



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**IL RISCHIO DI INSORGENZA DEL DISTURBO DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE.  
UN' INDAGINE TRA GLI STUDENTI DELLA SCUOLA  
SECONDARIA DI SECONDO GRADO.**

Relatore: **Prof. Ditadi Alessandro**

Laureanda: **Senatore  
Denise**

Matricola n.2048972

Anno Accademico 2023-2024



# **ABSTRACT**

## **PROBLEMA**

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono malattie di ambito psichiatrico e rappresentano un grave problema di crescente rilevanza per tutta la comunità. Sono un fenomeno non trascurabile perché negli ultimi anni è in aumento e rappresenta uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti nel nostro Paese, che si ritrovano con danni fisici, mentali, sociali e relazionali, e inoltre il fenomeno sta riscontrando un abbassamento dell'età di insorgenza.

## **OBIETTIVI**

Questo progetto nasce con l'obiettivo di approfondire e indagare il fenomeno dei disturbi alimentari, la diffusione negli adolescenti, l'influenza del sonno e la correlazione fra i due disturbi, e infine identificare il ruolo dell'infermiere, quali sono gli interventi mirati ed efficaci, in quanto promotore della salute.

## **MATERIALI E METODI**

Attraverso un questionario validato, l'EATING ATTITUDES TEST (EAT-26), si è indagata e analizzata l'entità del fenomeno tra gli alunni delle classi terze della scuola superiore di secondo grado del nostro territorio.

La versione utilizzata è composta da 26 item che mirano a riconoscere precocemente comportamenti ed atteggiamenti sbagliati che se presenti aumentano il rischio di insorgenza di un disturbo alimentare.

## **RISULTATI**

Dallo studio possiamo evincere che il fenomeno dei disturbi alimentari è un problema reale e non isolato, ma che colpisce un numero sempre crescente di persone, in modo più significativo le donne. Troppo spesso è un fenomeno sottovalutato o trascurato, sia a livello clinico che sociale, il che rischia di amplificare la gravità del disturbo e di ritardare l'intervento aggravando le conseguenze per chi e soffre. Come accade per molte altre malattie e dipendenze, anche i DCA necessitano di una maggiore sensibilizzazione e consapevolezza offrendo poi un adeguato supporto psicologico e medico adeguato per affrontare il problema nella sua complessità

Key Words: disturbi alimentari, rischio di sviluppo, prevenzione, ruolo dell'infermiere, DSM



## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 3</b>
<b>CAPITOLO I: IL PROBLEMA</b>	<b>pag. 5</b>
1.1 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	pag. 5
1.2 Principali categorie diagnostiche riportate dal DSM-5	pag. 7
1.3 Anoressia nervosa	pag. 8
1.4 Bulimia nervosa	pag. 11
1.5 <i>Binge eating</i>	pag. 14
1.6 Come riconoscere precocemente i disturbi	pag. 16
1.7 Sonno e la correlazione con i DCA	pag. 18
1.8 Il ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute	pag. 20
<b>CAPITOLO II: OBIETTIVI DELLO STUDIO</b>	<b>pag. 25</b>
<b>CAPITOLO III: MATERIALI E METODI</b>	<b>pag. 27</b>
3.1 Disegno e campione di indagine	pag. 27
3.2 Strumento d'indagine: EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)	pag. 27
<b>CAPITOLO IV: RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI</b>	<b>pag. 29</b>
4.1 Genere	pag. 29
4.2 Rischio di sviluppo di DCA rilevato	pag. 29
4.2.1 Altre problematiche più diffuse	pag. 31
4.3 Ore di sonno e rischio di sviluppo di DCA	pag. 33
4.4 Interventi utili in base ai risultati	pag. 34
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 37</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>pag. 39</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>pag. 43</b>



# INTRODUZIONE

In questa tesi si sottolinea l'importanza di comprendere l'entità dei disturbi alimentari, nonché i fattori che ne favoriscono l'insorgenza e il mantenimento, questione particolarmente rilevante, soprattutto in relazione alla popolazione giovanile.

Questo lavoro nasce con la volontà di approfondire il fenomeno non solo dal punto di vista clinico, ma anche in termini di fattori di rischio come la riduzione di ore di sonno e l'impatto che quest'ultima può avere sull'insorgenza.

Alcuni studi infatti evidenziano la correlazione fra la mancanza di sonno e le problematiche psicologiche e comportamentali, rendendo questo aspetto un elemento chiave da approfondire.

Un altro aspetto centrale della tesi è il ruolo dell'infermiere nel processo di prevenzione, educazione supporto dei pazienti affetti da DCA.

Il contributo degli infermieri nella promozione di stili di vita sani e nell'educazione sanitaria risulta essenziale per prevenire in maniera tempestiva, specialmente nelle fasi iniziali delle malattie, visto che un riconoscimento precoce può fare la differenza.

Nella presente tesi verranno analizzate le principali categorie diagnostiche dei DCA descritte del DSM-5, con particolare attenzione all'anoressia nervosa, bulimia e *binge eating*.

L'indagine empirica, condotta attraverso l'utilizzo del questionario Eating Attitudes Test (EAT-26) che si concentra sulla rilevazione dei comportamenti alimentari e sulle attitudini legate al cibo all'interno di un campione giovanile, al fine di comprendere meglio l'estensione del problema e individuare possibili interventi preventivi e di supporto.

Il mio interesse per questo tema non è solo accademico, ma anche personale.



# CAPITOLO I:

## IL PROBLEMA

### 1.1 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Al fine di precisare l'argomento oggetto tematico, si è scelto di rifarsi alle definizioni dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) indicata sul portale web del Ministero della salute<sup>1</sup>, a cui è dedicata un'intera pagina, intitolata "Disturbi dell'alimentazione", che racchiude in sé, le definizioni dei principali organi scientifici e manuali diagnostici (OMS e DSM5), e al sito del DSM-5 redatto dall'American Psychiatric Association, di cui parleremo in seguito.<sup>2</sup>

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano un insieme di condizioni psicopatologiche caratterizzate da un rapporto problematico e disfunzionale con il cibo e con il proprio corpo, che coinvolge sia la sfera fisica sia quella psicologica dell'individuo. Questi disturbi si manifestano attraverso comportamenti alimentari anomali e un'eccessiva preoccupazione per il peso, la forma corporea e il controllo del cibo.

Come molti disturbi psichiatrici, i DCA sono considerati una malattia multifattoriale, e il loro sviluppo dipende dalla propria individuale vulnerabilità, dalla presenza di fattori biologici o altre cause predisponenti, da fattori di rischio e dal funzionamento dei fattori protettivi.<sup>3</sup>

I DCA non riguardano solo il rapporto con il cibo, infatti nascono da profonde dinamiche relative all'identità ed emozioni.

Le vere cause non sono del tutto chiare e secondo alcune ricerche la maggior parte dei meccanismi non sono intenzionali della persona che ne arriva a soffrire.<sup>4</sup>

I DCA sono infatti associati a fattori psicologici, tra cui bassa autostima, perfezionismo, difficoltà nella gestione delle emozioni e traumi pregressi; sociali, dove la pressione mediatica verso standard di magrezza e ideali estetici gioca un ruolo cruciale; biologici, come la

---

<sup>1</sup> Ministero della Salute, "Salute Mentale: Disturbi Neuropsichiatrici dell'Adulto", disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6160&area=salute%20mentale&menu=DNA>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

<sup>2</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.

<sup>3</sup> National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. 2004. Disponibile su: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>, ultimo accesso: agosto 2024.

<sup>4</sup> Treasure J., Smith G., Crane A. *Prendersi cura di una persona cara affetta da disturbo alimentare. Come diventare capaci Nuovo metodo Maudsley*. Firenze: Seid Editori; 2014.

predisposizione genetica, le alterazioni neurologiche e gli squilibri ormonali; i fattori fisici, come aver sofferto di obesità, aver seguito una dieta e aver praticato la restrizione delle calorie, e altri fattori collegati alla storia individuale della persona, come ad esempio difficoltà, eventi traumatizzanti.<sup>5</sup>

Tutti questi possono avere gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale, e richiedono un approccio multidisciplinare per la loro diagnosi, includendo la terapia psicologica, un supporto nutrizionale che si concentra sulla creazione di un piano alimentare che tenga conto delle esigenze del paziente, e talvolta si associa la terapia farmacologia, se necessario.

I DCA insorgono prevalentemente durante l'adolescenza, colpendo in misura maggiore il sesso femminile. Tra i comportamenti associati si annoverano il digiuno prolungato, la restrizione alimentare, le abbuffate compulsive (caratterizzate da un consumo eccessivo di cibo in un breve lasso di tempo accompagnato dalla sensazione di perdita di controllo), il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici per evitare l'aumento di peso e l'attività fisica intensa finalizzata alla perdita di peso. Tuttavia, l'adozione di uno o più di questi comportamenti non implica necessariamente la presenza di un disturbo alimentare, poiché la diagnosi di un DCA si basa su criteri specifici e ben definiti.

I DCA possono avere conseguenze gravi e durature sulla salute fisica, contribuendo a malnutrizione, problemi cardiaci, osteoporosi, disturbi gastrointestinali e, nei casi più gravi, alla morte. Inoltre, questi disturbi si associano spesso a condizioni mentali come depressione, ansia, disturbi ossessivo-compulsivi e isolamento sociale, aumentando il carico psicologico dell'individuo.

La presenza di un disturbo alimentare ha un impatto devastante sulla vita quotidiana. La costante preoccupazione per il cibo e il timore di ingrassare diventano centrali, rendendo difficili o impossibili attività un tempo considerate normali, come uscire a cena con amici o partecipare a eventi sociali. Questi pensieri ossessivi interferiscono con le attività quotidiane, come lo studio o il lavoro, impedendo alla persona di concentrarsi su altro che non sia la gestione del comportamento alimentare o la paura di ingrassare.

Solo una piccola percentuale di persone affette da DCA cerca attivamente aiuto. Nel caso dell'anoressia nervosa, spesso la persona non è consapevole del problema nelle fasi iniziali. La perdita di peso può essere percepita in modo positivo, con conseguenti complimenti e un aumento della fiducia in sé. Tuttavia, quando il calo ponderale diventa preoccupante, sono generalmente i familiari a notare il problema, ma spesso incontrano difficoltà nell'affrontare la persona, che tende a negare di avere un disturbo.

---

<sup>5</sup> Burton M. *Understanding eating disorders in young people. Practice Nursing*. 2014; 25(12):606-610.

Anche chi soffre di bulimia nervosa tende a chiedere aiuto solo dopo molto tempo dall'insorgenza del disturbo. La consapevolezza del problema può essere limitata, e il forte senso di vergogna e colpa spesso impedisce di fidarsi o di cercare sostegno. Questo mancato riconoscimento del problema, insieme all'uso dei sintomi del disturbo alimentare per gestire difficoltà personali, può ritardare significativamente la richiesta di trattamento.

