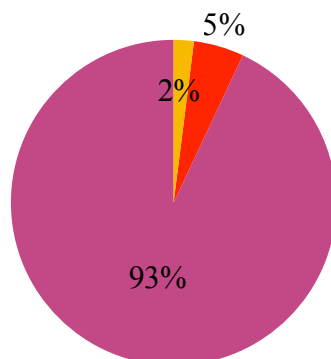


Grafico 20. Controllo orale e vomito, domanda 14, masch

● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai

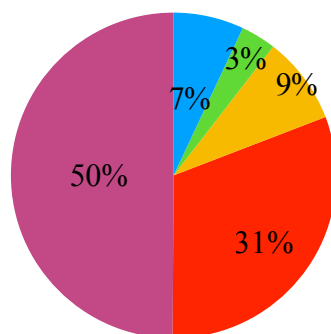


Si nota invece una differenza per quanto concerne le risposte ai quesiti sulla preoccupazione per il cibo: 2 “Penso molto spesso al cibo”; 3 “Mi è capitato di abbuffarmi non riuscendo a smettere di farlo”; 13 “Dedico troppo tempo e troppi pensieri al cibo”.

La domanda 2 infatti presenta la percentuale più bassa della preferenza “mai” (17,3%) e la percentuale più alto espressa per “spesso” (27,6%). 1 ragazzo su 10 ha espresso “sempre” come preferenza per il pensiero sul cibo.

Grafico 21. Preoccupazione per il cibo, domanda 3, maschi

● sempre ● molto spesso ● spesso ● raramente ● mai



Gli items che riguardavano la dieta (4, 10 e 11) anche qui non presentano percentuali significative e sbilanciate per una delle due preferenze estreme, “sempre” o “mai”.

Ricordando che la prevenzione è l’insieme di interventi sanitari e non sanitari coinvolti a ridurre l’insorgenza, lo sviluppo e la cronicizzazione di un disturbo, la scuola risulta esser

il luogo elettivo per effettuare interventi preventivi poiché si rivolgerebbero direttamente alla fascia d'età più a rischio e darebbero la possibilità di intervenire prima che il disturbo insorga, operando per modificare diminuendo o annullando i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione, come pure poter essere in grado di individuare precocemente i casi di malattia attraverso strumenti di screening, come il questionario ChEAT.

Possibili strategie per mettere in atto progetti preventivi efficaci, rispetto alla mera informazione sui disturbi alimentari che risulta, secondo alcuni studi controproducente, sono:

- Programmi psico-educativi sulla promozione di uno stile di vita sano sull'alimentazione e l'attività fisica;
- Educazione ad una maggior consapevolezza delle pressioni sociali sulla magrezza e per valorizzare un'immagine corporea compatibile sia con la salute fisica che con quella mentale;
- Perseguire il miglioramento dell'autostima e delle difficoltà interpersonali;
- Gruppi di discussione all'interno delle classi per uno sviluppo di un maggior senso critico nei confronti dei messaggi dei mass-media con anche la partecipazione di vari professionisti esperti sul tema DCA (medici, psicologi, infermieri);
- Focalizzare interventi per differenti livelli di sintomatologia;
- Programmi educativi specifici rivolti agli insegnanti e il personale della scuola;
- Programmi educativi specifici rivolti ai familiari;
- Rafforzare l'integrazione multi-professionale così da selezionare le aree specifiche di intervento per ciascun professionista ed aumentare l'efficacia del progetto educativo;
- Aumentare le capacità di riconoscimento dei disturbi dell'alimentazione nella scuola e nella famiglia;
- Migliorare la comunicazione tra le diverse istituzioni (famiglia-scuola-sanità) e facilitare quindi la richiesta di aiuto ai primi sintomi.³⁵

³⁵ Alaimo M., Nurse24, *Dossier/ Mangiare per vivere. Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare: anoressia e bulimia una vera emergenza sanitaria*, anno 2016, <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/dossier-disturbi-alimentari-anoressia.html>, ultimo accesso 15/09/2022