Una caratteristica comune nei disturbi alimentari è l'alterazione dell'immagine corporea<sup>6</sup>, che può assumere i connotati di un vero e proprio disturbo. La percezione distorta del proprio aspetto fisico influenza la vita della persona più della sua reale immagine corporea. Ad esempio, chi soffre di anoressia nervosa tende a vedersi in modo distorto, percependo il proprio corpo come sproporzionato e sovrappeso, anche quando non lo è. Nel caso della bulimia, il disagio per il proprio peso, anche se normale, può essere vissuto con estrema vergogna e angoscia. In entrambe le condizioni, l'autostima dipende in modo eccessivo dal peso e dalla forma del corpo. Spesso i disturbi alimentari coesistono con altre patologie psichiatriche, come depressione, disturbi d'ansia, abuso di alcol o sostanze, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi di personalità. Possono inoltre manifestarsi comportamenti auto aggressivi, come autolesionismo e tentativi di suicidio. Questi disturbi rappresentano una sfida significativa in psichiatria, poiché colpiscono sia la mente, causando una sofferenza psicologica intensa, sia il corpo, provocando complicanze fisiche talvolta molto gravi.

## 1.2 Principali categorie diagnostiche riportate dal DSM-5

Il DSM-5 abbreviazione di *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, redatto dall'American Psychiatric Association, è un sistema di classificazione, e manuale diagnostico dei disturbi mentali, utilizzato per scopi clinici, di ricerca e statistici.<sup>7</sup>

Esso definisce i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione come condizioni caratterizzate da un persistente disturbo nel comportamento alimentare o nei processi correlati che porta a un consumo o un assorbimento alterato del cibo, danneggiando in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale della persona.

Per ciascun disturbo vengono elencati i criteri e i codici diagnostici e altre informazioni cliniche per stabilire una classificazione di natura medico psichiatrica.

---

<sup>6</sup> Zappa, L. E. (Ed.). *Alice in fuga dallo specchio. Il disturbo dell'immagine corporea nell'Anoressia Nervosa e nei DCA. Un modello integrato di trattamento*. Milano: FrancoAngeli; 2009.

<sup>7</sup> American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.

Il DSM-5 include diverse categorie di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Le prime tre categorie sono principalmente rilevanti per i disturbi alimentari che si manifestano durante l'infanzia:<sup>8</sup>

1. Pica
2. Disturbo di ruminazione
3. Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
4. Anoressia nervosa
5. Bulimia nervosa
6. Disturbo da alimentazione incontrollata
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
8. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

### **1.3 Anoressia nervosa**

L'anoressia nervosa (anorexia nervosa=AN) è un disturbo alimentare che colpisce prevalentemente le giovani donne, con una maggiore incidenza tra i 14 e i 18 anni, anche se i primi segnali possono emergere già durante la pre-adolescenza. Questo disturbo si distingue per un'attenzione eccessiva al peso corporeo e alla forma fisica, che porta a una significativa perdita di peso causata da una riduzione drastica dell'assunzione di cibo.

Le persone affette da AN vivono con un'intensa paura di ingrassare e una percezione distorta del proprio corpo, che vedono con sentimenti di inadeguatezza e disagio. Nonostante il sottopeso grave, queste persone si considerano normopeso o addirittura sovrappeso. La preoccupazione per il peso può diventare sempre più ossessiva, portando a un controllo rigido e continuo dell'alimentazione. Se non trattato, il disturbo può cronicizzarsi, aggravando i sintomi e aumentando il livello di compromissione nella vita quotidiana.

I sintomi dell'anoressia nervosa comprendono una vasta gamma di conseguenze, sia fisiche sia psicologiche. Le complicazioni legate a questo disturbo sono estremamente gravi e possono avere esiti fatali nel tempo, soprattutto perché spesso il trattamento viene iniziato troppo tardi, quando la malattia è già radicata.

---

<sup>8</sup> Ministero della Salute, "Salute Mentale: Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Coloro che soffrono di AN tendono a nascondere sia la propria magrezza sia i comportamenti alimentari disordinati, negando spesso l'esistenza stessa del disturbo. Non è raro che rifiutino anche le cure, temendo che queste comportino un aumento di peso.

Il dimagrimento estremo associato all'anoressia nervosa può compromettere il funzionamento di diversi organi vitali, causando gravi complicazioni a livello neurologico, cardiaco, ormonale, gastrointestinale, polmonare, epatico e renale.

Tra le principali conseguenze fisiche dell'anoressia si trovano:

1. Amenorrea, infertilità e problemi durante la gravidanza e il parto.
2. Fragilità ossea, come osteopenia e osteoporosi, e fragilità delle unghie.
3. Problemi cutanei, tra cui dermatite, xerosi e fragilità dei capelli.
4. Disturbi ematologici e immunitari, come l'anemia e l'abbassamento delle difese immunitarie.
5. Riduzione della massa muscolare e debolezza generale.
6. Ipotensione e bradicardia.
7. Gravi patologie cardiovascolari, come aritmie, prolasso mitralico e riduzione del volume cardiaco.
8. Squilibri elettrolitici e problemi renali.
9. Disturbi gastrointestinali.
10. Sensazione di freddo persistente e ipotermia.
11. Disfunzioni ormonali, come l'ipotiroidismo.<sup>9</sup>

Oltre ai sintomi fisici, l'anoressia nervosa è caratterizzata da una serie di sintomi psicologici e comportamentali che peggiorano il quadro clinico, contribuendo a mantenere il disturbo. Questi sintomi includono:

1. Paura intensa di ingrassare.
2. Riduzione dell'assunzione calorica, con conseguente rapida perdita di peso.
3. Evitamento di cibi che provocano ansia (cibi fobici).
4. Controllo ossessivo delle calorie, spesso mediante l'uso di applicazioni o la pesatura dei cibi.
5. Aumento esagerato dell'attività fisica per bruciare calorie.
6. Ritualità durante i pasti, come il taglio del cibo in pezzi minuscoli.
7. Percezione distorta del proprio corpo (dispercezione corporea).
8. Bassa autostima e sentimenti di inadeguatezza.

---

<sup>9</sup> Ministero della Salute, "Salute Mentale: Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

9. Pensieri ossessivi e comportamenti rigidi.
10. Difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni.
11. Problemi di concentrazione, memoria e capacità di risolvere problemi.<sup>10</sup>

In aggiunta, l'anoressia nervosa può essere associata a disturbi psicologici come depressione, ansia, attacchi di panico, insonnia e abuso di alcol o sostanze.

La diagnosi dell'anoressia nervosa è generalmente effettuata da un team multidisciplinare, che comprende psicoterapeuti, psichiatri o internisti, e nutrizionisti. Questa diagnosi si basa su un'analisi clinica approfondita, che include colloqui, esami fisici e valutazioni psicodiagnostiche.

Il parametro principale per valutare il peso corporeo è l'Indice di Massa Corporea (BMI), che si calcola dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri. I valori normali di BMI variano tra 18,5 e 24,9, mentre nei casi di anoressia si riscontrano valori inferiori, classificati come segue:

1. Lieve:  $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
2. Moderato: BMI tra 16 e 16,99  $\text{kg/m}^2$
3. Grave: BMI tra 15 e 15,99  $\text{kg/m}^2$
4. Estremo:  $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, 2014), i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa includono:

1. Restrizione dell'assunzione calorica, che porta a un peso corporeo significativamente basso rispetto all'età, al sesso e allo stato di salute.
2. Paura intensa di ingrassare o comportamenti persistenti che impediscono l'aumento di peso, nonostante il peso corporeo sia già significativamente basso.
3. Alterata percezione del peso o della forma del corpo, con un'influenza eccessiva sull'autostima e una scarsa consapevolezza della gravità del sottopeso.<sup>11</sup>

L'anoressia nervosa si distingue in due sottotipi:

1. Tipo con restrizioni: negli ultimi 3 mesi non ci sono stati episodi di abbuffate o comportamenti di eliminazione, e la perdita di peso è stata ottenuta principalmente attraverso dieta, digiuno o attività fisica eccessiva.

---

<sup>10</sup> Bontempi, S., & Dalle Grave, R. *Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica. Psicoterapeuti in formazione*. 2012; 10:3-19.

<sup>11</sup> Fronzi, S. *L'Anoressia nervosa*. Booksprint; 2023.

2. Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: negli ultimi 3 mesi sono stati presenti episodi di abbuffate o comportamenti di eliminazione, come vomito autoindotto o uso eccessivo di lassativi o diuretici.

Come per la diagnosi, il trattamento dell'anoressia nervosa richiede un intervento multidisciplinare, che coinvolge psicoterapeuti, psichiatri e/o internisti, e nutrizionisti, per affrontare i vari aspetti del disturbo.

Il lavoro dello psicoterapeuta varia in base ai sintomi del paziente e include il rafforzamento della motivazione al trattamento, la gestione dell'ansia e della paura di ingrassare, e la prevenzione delle ricadute. Questo approccio è sempre collaborativo e rispettoso della storia personale del paziente.

Il medico psichiatra o internista, che coordina il percorso di cura, si occupa di monitorare le condizioni di salute del paziente e di intervenire con terapie farmacologiche se necessario.

Il nutrizionista, invece, si concentra sulla creazione di un piano alimentare che tenga conto delle esigenze del paziente, contribuendo al recupero del peso normale e correggendo eventuali carenze nutrizionali.

Un elemento fondamentale del trattamento è il lavoro sulla consapevolezza del disturbo, la motivazione a seguire le cure e la gestione dei sintomi. L'intervento precoce ai primi segnali di ricaduta è cruciale per evitare un peggioramento del disturbo.

Numerose forme di psicoterapia hanno dimostrato una certa efficacia nel trattamento dell'anoressia nervosa, ma le linee guida attuali raccomandano soprattutto la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia familiare.<sup>12</sup>

Il trattamento dell'anoressia nervosa può durare da 6 mesi a 2 anni, a seconda delle circostanze personali e ambientali. Ogni piano terapeutico è personalizzato per rispondere alle specifiche esigenze del paziente. La prevenzione delle ricadute e l'intervento tempestivo sono essenziali per gestire efficacemente il disturbo.

## **1.4 Bulimia nervosa**

La bulimia nervosa è un disturbo psichiatrico che fa parte dei disturbi del comportamento alimentare. Si manifesta attraverso episodi ricorrenti di abbuffate seguiti da comportamenti di eliminazione, come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, periodi di digiuno rigido o un'attività fisica eccessiva, allo scopo di compensare l'eccesso di cibo ingerito.

---

<sup>12</sup> Bontempi, S., & Dalle Grave, R. *Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica. Psicoterapeuti in formazione*. 2012; 10:3-19.

Le persone che soffrono di bulimia nervosa<sup>13</sup> inizialmente cercano di controllare il loro peso riducendo drasticamente l'assunzione di cibo, ma finiscono inevitabilmente per abbuffarsi, consumando grandi quantità di cibo in un breve lasso di tempo. Dopo queste abbuffate, il senso di colpa e la vergogna li spinge a mettere in atto comportamenti di eliminazione per liberarsi del cibo ingerito. Questo ciclo di abbuffate e purghe può essere innescato da situazioni di stress emotivo, fame o ansia, ma spesso rappresenta un meccanismo di coping per affrontare emozioni negative.

I sintomi della bulimia nervosa includono episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, durante i quali l'individuo consuma quantità di cibo molto superiori a quelle che la maggior parte delle persone mangerebbe in circostanze simili. Questi episodi sono seguiti da comportamenti di eliminazione, come il vomito autoindotto o l'uso di lassativi. Segnali fisici possono includere abrasioni sulle nocche, causate dall'induzione del vomito, erosione dello smalto dei denti, ingrossamento delle ghiandole salivari (ghiandole parotidi) e infiammazione dell'esofago. Altri effetti possono comprendere significative fluttuazioni di peso, diarrea e crampi addominali dovuti all'abuso di lassativi, nonché bassi livelli di potassio nel sangue, che possono portare a pericolose aritmie cardiache.

Le implicazioni psicologiche e comportamentali di questo disturbo sono spesso accompagnate da problemi psicologici e comportamentali, tra cui bassa autostima, depressione, abuso di alcol e comportamenti autolesionistici. Le persone bulimiche sono spesso ossessionate dal proprio peso e dalla forma del corpo, e valutano sé stesse principalmente sulla base di questi aspetti. Rispetto a chi soffre di anoressia, le persone bulimiche sono generalmente più consapevoli della loro condizione e più inclini a confidarsi con medici, amici o familiari. Tuttavia, tendono comunque a nascondere i loro comportamenti per vergogna o senso di colpa.

La diagnosi ed il trattamento secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, 2024)<sup>14</sup>, indica quali criteri per la diagnosi di bulimia nervosa:

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio da abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
2. Mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili

---

<sup>13</sup> MSD Manuals, "Bulimia nervosa", disponibile su: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/bulimia-nervosa>, ultimo accesso: ottobre 2024.

<sup>14</sup> Cos'è la Bulimia Nervosa, C., *Bulimia Nervosa in Adolescenza*.

3. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando)
4. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva
5. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi
6. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo
7. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel caso di anoressia nervosa

Il trattamento della bulimia nervosa<sup>15</sup> può includere diverse strategie. La terapia cognitivo-comportamentale (cognitive- behaviour therapy=CBT) è spesso la prima linea di intervento, con l'obiettivo di motivare il paziente al cambiamento, stabilire abitudini alimentari regolari e ridurre la preoccupazione per il peso e la forma fisica. La CBT può essere combinata con la psicoterapia interpersonale, che aiuta a identificare e risolvere i problemi relazionali che possono contribuire al disturbo. In alcuni casi, l'uso di antidepressivi, come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) come la fluoxetina, può essere efficace nel ridurre la frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di eliminazione, oltre a trattare l'ansia e la depressione associate.

Riconoscere di avere un problema è il primo passo per affrontare la bulimia nervosa. Chi soffre di questo disturbo dovrebbe rivolgersi al medico di famiglia per un controllo generale e per ricevere consigli su come procedere. Se si sospetta che una persona cara abbia la bulimia, è importante parlarne apertamente e incoraggiarla a cercare aiuto medico.

Esistono numerose risorse per chi cerca supporto, come il Numero Verde S.O.S. Disturbi Alimentari, che offre consulenze riservate con psicologi, nutrizionisti e dietisti. Inoltre, associazioni come Consultanoi possono fornire ulteriore supporto attraverso una rete di famiglie e pazienti che condividono le loro esperienze.

Infine, l'uso di libri di auto-aiuto, specialmente se letti con l'aiuto di un amico o familiare, può essere un efficace complemento al trattamento per molte persone con bulimia nervosa. In caso di necessità, il medico può indirizzare il paziente a un centro specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione, dove sarà offerto un programma strutturato di terapia.

---

<sup>15</sup> APC, "Bulimia", disponibile su: <https://apc.it/bulimia/>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

## 1.5 *Binge eating*

Il termine "*binge eating*", che può essere tradotto come 'abbuffata di cibo', indica un disturbo caratterizzato da episodi in cui l'individuo consuma grandi quantità di cibo in un breve intervallo di tempo, perdendo il controllo su quanto e cosa sta mangiando.

È tra i disturbi alimentari più prevalenti e si associa spesso a condizioni depressive croniche, bassa autostima e distorsione dell'immagine corporea. Gli episodi di abbuffate compulsive, che riflettono un disagio psicologico, sono seguiti da sensi di colpa e vergogna.

Spesso, le persone affette mangiano in solitudine o di nascosto.

A differenza della bulimia nervosa, chi soffre di BED (*binge eating disorder*) non adotta comportamenti compensatori come vomito, uso eccessivo di lassativi, digiuno o esercizio fisico estremo per gestire il peso. Al contrario, il BED è caratterizzato da un consumo compulsivo di cibo seguito da sensi di sconforto e inadeguatezza.

Chi ne soffre, inoltre, è a rischio di sviluppare complicanze legate all'obesità, come diabete, apnee notturne, malattie cardiovascolari e neoplasie maligne. Il peso e il disagio psicologico possono anche causare difficoltà nelle relazioni sociali e un crescente isolamento. Le implicazioni psicologiche e le complicanze mediche portano a un significativo deterioramento della qualità della vita.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è un problema significativo e si stima colpisca il 2-3% della popolazione adulta<sup>16</sup>, la sua prevalenza, aumenta con l'aumento del sovrappeso. Studi in Italia mostrano che il disturbo è particolarmente comune tra le persone obese e può superare il 50% tra coloro che si sottopongono a chirurgia bariatrica. Sebbene il BED colpisca più frequentemente le donne, ha una notevole incidenza anche tra gli uomini, in misura superiore rispetto ad altri disturbi alimentari come l'anoressia e la bulimia. Il disturbo tende a manifestarsi maggiormente tra i 20 e i 30 anni, sebbene ricerche retrospettive abbiano dimostrato che i sintomi possono insorgere molto prima di questa fascia di età. Questo intervallo tra l'inizio e la diagnosi potrebbe spiegare la tendenza alla cronicizzazione del disturbo.

La teoria multifattoriale è spesso citata per spiegare le cause del *Binge Eating Disorder*, e include fattori genetici, neuroendocrini, evolutivi, affettivi e sociali. Anche se gli studi sulle influenze genetiche specifiche sono limitati, alcuni dati suggeriscono che la prevalenza del disturbo è maggiore tra coloro che hanno parenti di primo grado affetti dalla stessa condizione.

---

<sup>16</sup> Gruppo San Donato, "Binge Eating Disorder: significato e sintomi", disponibile su: <https://www.grupposandonato.it/news/2023/marzo/binge-eating-disorder-significato-sintomi>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Tra i fattori sociali, le esperienze infantili difficili, i disturbi depressivi nei genitori, la predisposizione all'obesità e l'esposizione a critiche riguardanti l'alimentazione e la percezione corporea sono rilevanti. Gli ormoni possono giocare un ruolo nella patogenesi del *binge eating*, ma anche il contesto sociale e culturale è cruciale; le persone con un livello culturale basso sembrano essere maggiormente colpite.

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)<sup>17</sup>, i criteri diagnostici per il *Binge Eating Disorder* includono:

1. Episodi ricorrenti di abbuffate, caratterizzati da un consumo eccessivo di cibo in un periodo definito e dalla sensazione di perdere il controllo.
2. Gli episodi devono essere associati a tre o più dei seguenti aspetti: mangiare rapidamente, mangiare fino a sentirsi eccessivamente pieni, mangiare grandi quantità di cibo senza fame, mangiare da soli per vergogna, sentirsi disgustati o in colpa dopo l'episodio.
3. Il disturbo deve causare marcato disagio e gli episodi devono verificarsi almeno una volta alla settimana per tre mesi.
4. L'abbuffata non deve essere accompagnata da comportamenti compensatori sistematici, come nella bulimia nervosa, e non deve manifestarsi esclusivamente durante la bulimia nervosa o l'anoressia nervosa.

In aggiunta ai criteri del DSM-5, si utilizzano anche strumenti psicometrici come la *Binge Eating Scale* (BES) che misura la gravità del disturbo e i sentimenti associati agli episodi di abbuffata, inclusi il senso di perdita di controllo e il senso di colpa.

L'obiettivo principale del trattamento è fermare il *binge eating* e modificare il comportamento alimentare disfunzionale, poiché concentrarsi esclusivamente sulla perdita di peso può essere controproducente. Le diete rigide spesso aumentano la fame e scatenano abbuffate, creando un ciclo dannoso di perdita e recupero del peso, che può aggravare l'obesità. Il trattamento ottimale per il BED e l'obesità dovrebbe essere gestito da un team multidisciplinare composto da psicologi, psichiatri, medici internisti, endocrinologi, dietisti e fisioterapisti.

---

<sup>17</sup> Brusadelli, E. *Binge-eating disorder*, p. 12.

## 1.6 Come riconoscere precocemente i disturbi

L'identificazione precoce dei disturbi dell'alimentazione è importante perché può portare il paziente a iniziare una cura più rapidamente e, come dimostrato da alcune ricerche, migliorare la prognosi di queste patologie.<sup>18</sup>

Essere consapevoli di eventuali comportamenti alimentari anomali, compresi quelli legati alla dieta, è essenziale poiché tali comportamenti possono anticipare lo sviluppo di disturbi alimentari. Questi disturbi possono manifestarsi in diverse forme, tra cui una rigida alimentazione, un programma di esercizio fisico eccessivo, e un senso di colpa o vergogna quando non si riesce a rispettare tali regole. Quando l'ossessione per il cibo, il corpo e l'attività fisica inizia a influenzare negativamente la qualità della vita, possono insorgere comportamenti come l'alimentazione compulsiva e l'adozione di misure per compensare l'assunzione di cibo, come un esercizio fisico estremo, la restrizione alimentare, il digiuno, il vomito autoindotto o l'uso di lassativi e diuretici. L'uso di integratori per la perdita di peso può anch'esso essere un segnale preoccupante.

L'esigenza di controllo assoluto su cibo ed esercizio fisico, accompagnata dai comportamenti sopra descritti, è spesso un chiaro segnale d'allarme.