CONCLUSIONI

Questo lavoro si è posto l'obiettivo di indagare la situazione relativa ai disturbi del comportamento alimentare tra i giovani del nostro territorio e grazie alla somministrazione del questionario ChEAT si è riuscito a comprenderne l'entità. Si tratta di disturbi, come spiega la letteratura e come si è potuto appurare dall'indagine, che insorgono sempre più precocemente e i dati emersi dai questionari sono da considerarsi rilevanti e da percepire con atteggiamento critico nei confronti di questa situazione che è sempre più reale e vicina a tutti. L'avvenire dei social media, ormai, come si è potuto constatare, parte integrante anche dei giovanissimi, influenza il concetto e la percezione che i ragazzi hanno di se stessi, della propria immagine corporea e dell'aspetto fisico, andandolo a modificare e rendendo inadeguata ogni forma fuori dai canoni di bellezza che si sono imposti in questa attuale società.

Si è visto come il questionario ChEAT sia uno strumento di facile comprensione per una fascia d'età molto giovane, economico ed utile al fine di identificare precocemente le persone affette da disturbo alimentare o a rischio di svilupparne uno. L'identificazione precoce dei disturbi può contribuire senz'altro ad attuare una cura nel minor tempo possibile per una miglior prognosi.

Esso può rappresentare un importante strumento di tipo preventivo. Poiché la prevenzione è ritenuta un intervento prioritario nei disturbi del comportante alimentare e intrinseco della professione infermieristica. L'infermiere è colui che ricopre il ruolo di promotore della salute e ne riconosce il bene fondamentale in esso, si auspica per tutti i punti approfonditi da questo lavoro, che in futuro si possano integrare strumenti di screening come quello presentato, utili al riconoscimento dei DCA e che possano essere trattate, approfondite e ampliate attitudini, conoscenze e competenze anche in questo ambito, così poco conosciuto dalla figura dell'infermiere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Alaimo, M. (2016, 28 gennaio). *Dossier/ Mangiare per vivere. Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Anoressia e bulimia una vera emergenza sanitaria*. Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/dossier-disturbi-alimentari-anoressia.html>
2. Artoni, P., & Scita, F. (2022, 1 agosto). *Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura*. Ospedale Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa/>
3. *Aspetti epidemiologici*. (s.d.). EpiCentro. <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia>
4. Barca, L., & Pezzulo, G. (2020, 7 febbraio). Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa - Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.3758/s13415-020-00777-6>
5. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*. EpiCentro. (2002). Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/ben/2002/settembre02/1>
6. Bozzola, E., & Spina, G. (2020, 1 dicembre). I disturbi della condotta alimentare nell'epoca dei social network. *Pediatria*, 12, 19. <https://sip.it/2022/02/28/i-disturbi-della-condotta-alimentare-nellepoca-dei-social-network/>
7. *Bulimia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura della bulimia*. (2021, 13 settembre). Ospedale Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/bulimia-cause-sintomi-cura/#:~:text=Bulimia%20cause,-Come%20per%20molte&text=Tra%20le%20principali%20cause%20e,proprio%20disturbo%20dell'immagine%20corporea.>
8. Colombo, G. (2008). *Elementi di psichiatria*. cleup.
9. Commentario al nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche. (2020). *FNOPI*. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf>
10. Comunicato Stampa N°20/2022 - Giornata del Fiocchetto Lilla sui disturbi alimentari, aggiornata la mappa dei servizi sanitari, ad oggi sono oltre cento i centri accreditati.