Le persone che lottano contro un disturbo alimentare spesso presentano una combinazione di questi comportamenti con frequenza e intensità crescenti, accompagnati da pensieri ossessivi riguardanti il cibo e il corpo. Questi pensieri possono includere una preoccupazione estrema per le calorie, la distinzione tra cibi "buoni" e "cattivi", gli ingredienti, la grammatura, il gusto, le dimensioni e la forma del corpo, oltre a un'attenzione maniacale al tipo e alla frequenza dell'attività fisica. Inoltre, possono provare un senso di fallimento se non riescono a mantenere questi comportamenti, fino al punto di evitare attività sociali per timore di perdere il controllo. Sebbene i disturbi alimentari più noti, come l'anoressia, la bulimia e il *Binge Eating Disorder* (BED), precedentemente citati, siano più facilmente riconoscibili, è fondamentale comprendere che esiste un ampio spettro di comportamenti disfunzionali. Alcuni di questi comportamenti potrebbero avvicinarsi a una diagnosi ufficiale, mentre altri potrebbero non esserlo, ma i sintomi possono sovrapporsi e manifestarsi in momenti diversi. È importante ricordare che i disturbi alimentari possono colpire persone di ogni età, sesso, razza, classe sociale, orientamento sessuale e gruppo etnico. Non è possibile riconoscere chi ne soffre solo dall'aspetto esteriore.

---

<sup>18</sup> Dalle Grave, R., "Il riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione", disponibile su: <http://www.dallegrave.it/il-riconoscimento-precoce-dei-disturbi-dell'alimentazione>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Abbiamo però dei chiari segni e sintomi, come:

1. Esclusione graduale di interi gruppi alimentari (come tutti gli zuccheri, carboidrati, latticini, carni o prodotti di origine animale).
2. Comportamenti e atteggiamenti che mostrano come la perdita di peso, la dieta e il controllo del cibo stiano diventando le priorità principali, una progressiva riduzione della varietà di cibi preferiti (ad esempio: una crescente selettività nei confronti del cibo), ed esclusione dai gruppi e dalle attività abituali.
3. Aumento delle preoccupazioni sulla qualità degli ingredienti, fino all'incapacità di consumare altro se non un ristretto gruppo di alimenti ritenuti "puliti", "sani" o "puri".
4. Autostima eccessivamente legata all'immagine corporea.
5. Preoccupazione costante per la dimensione e la forma del corpo.
6. Sentirsi obbligati a "bruciare" le calorie consumate.
7. Imposizione di un programma di esercizio fisico eccessivo e rigido, anche in condizioni di malattia, stanchezza o condizioni meteorologiche avverse.
8. Intensa ansia, depressione o angoscia se si è impossibilitati a fare esercizio fisico.
9. Pelle secca, capelli fragili e unghie deboli e gonfiore ghiandole salivari
10. Presenza di peluria sottile (lanugine) sul corpo.
11. Debolezza muscolare e lenta guarigione delle ferite.
12. Difficoltà a concentrarsi e sensazione costante di freddo.
13. Oscillazioni significative del peso, sia in aumento che in diminuzione.
14. Sentimenti di disgusto, depressione o senso di colpa dopo aver mangiato, accompagnati da bassa autostima.
15. Episodi di abbuffate, con la scomparsa di grandi quantità di cibo in brevi periodi, e sensazione di perdita di controllo nel fermarsi. Spesso, ciò è seguito da comportamenti compensatori come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi o diuretici, o esercizio fisico eccessivo.
16. Calli o tagli sulle dita e problemi dentali come l'erosione dello smalto (causati dal vomito autoindotto).

## 1.7 Sonno e la correlazione con i DCA

Il sonno svolge un ruolo cruciale nel mantenimento dell'equilibrio psicofisico dell'individuo, influenzando vari aspetti della salute mentale e fisica. Quando il ciclo sonno-veglia è compromesso, il corpo e la mente ne risentono in modi che possono favorire lo sviluppo di comportamenti disfunzionali e dipendenze.

I disturbi del sonno possono infatti esacerbare varie patologie mediche e psichiatriche.<sup>19</sup>

La connessione tra sonno e alimentazione è che sono entrambi processi omeostatici essenziali per la sopravvivenza<sup>20</sup>: la disregolazione di uno dei due porta a conseguenze psicologiche e fisiche gravi e spesso influisce sull'altro<sup>21</sup>

La privazione del sonno altera l'equilibrio ormonale, in particolare attraverso la regolazione della grelina e della leptina, ormoni che controllano l'appetito.<sup>17</sup> Un aumento della grelina (che stimola la fame) e una riduzione della leptina (che segnala la sazietà) portano a una maggiore tendenza a consumare cibi ad alto contenuto calorico e zuccherino. Questo comportamento alimentare disfunzionale può essere visto come una forma di "dipendenza" da cibo, spesso legato al tentativo di compensare la mancanza di energia dovuta al sonno insufficiente.

Inoltre, la carenza di sonno ha un impatto significativo sul sistema di ricompensa del cervello, regolato dalla dopamina. La ridotta qualità del sonno diminuisce la sensibilità ai normali stimoli di ricompensa, inducendo gli individui a cercare fonti di piacere e gratificazione immediata, aumentando così il rischio di dipendenze da sostanze come alcol, droghe o anche comportamenti compulsivi come il gioco d'azzardo.

La mancanza di sonno può anche compromettere la capacità di regolazione emotiva e il giudizio, rendendo le persone più vulnerabili a stress, ansia e depressione. Questi stati psichiatrici, quando persistenti, possono spingere gli individui a cercare sollievo temporaneo attraverso sostanze o comportamenti che attivano i circuiti di ricompensa cerebrale, alimentando un ciclo di dipendenza.

Diversi studi, in seguito citati, dimostrano che l'insonnia cronica è correlata a un aumentato rischio di sviluppare disturbi da uso di sostanze, poiché la privazione del sonno può compromettere la funzione esecutiva del cervello, indebolendo la capacità di prendere decisioni ponderate.

---

<sup>19</sup> Baranwal et al. (2023).

<sup>20</sup> Northeast et al. (2020).

<sup>21</sup> Bartlett & Jackson. (2016).

Le conseguenze a lungo termine della privazione del sonno vanno ben oltre il semplice senso di affaticamento diurno. Aumentano il rischio di malattie cardiovascolari, obesità, diabete e altre condizioni croniche, le quali, a loro volta, possono contribuire allo sviluppo di dipendenze. Adottare una routine di sonno regolare e sufficiente è quindi essenziale non solo per la prevenzione delle dipendenze, ma anche per il mantenimento di una buona salute generale. Nello specifico prendiamo parte a come il sonno influisce nei disturbi quali AN, bulimia nervosa, e BED, prima elencati.<sup>22</sup>

La maggior parte di individui che soffrono di anoressia nervosa, hanno correlato il disturbo depressivo maggiore, e non si riesce a stabilire quale dei due influenzi di più il sonno, sappiamo solo che i due disturbi in comorbilità presentano con una frequenza, e lunghezza maggiore, risvegli notturni, con una minore “*sleep efficiency*” (percentuale di tempo trascorso a letto dormendo), riduzione del sonno REM<sup>23</sup>, e infine aumento del sonno leggero con diminuzione del sonno profondo, dovuti dai risvegli.<sup>24</sup>

Con conseguenze minori rispetto all’anoressia<sup>23</sup> e alla depressione maggiore invece<sup>25</sup>, la bulimia nervosa influenza il sonno solo con la difficoltà ad addormentarsi, risvegli precoci e sonnolenza diurna, senza inficiare sulla qualità del sonno<sup>26</sup>, anche se alcuni studi dicono il contrario

Nel disturbo da *binge-eating*, invece i sintomi sono l’insonnia, risvegli notturni, sonno agitato, sonnolenza diurna, qualità e durata del sonno minore; sintomi simili a soggetti che soffrono di obesità.<sup>27</sup>

In ogni caso BMI elevato e BED non comportano per forza ad una diminuzione della qualità del sonno.

---

<sup>22</sup> Sangiorgi, G. *L'influenza dell'attività fisica sul sonno in pazienti con disturbi alimentari*.

<sup>23</sup> Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Allison, K. C., & Spreser, C. D. (2008). Sleep and quality of life in eating disorders. *Humana Press eBooks*, pp. 281–289.

<sup>24</sup> 21.Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Allison, K. C., & Spreser, C. D. (2008). Sleep and quality of life in eating disorders. *Humana Press eBooks*, pp. 281–289.

<sup>25</sup> Lauer, C. J., Krieg, J., Riemann, D., Zully, J., & Berger, M. (1990). A polysomnographic study in young psychiatric inpatients: major depression, anorexia nervosa, bulimia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 18(4), 235–245. Lauer, C. J., & Krieg, J. (2004). Sleep in eating disorders.

<sup>26</sup> Latzer, Y., Tzischinsky, O., Epstein, R., Klein, E., & Peretz, L. (1999). Naturalistic sleep monitoring in women suffering from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 315–321.

## 1.8 Il ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute

Nell'ambito della cura dei DCA, l'infermiere è 'coinvolto maggiormente nel contesto ospedaliero, ma prende ruolo anche nei contesti ambulatoriali e semi-residenziali.

L'infermiere è la principale figura intermediaria tra assistito ed equipe di specialisti, e, passando molto tempo con il paziente, il ruolo dell'infermiere è di fondamentale importanza, poiché può creare una relazione terapeutica, basata su fiducia, empatia, ascolto attivo e non giudicante.

L'Australia da V. Ryan et al. nel 2006, ha indotto uno studio con l'obbiettivo di fare un bilancio sull'assistenza infermieristica di pazienti con DCA, stabilendo che ci sono tre parti delle cure infermieristiche: la prima consiste nel supporto empatico e di affetto, la seconda nella sorveglianza e disciplina dei pazienti e la terza nell'assistenza costante.

Ne deriva, quindi, che gli infermieri sono importanti in questo ambito poiché il tempo che passa con il paziente li consente di sviluppare una conoscenza più profonda e una relazione positiva con la persona, in modo tale che può influenzare favorevolmente la riuscita del trattamento.

Prendersi cura di pazienti con DCA può risultare impegnativo, dal momento in cui non tutti sono disposti ad accettare la diagnosi e il trattamento, e in questo caso la relazione può risultare difficile da instaurare, dal momento che automaticamente questo tipo di pazienti risulta generalmente poco affidabile.

S.J. King<sup>27</sup>, facente parte di realtà differenti sotto alcuni punti di vista, da quelle italiane, ha descritto l'esperienza di alcuni infermieri, che assistevano ragazze con diagnosi di AN ospedalizzate, come un percorso su cui basare valori di uguaglianza e fiducia, ma se i pazienti sono ingannevoli e manipolatori, l'infermiere dovrà ristabilire i suoi valori puntando ad un approccio collaborativo.<sup>27</sup>

Questo provoca nell'infermiere frustrazione, e senso di fallimento, perché stravolge il comportamento su cui si basa l'assistenza infermieristica. Nonostante i pazienti possono manipolare gli infermieri, gli assistiti apprezzano il valore reale di una figura infermieristica capace di prendere decisioni e che sia decisa ma gentile per evitare manipolazioni e mantenere il rapporto terapeutico instaurato<sup>28</sup>, fino ad arrivare al punto in cui il paziente per non deludere

---

<sup>27</sup> King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139–147.

<sup>28</sup> Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020–2029. doi: 10.1111/jocn.12182.

le aspettative delle figure professionali, adotta strategie<sup>29</sup> e così si crea una comunicazione efficace che porta il paziente a sentirsi meno oppresso.<sup>30</sup> Essendo il tempo di relazione, tempo di cura, ogni decisione deve essere motivata dall'infermiere, in modo da formare un legame tra infermiere e assistito per arrivare a una speranza maggiore nel futuro, e il paziente avrà una sensazione diminuita di sentirsi un peso 28.

Nel concreto, durante il trattamento, l'infermiere segue un percorso di riabilitazione alimentare, durante il quale, tramite il pasto assistito, incoraggiamenti e motivazioni, ripara il comportamento alimentare, durante un momento che per questi pazienti è vissuto con ansia e stress.

In questo modo, si può arrivare a raggiungere l'obiettivo del peso, in minor tempo possibile riducendo il tempo di permanenza.<sup>31</sup>

Durante il pasto l'infermiere ripeterà il da farsi, come nel caso dell'AN, mantenere la distanza dal tavolo, sminuzzare il cibo e preparare il nuovo boccone.

Sarebbe ottimale includere la famiglia durante il pasto per imparare i giusti tempi che dovrebbe impiegare il paziente nel concludere.<sup>32</sup>

Un altro compito è quello di saper riconoscere tempestivamente segni e sintomi dei DCA, perché prima si agisce, migliore è la prognosi.

Questo lo fanno monitorando i parametri fisici, riconoscere quando sono alterati e allertare l'equipe medica.

Un altro ruolo consiste nel contatto con i familiari, dandoli sostegno, spiegando passo dopo passo tutta l'assistenza attuata e istruendo su come aiutare il proprio caro, favorendo inoltre i momenti di gruppo e interazione familiare<sup>35</sup>, alternando incontri con il paziente, e quelli senza.<sup>33</sup>

Per loro la figura dell'infermiere si presenta come una fonte di informazioni,

---

<sup>29</sup> Carvalho Martins, C. R., & Vaccari Caccavo, P. (2012). Nurses and clientele with anorexia and bulimia: A case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 495-500. doi: 10.1590/s0034-71672000300015.

<sup>30</sup> Wolfe, B. E., Dunne, J. P., & Kells, M. R. (2016). Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *Clinical Nursing Research*, 213-235. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.006.

<sup>31</sup> Kells, M., Schubert-Bob, P., Nagle, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Forbes, P., & McCabe, M. (2017). Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clinical Nursing Research*, 26(4), 525-537. doi: 10.1177/1054773816637598.

<sup>32</sup> Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22.

<sup>33</sup> Coombs, A. (2011). Case study: Treating eating disorders in the community. *British Journal of School Nursing*, 6(6), 284-288. doi: 10.12968/bjsn.2011.6.6.284.

disponibile a rispondere a domande o dubbi, e ugualmente anche loro divengono una fonte di informazioni, conoscendo bene i pazienti, così da avere un quadro completo della storia dell'assistito<sup>34</sup> indagando su eventi stressanti, traumatizzanti con domande dirette.<sup>35</sup>

Gli obiettivi sono la comprensione della condizione del paziente, migliorare la visione di sé stesso, eliminare il senso di inadeguatezza e aumentare l'autostima<sup>36</sup>, arrivando al momento della dimissione con avvenuti cambiamenti psicologici sia da parte dei pazienti, che dei genitori.

Un altro ruolo fondamentale dell'infermiere è l'educazione e la promozione della salute, proprio come stabilisce il Profilo Professionale, con il D.M. 14 settembre 1994 n. 739, articolo 1, comma 2: "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".<sup>37</sup>

La promozione della salute è importante poiché statisticamente, la diagnosi e il trattamento dei DCA sono spesso ostacolati dalla disinformazione dai limiti conoscitivi sui trattamenti e cure precoci.<sup>38</sup>

Un intervento rilevante è stato fatto dal Ministero della Salute, pubblicando nel marzo 2018, un documento nominato "Codice Lilla" che tratta gli interventi di accoglienza, triage, valutazione e attuazione di cure mirate dei pazienti con DCA in pronto soccorso<sup>39</sup>, inoltre il 15 Marzo si

---

<sup>34</sup> Corral-Liria, I., Alonso-Maza, M., Gonzàles-Luis, J., Fernàndes-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. (2022). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 840-849. doi: 10.1111/ppc.12858.

<sup>35</sup> Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03762.

<sup>36</sup> Turrell, S., Davis, R., Graham, H., & Weiss, I. (2005). Adolescents with Anorexia Nervosa: Multiple Perspectives of Discharge Readiness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 116-126.

<sup>37</sup> Decreto Ministeriale 739/94: Profilo professionale dell'infermiere. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf> (ultimo accesso: 08/2024).

<sup>38</sup> Dalle Grave, R. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona.

<sup>39</sup> Ministero della Salute. (2021). Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, aggiornato il documento sul "percorso Lilla" in pronto soccorso. *Ministero della Salute*. Ultimo accesso: 19/08/2024. Retrieved from [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null).

celebra la “Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla” finalizzata e creare consapevolezza sui disturbi del comportamento alimentare.<sup>40</sup>

Per concludere l'infermiere svolge un ruolo cruciale nell'individuazione precoce dei DCA tramite i passaggi sotto elencati:

1. Osservazione e monitoraggio essendo in prima linea nell'osservare i segni e i sintomi di potenziali DCA, come variazioni di peso, comportamenti alimentari disfunzionali e segni di disagio emotivo.
2. Valutazione attraverso colloqui e valutazioni strutturate, gli infermieri possono raccogliere informazioni sui comportamenti alimentari, sulle abitudini e sulle preoccupazioni del paziente, contribuendo a una diagnosi precoce.
3. Educazione, fornendo informazioni sui DCA, sensibilizzando i pazienti e le famiglie sui segnali di allerta e sull'importanza di un intervento tempestivo.
4. Supporto emotivo creando un ambiente di fiducia in cui i pazienti possono esprimere le proprie preoccupazioni e sentimenti, facilitando la comunicazione aperta.
5. Collaborazione interdisciplinare, poiché lavorano a stretto contatto con altri professionisti sanitari per sviluppare piani di cura integrati e garantire un approccio olistico al trattamento.
6. Interventi precoci che possono implementare interventi educativi e di prevenzione, aiutando a ridurre il rischio di sviluppare DCA in gruppi a rischio.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Ministero della Salute. (2023). Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla 2023. *Ministero della Salute*.

<sup>41</sup> **Eisler, I. et al.** "The Role of Nurses in the Management of Eating Disorders." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 24, no. 7, 2017, pp. 525-532. doi:10.1111/jpm.12391.



## **CAPITOLO II:**

### **OBIETTIVI DELLO STUDIO**

In questa tesi, l'obiettivo sarà quello di indagare tramite uno studio osservazionale, il livello di rischio di sviluppo dei disturbi del comportamento alimentari rivolgendosi ai giovani di età compresa tra i 17 e 18 anni, tramite la somministrazione del questionario validato: "EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)".

Il progetto nasce con l'idea di comprendere l'entità del fenomeno dei disturbi alimentari in Italia, il ruolo dell'infermiere nella cura di questi disturbi, come interviene e infine la correlazione delle ore di sonno con il rischio di sviluppo di altri disturbi.



## CAPITOLO III:

### MATERIALI E METODI

#### 3.1 Disegno e campione di indagine

Studio descrittivo quantitativo effettuato su un campione di giovani che, su base volontaria ed anonima hanno compilato il test validato EAT-26 che valuta ed indaga i comportamenti e gli atteggiamenti alimentari e, un questionario con domande di carattere generale.

Ha dato inizio al progetto una prima fase di documentazione, indagine e studio del fenomeno dei disturbi del comportamento alimentare e, gli strumenti disponibili per raccogliere dati circa l'entità della situazione.

È stato poi creato un questionario online accessibile attraverso un link, sulla piattaforma “*Microsoft forms*”, e successivamente inviato alla scuola secondaria di secondo grado: “Leon Battista Alberti” di San Donà di Piave.

Il campione è composto da 59 ragazzi frequentanti la classe quarta.

È stata prese in considerazione la fascia d'età 17-18 anni, per indagare, come hanno dimostrato l'entità dei disturbi alimentari

Il tempo stimato per la compilazione è stato di circa 3 minuti;

#### 3.2 Strumento di indagine

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 1), test di autovalutazione, anonimo che indaga preoccupazione, atteggiamenti e caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare, come strumento valido per lo studio, ed è stato creato nel 1979 da David Garner e i suoi collaboratori nell'ambito di ricerche sui disturbi alimentari, per quanto riguarda la validazione è stata fatta dallo stesso David Garner insieme ad altri ricercatori in vari studi successivi. La validazione iniziale fu effettuata su un campione di pazienti con anoressia nervosa, e successivamente è stato utilizzato in altri contesti clinici e non clinici per poi essere infine scelto dall'amministrazione Clinton per il National Eating Disorders Screening Program del 1998

Il questionario EAT-26 è uno strumento di screening utile per valutare il rischio di sviluppo di disturbi alimentari.

Come tutti gli screening, anche quello per i disturbi alimentari, si basa sul presupposto che l'identificazione precoce può portare a un trattamento precoce, riducendo così gravi complicazioni fisiche e psicologiche.

Gli strumenti di screening, come EAT-26 da soli non sono efficaci per fornire una diagnosi specifica di un disturbo alimentare.<sup>42</sup>

Il test è costituito da 26 domande valutate su una scala a 6 alternative con le seguenti risposte: sempre (3 punti), molto spesso (2 punti), spesso (1 punto), qualche volta (0 punti), raramente (0 punti) e mai (0 punti). La valutazione della domanda 27 è invertita, quindi sempre (0 punti), molto spesso (0 punti), spesso (0 punti), qualche volta (1 punto), raramente (2 punti) e mai (3 punti).

Il punteggio totale si ottiene sommando il punteggio di ogni singola domanda.

Con un punteggio massimo di 78, se il risultato è minore a 20, non si presenta una situazione di rischio di disturbo alimentare, se superiore od uguale a 20, potrebbe presentarsi il rischio.