- (2022, 15 marzo). Istituto Superiore di Sanità. https://www.iss.it/web/guest/primopiano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/6778881
11. *Cos'è un disturbo alimentare?* - Centro DCA. (s.d.). Centro DCA. <https://www.centrodca.it/cose-un-disturbo-alimentare/>
 12. *Disturbi alimentari cause: I fattori di rischio* - TreCAalimentazione. (2020, 31 agosto). TreCAalimentazione. <https://www.trecalimentazione.it/disturbi-alimentari-cause-i-fattori-di-rischio/>
 13. *DISTURBI ALIMENTARI E COVID-19 | ospedale maria luigia*. (2022, 8 agosto). Ospedale Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/disturbi-alimentari-covid-19/>
 14. *Disturbi dell'alimentazione*. (2022, 14 marzo). Ministero della Salute. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4470&area=Salute%20donna&menu=patologie>
 15. *Disturbi alimentari, giornata nazionale del fiocchetto lilla 2019*. (2019, 15 marzo). Ministero della Salute. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3673#:~:text=I%20disturbi%20della%20nutrizione%20e%20dell'alimentazione%20in%20cifre&text=Ecco%20i%20dati%20epidemiologici%20disponibili,un%20anno,%20tra%20gli%20uomini
 16. Galimberti, U. (2001, 26 agosto). *Gola*. la Repubblica. <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2001/08/26/gola.html>
 17. Galimberti U., *I vizi capitali e i nuovi vizi*, Feltrinelli, Milano 2003
 18. Gandin, C., & Pacifici, R. (2020, 6 maggio). *Disturbi dell'alimentazione e COVID-19*. EpiCentro. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-disturbi-alimentazione>
 19. *Giovani e social media*. FEIcom. (2016). Retrieved from <https://www.feicom.it/index.php/osservatorio-multimedialita-e-minori/112-giovani-e-social-media>
 20. Graell, M. *et al* (2020, July 29). *Children and adolescents with eating disorders ...* - *Wiley Online Library*. Children and adolescents with eating disorders during

- COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2763>
21. Laudadio, A., Houber, N., Di Gianfrancesco, R., & D'Alessio, M. (2010). Validazione italiana della scala ChEAT con pre-adolescenti: Atteggiamento nei confronti del proprio peso. *Psicologia Clinica dello Sviluppo, Vol. 14(1)*, 127–151. <http://laudadio.it/validazione-italiana-della-scala-cheat-con-pre-adolescenti-atteggiamento-nei-confronti-del-proprio-peso/>
 22. *Ministero della salute*. Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. (2013). Retrieved from https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2561
 23. Murphy, T. J., Hwang, H., Kramer, M. S., Martin, R. M., Oken, E., & Yang, S. (2019, 2 marzo). Assessment of eating attitudes and dieting behaviors in healthy children: Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Attitudes Test. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23062>
 24. Muth, L., Leven, K.-H., Moll, G., Kratz, O., & Horndasch, S. (2022, 11 luglio). Effects of the COVID-19 restrictions on eating behaviour and eating disorder symptomology in female adolescents. MDPI. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8480>
 25. *Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna)*. (2022, 17 febbraio). Ministero della Salute. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5804
 26. Sassaroli, S., Ruggiero, G. M., & Fiore, F. (2016, 27 maggio). *Controllo del peso e del cibo nei disturbi alimentari: Le teorie*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2016/05/controllo-disturbi-alimentari-fairburn/#:~:text=Il%20controllo%20è%20legato%20non,la%20paziente%20con%20disturbo%20alimentare.>
 27. Sideli, L., Lo Coco, G., Celeste Bonfanti, R., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021, 31 agosto). *Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and*

obesity: A systematic review and meta-analysis - PubMed. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34460991/>

28. *Sorveglianza Hbsc.* HBSC: i risultati dell'indagine 2018 in Puglia. EpiCentro. (2018). Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018-puglia>

ALLEGATI

ALLEGATO N. 1: QUESTIONARIO

Test sull'atteggiamento alimentare dei ragazzi

Children's Eating Attitude Test (ChEAT)

Tanya J. Murphy 2019

Ciao, sono Sara Simionato, per la mia Tesi di Laurea in Infermieristica sto conducendo uno studio sul comportamento alimentare dei ragazzi.

Ti chiedo di leggere attentamente ogni domanda e di rispondere ad ognuna di esse segnando con una crocetta la tua risposta sulla casella corrispondente.

Classe: 1^a media 2^a media 3^a media

Età: _____ anni

Sesso: maschio femmina

Peso: _____ kg

Altezza: _____ cm

Hai qualche social media? si no

Se sì, quale/i: _____

	Sempre	Molto spesso	Spesso	Raramente	Mai
1. Ho paura di ingrassare					
2. Penso molto spesso al cibo					
3. Mi è capitato di abbuffarmi non riuscendo a smettere di farlo					
4. Sono attenta/o alle calorie dei cibi che mangio					
5. Sento che gli altri vorrebbero che mangiassi di più					
6. Mi capita di vomitare dopo aver mangiato					
7. Penso spesso a voler essere più magra/o					
8. Le altre persone pensano che io sia troppo magra/o					
9. Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul mio corpo					
10. Evito cibi dolci					
11. Mangio cibi dietetici					
12. Sento che gli altri mi fanno pressione per mangiare					