I fattori tenuti in considerazione su cui vengono sviluppate le domande del questionario sono:

- Dieta (items 7,8, 16, 17, 18, 22 e 24, 25);
- Preoccupazione rispetto al peso corporeo (items 2, 3, 13 e 15, 19, 20, 22);
- Preoccupazione per il cibo (items 4, 5, 6, 8 11, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23);
- Pressione sociale (items 9, 14, 21);
- Controllo orale e vomito (items 10 e 27).

Al test è stato allegato una presentazione in cui è stato specificato l'obiettivo dell'indagine.

---

<sup>42</sup> Ministero della Salute, Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, aggiornato il documento sul "percorso Lilla" in pronto soccorso,  
[https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null,2021](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null,2021)

## CAPITOLO IV:

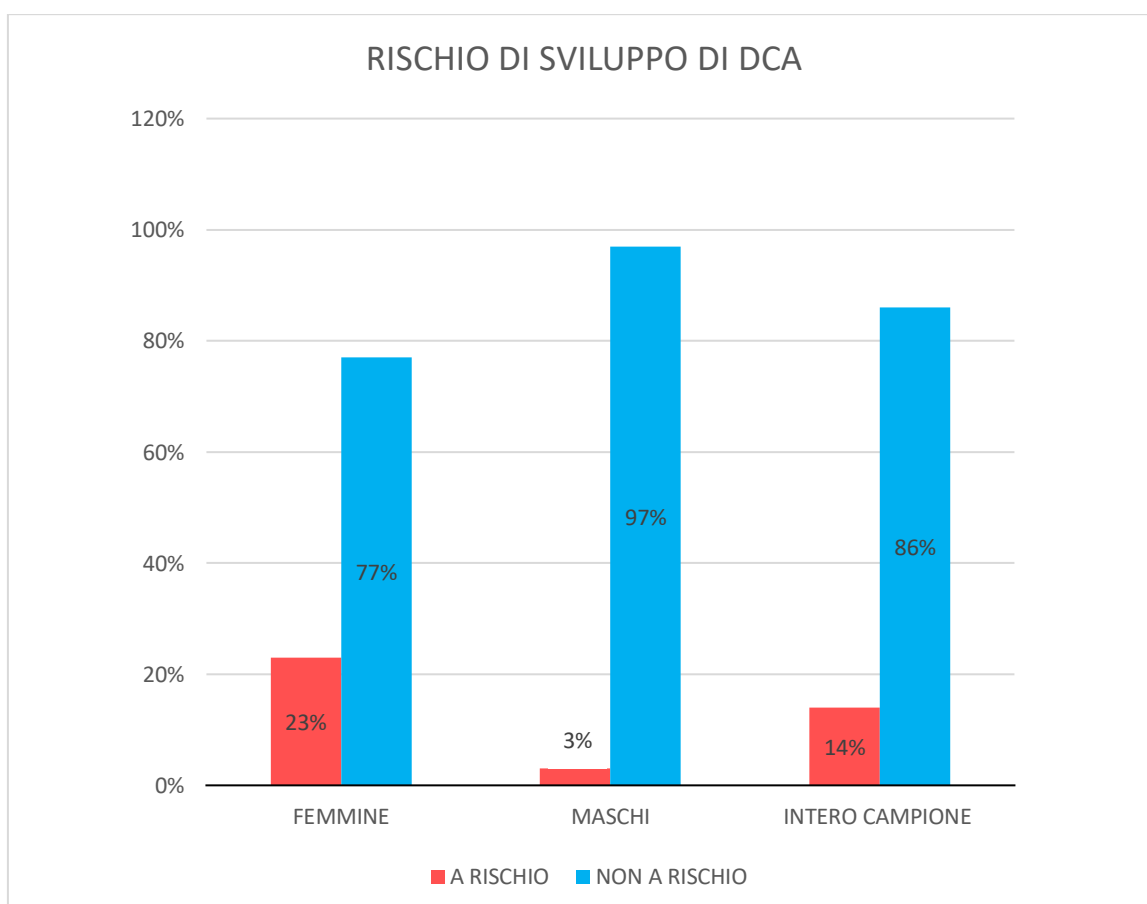
### RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI

#### 4.1 Genere

Sono stati compilati ed analizzati 59 questionari, di cui 51% sono femmine (30), e 49% sono maschi (29)

#### 4.2 Rischio di sviluppo di DCA rilevato

Sapendo che se il punteggio del questionario è  $< 20$  non c'è rischio di sviluppo di DCA, mentre se  $> 20$  sì, tenendo conto della suddivisione fatta tra maschi e femmine abbiamo ottenuto dai risultati, che delle 30 femmine, 7 hanno ottenuto i relativi punteggi a rischio, mentre dei maschi si è rilevato il rischio solo nell'individuo 47, 1 solo su 29, ed infine nel totale di 59 persone, 8 sono a rischio, qui sotto nel grafico è riportato il rischio in percentuale.



Il rischio di sviluppare un disturbo è da ritenersi preoccupante per la percentuale emersa soprattutto nelle femmine, a conferma dei dati nazionali<sup>43</sup> che vedono i disturbi del

comportamento alimentare a prevalenza femminile, statisticamente più colpite, di fatto i maschi ne sono colpiti dalle 10 alle 20 volte in meno.

Come già visto precedentemente sappiamo che la prevalenza è colpita per aspetti sociali e culturali e biologici.

Uno di questi aspetti sembra essere legato al ruolo degli ormoni sessuali, nella regolazione della serotonina che regola il tono dell'umore, l'ansia, l'impulsività, sensazione di fame e sazietà.

La riduzione di questo ormone dopo una dieta restrittiva infatti è frequente nel sesso femminile, più di quello maschile che conferma la differenza legata al genere.<sup>43</sup>

Andando a confrontare nello specifico i dati nazionali<sup>44</sup> anch'essi dimostrano che il 90%-95% delle persone affette da DCA sono femmine.

In uno studio pubblicato su "eating and weight disorders" (2026), che ha analizzato i dati di università italiane<sup>45</sup>, il punteggio medio dell' "eat-26" per le femmine è risultato significativamente più alto rispetto a quello dei maschi.

Tra gli intervistati, il 14% delle femmine ha ottenuto un punteggio superiore alla soglia critica di 20 (indicando un rischio di DCA), rispetto al solo 4% dei maschi.

Confrontandoli con i risultati ottenuti nella nostra ricerca, possiamo evincere che:

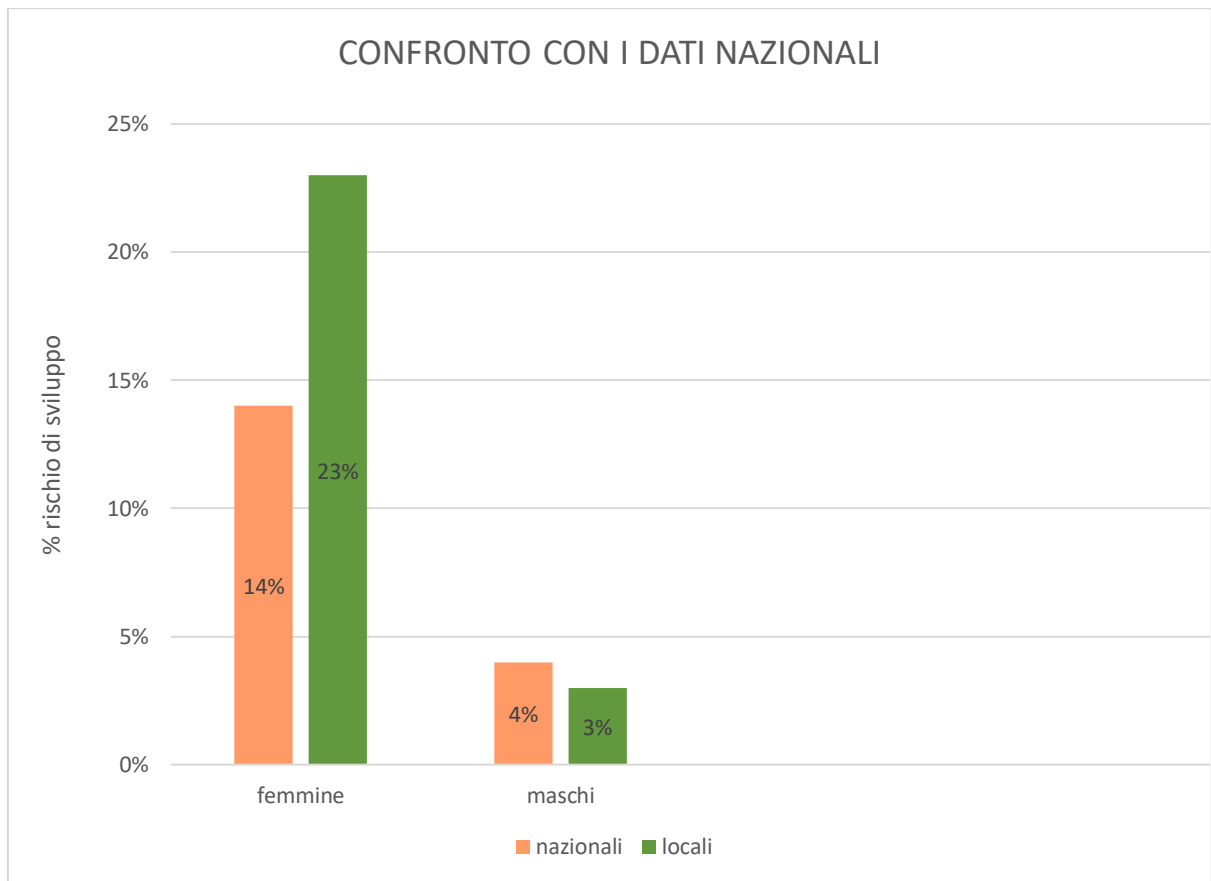
- nelle femmine la prevalenza è 23,33%, quindi più alta rispetto al 14% nazionale
- nei maschi la prevalenza è 3,45%, leggermente più bassa rispetto al 4% nazionale

---

<sup>43</sup> Psicopatologia dell'alimentazione. (s.d.). Perché le donne? Recuperato da <https://www.psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/perche-le-donne/> (ultimo accesso: agosto 2024).

<sup>44</sup> Dotti, A., & Lazzari, R.(1998). *Validation and reliability of the Italian EAT-26. Eating and Weight Disorders*, 3(4), 188-194 DOI: 10.1007/BF03340009

<sup>45</sup> Sanavio, E., & Sica, C. (2016). *Eating attitudes and behaviors in a sample of Italian university students: A preliminary study with the EAT-26. Eating and Weight Disorders*, 21(1), 185-193. DOI: 10.1007/s40519-016-0256-3



#### 4.2.1 Altre problematiche più diffuse

Dal questionario possiamo valutare anche che, nonostante possa non esserci il rischio di sviluppo di DCA in un individuo, vi sono domande in cui risultano punteggi più alti, le quali fanno presupporre un possibile principio di rischio.

Considerando che le femmine sono 30, e il punteggio massimo per ogni domanda è 3, per ogni domanda il massimo è 90, mentre i maschi sono 29, e il punteggio massimo è 87, analizziamo le domande con punteggio superiore a 15, ed escludiamo la domanda 26, che ha il punteggio inverso e non è indice di rischio, e raggruppiamo secondo degli indici:

##### 1- indicatori di forma fisica

1.1 domanda 2= “ho una terribile paura di ingrassare”

1.2 domanda 12= “mi tormenta il desiderio di essere più sottile”

1.3 domanda 15= “mi preoccupa l’idea di avere del grasso sul corpo”

##### 2- indicatori di rapporto difficile con il cibo

2.1 domanda 4= “penso al cibo con preoccupazione”

2.2 domanda 6= “ho l’abitudine di sminuzzare il cibo”

2.3 domanda 5= “mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere”

2.4 domanda 19= “sento che il cibo domina la mia vita”

3- indicatori di ipercontrollo

3.1 domanda 16= “impiego più tempo degli altri a mangiare”

3.2 domanda 25= “mi piace che il mio stomaco sia vuoto”

### 4.3 Ore di sonno e rischio di sviluppo di DCA

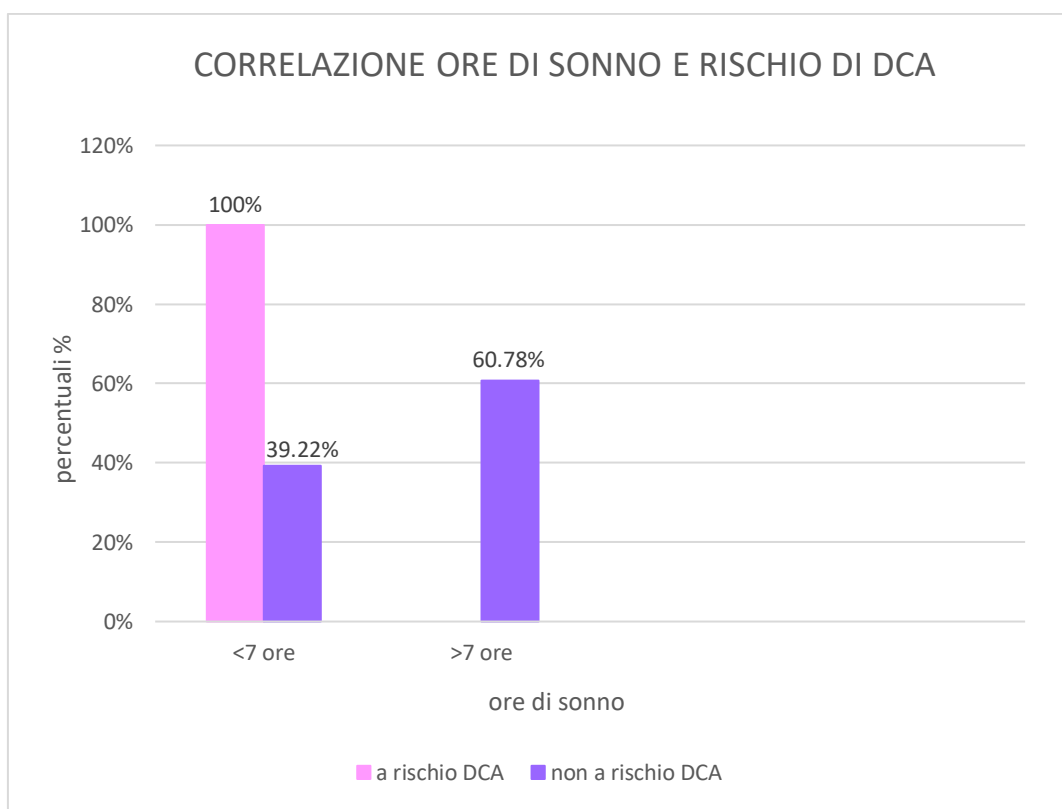
Come visualizzato precedentemente, la mancanza di sonno, aumenta il rischio di sviluppo di disturbi e dipendenze.

Nel caso del nostro studio andiamo a confermare come i ragazzi che hanno risposto al questionario dicendoci di dormire <7 ore, coincide con chi risulta essere a rischio di sviluppo.

Non tutti gli individui che dormono meno di 7 ore, hanno il rischio, poiché, chiaramente, dipende anche dai fattori biologici, sociali e psicologici già affrontati.

Nei seguenti grafici illustriamo quanto detto, inserendo il punteggio corrispondente al rischio di sviluppo, e le ore di sonno effettive.

Di 59 persone hanno risposto al questionario, 8 persone sono a rischio di sviluppo di DCA, 51 persone invece non sono a rischio. Delle 8 persone tutte quante dormono meno di 7 ore, mentre delle 39: 20 dormono <7 ore e 39 dormono > 7 ore. Nel grafico sotto riportato viene riproposta la correlazione tramite le percentuali.



L'analisi dei dati raccolti tramite il questionario EAT-26 ha evidenziato una possibile correlazione tra il numero di ore di sonno dormite e il rischio di sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Tra i partecipanti che si trovano a rischio di sviluppo di

DCA, il 100% dichiara di dormire meno di 7 ore per notte. Questa uniformità suggerisce che la mancanza di sonno potrebbe essere un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di DCA. D'altra parte, tra i partecipanti che non sono a rischio, si osserva una distribuzione più varia: il 39.22% di queste persone dorme meno di 7 ore, mentre il restante 60.78% dorme più di 7 ore. Questo dato indica che, sebbene il dormire meno di 7 ore possa essere correlato al rischio di sviluppo di DCA, non tutti coloro che dormono poco sviluppano necessariamente disturbi alimentari.

In sintesi, i risultati suggeriscono che esiste una correlazione tra una scarsa durata del sonno (meno di 7 ore) e il rischio di sviluppo di DCA.

#### **4.4 Interventi utili in base ai risultati**

Nel capitolo 1.8, abbiamo visto che tra i ruoli dell'infermiere, particolare attenzione è posta all'individuazione precoce dei DCA. Dopo aver analizzato i risultati della ricerca effettuata, e confrontati con i dati nazionali, si può evincere che c'è scarsa sensibilizzazione ed è posta poca attenzione sui punti sviluppati per individuare segni e sintomi d'allarme.

I dati<sup>46</sup> suggeriscono che, sebbene gli infermieri abbiano un ruolo chiave nel monitoraggio della salute mentale e fisica dei pazienti, spesso non ricevono una formazione adeguata sui DCA. Questo porta a una mancanza di consapevolezza sui segnali precoci, come alterazioni del peso, comportamenti alimentari disfunzionali o cambiamenti nell'umore. Inoltre, la letteratura suggerisce che l'attuare formazione continua<sup>47</sup> in questo ambito è insufficiente, contribuendo a una gestione inadeguata delle situazioni a rischio.

Inoltre, le ricerche<sup>48</sup> indicano che i protocolli clinici attualmente in uso non enfatizzano l'importanza di identificare precocemente i DCA, lasciando molti infermieri poco preparati ad affrontare tali casi. La scarsità di risorse informative e linee guida specifiche rende difficile l'implementazione di strategie efficaci di intervento. Questo scenario evidenzia l'urgenza di sviluppare programmi di formazione e sensibilizzazione che possano fornire agli infermieri le competenze necessarie per riconoscere e affrontare i DCA in modo tempestivo e appropriato. Infine, è cruciale promuovere una cultura di collaborazione multidisciplinare, in cui gli infermieri possano lavorare fianco a fianco con altri professionisti della salute per garantire che

---

<sup>46</sup> R. M. K. Young et al. "Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Eating Disorders: A Pilot Study." *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 10, no. 5, 2020, pp. 54-60. DOI: 10.5430/jnep.v10n5p54.

<sup>47</sup> T. M. K. P. McKenzie et al. "The Impact of Education on the Recognition of Eating Disorders by Health Professionals." *International Journal of Eating Disorders*, vol. 53, no. 4, 2020, pp. 610-615. DOI: 10.1002/eat.23255.

<sup>48</sup> Treasure, J., et al. "Eating Disorders: A Review of the Evidence Base for Treatment." *British Medical Journal*, vol. 350, 2015, g1237. DOI: 10.1136/bmj.g1237.

i pazienti ricevano un approccio integrato e olistico. Solo attraverso un impegno collettivo e un'adeguata formazione potremo migliorare l'individuazione precoce dei DCA e, di conseguenza, gli esiti per i pazienti.



## CONCLUSIONI

Il lavoro svolto fornisce in sintesi che dietro ad una persona affetta da disturbi del comportamento alimentare si nasconde la maggior parte delle volte un problema molto profondo che spinge a vivere in condizioni di perenne ansia, frustrazione e talvolta isolamento. Tramite l'indagine effettuata confermiamo ciò che dice la letteratura, che lo sviluppo di questi disturbi è in forte aumento, utilizzando il questionario EAT-26 abbiamo compreso che l'entità dei DCA e come è utile come screening per valutarne il rischio di sviluppo, utile specialmente avendo capito che il riconoscimento e trattamento precoce è fondamentale per guarire, riducendo complicanze fisiche e talvolta la morte, come abbiamo analizzando nel disturbo dell'anoressia nervosa.

Si è evinto che lo sviluppo di questi disturbi è molto più diffuso nelle femmine per un fattore genetico, culturale e sociale.

Abbiamo colto dalla letteratura che l'infermiere svolge un ruolo importante per aiutare i pazienti a comprendere la loro condizione, capire come accettarsi e migliorarsi, poiché chi ne soffre richiede particolare attenzione e specifici interventi nella sfera psico-relazionale e fisico-clinica, oltre a partecipare a tutto il percorso, a partire dall'assistenza ai pasti.

Un altro ruolo, facendo parte del processo di guarigione, è mediare il rapporto tra familiari, paziente e le figure professionali.

L'ultimo aspetto appreso è la reale correlazione tra le ore di sonno e lo sviluppo dei DCA, che abbiamo evidenziato nel questionario stesso.

In conclusione, l'elaborato suggerisce spunti per degli eventuali approfondimenti sui vari comportamenti ed abitudini alimentari analizzati ed i relativi rischi di sviluppo.



## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

APC, "Bulimia", disponibile su: <https://apc.it/bulimia/>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.

Baranwal et al. (2023).

Bartlett & Jackson. (2016).

Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). *Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach*. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03762.

Bontempi, S., & Dalle Grave, R. Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica. *Psicoterapeuti in formazione*. 2012; 10:3-19.