13. Dedico troppo tempo e troppi pensieri al cibo					
14. Sento il desiderio di vomitare dopo mangiato					

ALLEGATO N. 2: DATI STATISTICI COMPLETI DEI RISULTATI

- *Tabella I. Frequenza assoluta e percentuale rispetto l'utilizzo dei social media*

Genere	Sì		No	
	Frequenza assoluta (F)	Percentuale (%)	Frequenza assoluta (F)	Percentuale (%)
Femmine	44	88	6	12
Maschi	48	82,7	10	17,3
Totale	92	85,2	16	14,8

- *Tabella II. Frequenza assoluta e percentuale iscrizione ai social media*

Genere	Da 1 a 3 social media		Più di 3 social media	
	Frequenza assoluta (F)	Percentuale (%)	Frequenza assoluta (F)	Percentuale (%)
Femmine	28	63,6	16	36,4
Maschi	40	83,3	8	16,6
Totale	68	73,9	24	26,1

- *Tabella III. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea femmine*

	Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso	
	F	%	F	%	F	%
1ª media	2	4	9	18	2	4
2ª media	3	6	12	24	2	4
3ª media	4	8	14	28	2	4
Totale	9	18	35	70	6	12

- *Tabella IV. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea maschi*

	Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso	
	F	%	F	%	F	%
1^a media	0	0	7	12	3	5,2
2^a media	0	0	12	20,7	2	3,4
3^a media	2	3,4	30	51,7	2	3,4
Totale	2	3,4	49	84,4	7	12

- *Tabella V. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea totale*

	Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso	
	F	%	F	%	F	%
1^a media	2	1,8	16	14,8	5	4,6
2^a media	3	2,8	24	22,2	4	3,7
3^a media	6	5,6	44	40,7	4	3,7
Totale	11	10,2	84	77,7	13	12

- *Tabella VI. Frequenza assoluta e percentuale rischio di sviluppare un DCA, femmine*

	≥11, rischio		<11, no rischio	
	F	%	F	%
1^a media	2	4	11	22
2^a media	7	14	10	20
3^a media	6	12	14	28
Totale	15	30	35	70

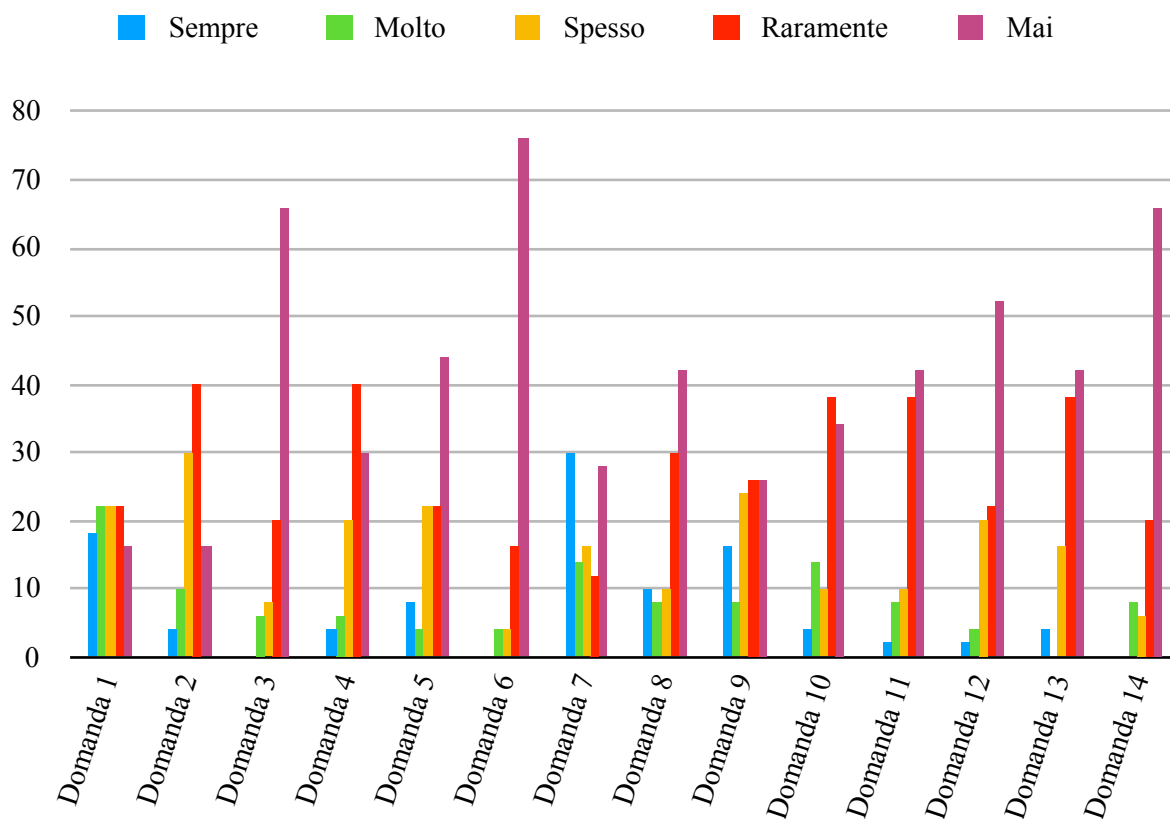
- *Tabella VII. Frequenza assoluta e percentuale rischio di sviluppare un DCA, maschi*

	≥11, rischio		<11, no rischio	
	F	%	F	%
1^a media	1	1,7	9	15,5
2^a media	1	1,7	13	22,4
3^a media	1	1,7	33	56,9
Totale	3	5,1	55	94,8

- *Tabella VIII. Frequenza assoluta e percentuale risposte domande questionario ChEAT, femmine*

	Sempre		Molto spesso		Spesso		Raramente		Mai	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Domanda 1	9	18	11	22	11	22	11	22	8	16
Domanda 2	2	4	5	10	15	30	20	40	8	16
Domanda 3	0	0	3	6	4	8	10	20	33	66
Domanda 4	2	4	3	6	10	20	20	40	15	30
Domanda 5	4	8	2	4	11	22	11	22	22	44
Domanda 6	0	0	2	4	2	4	8	16	38	76
Domanda 7	15	30	7	14	8	16	6	12	14	28
Domanda 8	5	10	4	8	5	10	15	30	21	42
Domanda 9	8	16	4	8	12	24	13	26	13	26
Domanda 10	2	4	7	14	5	10	19	38	17	34
Domanda 11	1	2	4	8	5	10	19	38	21	42
Domanda 12	1	2	2	4	10	20	11	22	26	52
Domanda 13	2	4	0	0	8	16	19	38	21	42
Domanda 14	0	0	4	8	3	6	10	20	33	66

- Grafico 9. Risposte al questionario ChEAT, femmine



- Tabella IX. Frequenza assoluta e percentuale risposte domande questionario ChEAT, maschi

	Sempre		Molto spesso		Spesso		Raramente		Mai	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Domanda 1	3	5.2	3	5.2	6	10.3	21	36.2	25	43.1
Domanda 2	6	10.3	4	6.9	16	27.6	22	37.9	10	17.3
Domanda 3	4	6.9	2	3.5	5	8.6	18	31	29	50
Domanda 4	1	1.7	4	6.9	7	12.1	20	34.5	26	44.8
Domanda 5	2	3.5	3	5.2	10	17.2	13	22.4	30	51.7
Domanda 6	0	0	0	0	0	0	9	15.5	49	84.5
Domanda 7	6	10.3	5	8.6	2	3.5	13	22.4	32	55.2
Domanda 8	2	3.5	2	3.5	13	22.4	16	27.5	25	43.1
Domanda 9	3	5.1	2	3.5	7	12.1	15	25.9	31	53.4

Domanda 10	1	1.7	3	5.2	11	19	22	37.9	21	36.2
Domanda 11	1	1.7	4	6.9	7	12.1	18	31	28	48.3
Domanda 12	1	1.7	0	0	4	6.9	7	12.1	46	79.3
Domanda 13	3	5.2	1	1.7	3	5.2	11	19	40	68.9
Domanda 14	0	0	0	0	1	1.7	3	5.2	54	93.1

- Grafico 10. Risposte al questionario ChEAT, maschi