Brusadelli, E. *Binge-eating disorder*, p. 12.

Burton M. *Understanding eating disorders in young people*. *Practice Nursing*. 2014; 25(12):606-610.

Carvalho Martins, C. R., & Vaccari Caccavo, P. (2012). *Nurses and clientele with anorexia and bulimia: A case study*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 495-500. doi: 10.1590/s0034-71672000300015.

Centro DCA, "Come riconoscere un disturbo alimentare", disponibile su: <https://www.centrodca.it/come-riconoscere-un-disturbo-alimentare/>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Cos'è la Bulimia Nervosa, C., *Bulimia Nervosa in Adolescenza*.

Coombs, A. (2011). *Case study: Treating eating disorders in the community*. *British Journal of School Nursing*, 6(6), 284-288. doi: 10.12968/bjsn.2011.6.6.284.

Dalle Grave, R., "Il riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione", disponibile su: <http://www.dallegrave.it/il-riconoscimento-precoce-dei-disturbi-dell'alimentazione>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Dalle Grave, R. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona.

Decreto Ministeriale 739/94, *Profilo professionale dell'infermiere*. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/DM-739-94.pdf> (ultimo accesso: 08/2024).

Dotti, A., & Lazzari, R. (1998). *Validation and reliability of the Italian EAT-26. Eating and Weight Disorders*, 3(4), 188-194 DOI: 10.1007/BF03340009

**Eisler, I. et al.** "The Role of Nurses in the Management of Eating Disorders." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 24, no. 7, 2017, pp. 525-532.  
doi:10.1111/jpm.12391.

Fronzi, S. *L'Anoressia nervosa*. Booksprint; 2023.

Gruppo San Donato, "Binge Eating Disorder: significato e sintomi", disponibile su:  
<https://www.grupposandonato.it/news/2023/marzo/binge-eating-disorder-significato-sintomi>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

King, S., & Turner, D. (2000). *Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139–147.

Kells, M., Schubert-Bob, P., Nagle, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Forbes, P., & McCabe, M. (2017). *Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders*. *Clinical Nursing Research*, 26(4), 525-537. doi: 10.1177/1054773816637598.

Latzer, Y., Tzischinsky, O., Epstein, R., Klein, E., & Peretz, L. (1999). *Naturalistic sleep monitoring in women suffering from bulimia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 315–321.

Lauer, C. J., Krieg, J., Riemann, D., Zulle, J., & Berger, M. (1990). *A polysomnographic study in young psychiatric inpatients: major depression, anorexia nervosa, bulimia nervosa*. *Journal of Affective Disorders*, 18(4), 235–245. Lauer, C. J., & Krieg, J. (2004). *Sleep in eating disorders*.

Lindberg, N., Virkkunen, M., Tani, P., Appelberg, B., Rimón, R., & Porkka-Heiskanen, T. (2003). *Growth Hormone-Insulin-Like Growth Factor-1 Axis, Leptin and Sleep in Anorexia Nervosa Patients*. *Neuropsychobiology*, 47(2), 78–85.

Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Allison, K. C., & Spreser, C. D. (2008). *Sleep and quality of life in eating disorders*. Humana Press eBooks, pp. 281–289.

Ministero della Salute, "Salute Mentale: Disturbi Neuropsichiatrici dell'Adulto", disponibile su:  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6160&area=salute%20mentale&menu=DNA>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Ministero della Salute, "Salute Mentale: Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", disponibile su:  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA>, ultimo accesso: 17 ottobre 2024.

Ministero della Salute (2021). *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, aggiornato il documento sul "percorso Lilla" in pronto soccorso*. Ministero della Salute. Ultimo accesso: 19/08/2024. Retrieved from

[https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null).

Ministero della Salute (2023). *Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla 2023*. Ministero della Salute.

MSD Manuals, "Bulimia nervosa", disponibile su: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/bulimia-nervosa>, ultimo accesso: ottobre 2024.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. 2004. Disponibile su: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>, ultimo accesso: agosto 2024.

Northeast et al. (2020).

Psicopatologia dell'alimentazione. *Perché le donne?*  
<https://www.psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/perche-le-donne/> (ultimo accesso: 08/2024).

R. M. K. Young et al. "Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Eating Disorders: A Pilot Study." *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 10, no. 5, 2020, pp. 54-60. DOI: 10.5430/jnep.v10n5p54.

Sangiorgi, G. *L'influenza dell'attività fisica sul sonno in pazienti con disturbi alimentari*.

Sanavio, E., & Sica, C. (2016). *Eating attitudes and behaviors in a sample of Italian university students: A preliminary study with the EAT-26*. *Eating and Weight Disorders*, 21(1), 185-193. DOI: 10.1007/s40519-016-0256-3

Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). *Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 29–38. doi: 10.1111/jpm.12507.

T. M. K. P. McKenzie et al. "The Impact of Education on the Recognition of Eating Disorders by Health Professionals." *International Journal of Eating Disorders*, vol. 53, no. 4, 2020, pp. 610-615. DOI: 10.1002/eat.23255.

Treasure, J., et al. "Eating Disorders: A Review of the Evidence Base for Treatment." *British Medical Journal*, vol. 350, 2015, g1237. DOI: 10.1136/bmj.g1237.

Treasure J., Smith G., Crane A. *Prendersi cura di una persona cara affetta da disturbo alimentare. Come diventare capaci Nuovo metodo Maudsley*. Firenze: Seid Editori; 2014.

Turrell, S., Davis, R., Graham, H., & Weiss, I. (2005). *Adolescents with Anorexia Nervosa: Multiple Perspectives of Discharge Readiness*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 116–126.

Wolfe, B. E., Dunne, J. P., & Kells, M. R. (2016). *Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder*. *Clinical Nursing Research*, 213-235. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.006.

Zappa, L. E. (Ed.). *Alice in fuga dallo specchio. Il disturbo dell'immagine corporea nell'Anoressia Nervosa e nei DCA. Un modello integrato di trattamento*. Milano: FrancoAngeli; 2009.

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective*. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020–2029. doi: 10.1111/jocn.12182.

# ALLEGATI

## 1- Questionario: Eating Attitudes Test (EAT-26)

### Indagine sui disturbi del comportamento alimentare

Buongiorno, mi chiamo Denise Senatore e sono una studentessa al terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica all'Università degli Studi di Padova.

Sto scrivendo una tesi di laurea che mette al centro dello studio la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare nei giovani di età compresa tra i 17 e 18 anni.

La compilazione del questionario richiede pochi minuti.

Grazie per la collaborazione.

Il questionario è anonimo e non prevede alcuna registrazione dei dati personali.

Ai sensi del Regolamento europeo in materia di Protezione dei Dati Personali (GDPR 2016/679) e ai sensi dell'autorizzazione generale al trattamento dei dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica, la informiamo che: (a) le risposte gentilmente fornite saranno utilizzate per soli scopi scientifici; (b) i dati raccolti saranno utilizzati in modo aggregato.

Genere

- Maschio
- Femmina

2.Ho una terribile paura di ingrassare

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente mai
- Mai

3.Quando ho fame evito di mangiare

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

4.Penso al cibo con preoccupazione

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

5.Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere

- Sempre
- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

6.Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo

- Sempre

- Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 7.Faccio molta attenzione al potere calorico dei cibi che mangio
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 8.Evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pane, pasta, dolci)
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 9.Sento che gli altri vorrebbero che mangiassi di più
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 10.Mi capita di vomitare dopo aver finito
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 11.Mi sento molto in colpa dopo aver mangiato
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 12.Mi tormenta il desiderio di essere più sottile
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 13.Mi sottopongo a esercizi fisici intensi per bruciare calorie
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso

- Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
14. Gli altri pensano che sono troppo magra
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
15. Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul corpo
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
16. Impiego più tempo degli altri a mangiare
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
17. Evito cibi dolci
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
18. Mangio cibi dietetici
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
19. Sento che il cibo domina la mia vita
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
20. Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame
- Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente

- Mai
- 21.Sento che gli altri fanno pressione su di me perché io mangi
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 22.Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 23.Mi dispero se mangio dolci
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 24.Mi impegno in programmi di dieta
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 25.Mi piace che il mio stomaco sia vuoto
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 26.Mi piace provare nuovi cibi elaborati
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai
- 27.Ho l'impulso di vomitare dopo aver mangiato
  - Sempre
  - Molto spesso
  - Spesso
  - Qualche volta
  - Raramente
  - Mai

28. quante ore dormi la notte

- <7
- >7

## 2-Raccolta dati

maschi 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	tot individuo	28	
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	<7	
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	>7
13	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	>7	
14	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	>7	
15	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	8	>7	
16	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	>7	
17	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	>7	
19	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	<7	
20	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	>7	
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	4	<7	
24	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	<7	
26	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	>7	
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	>7	
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	>7	
30	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	>7	
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	>7	
33	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	>7	
40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	>7	
43	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	>7	
46	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	>7	
47	3	0	3	3	0	1	0	0	0	3	2	0	0	3	0	1	0	3	0	0	3	2	0	0	0	3	30	<7	
50	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8	<7	
51	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	<7	
52	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	>7	
53	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	>7	
54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	5	>7	
55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	>7	
56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	>7	
59	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	>7	
tot per domanda	12	0	4	16	2	5	1	4	1	3	7	11	5	5	4	1	0	6	6	0	3	2	4	0	30	3			

femmine 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	tot individuo	28	
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	>7	
2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	9	<7	
4	2	0	1	0	3	1	1	0	0	1	2	2	0	2	3	0	0	1	1	0	0	1	2	1	0	0	24	<7	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	>7	
6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	>7	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	>7	
9	3	0	0	1	3	2	0	3	0	2	3	0	3	3	2	0	0	2	3	3	2	0	0	2	0	0	37	<7	
10	3	0	2	1	0	3	0	0	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	3	0	23	<7	
11	2	1	2	3	0	0	0	0	0	1	3	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	19	<7	
12	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	7	>7	
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	>7	
21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	<7	
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	>7	
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	>7	
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	>7	
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	<7	
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	>7	
35	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6	>7	
36	3	2	3	1	3	1	3	0	0	1	3	0	0	3	3	0	0	2	2	1	3	0	0	2	2	0	38	<7	
37	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	13	<7	
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	>7	
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	>7	
41	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	>7	
42	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	3	16	<7	
44	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	3	3	23	<7	
45	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	7	>7	
48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	>7
49	3	1	3	1	3	0	0	0	0	3	0	0	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	0	0	39	<7	
57	2	0	2	2	1	2	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	3	2	0	2	2	3	3	1	0	0	31	<7	
58	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	>7	
tot per domanda	30	7	18	10	15	10	4	5	4	11	28	6	6	24	25	7	6	17	19	5	13	4	7	19	32	6			