

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica

Tesi di Laurea

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEGLI
ADOLESCENTI. INDAGINE SUL FENOMENO ANORESSIA NERVOSA
ED ANALISI DEGLI AMBITI DI INTERVENTO INFERMIERISTICO
NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Relatore: Colmanet Marzia

Laureando: Martina Tacca

Anno accademico: 2014-2015

Indice generale

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 – DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.....	7
1.1 Incidenza e prevalenza.....	7
1.2 Caratteristiche.....	8
1.2.1 Sesso.....	8
1.2.2 Et� di esordio.....	8
1.3 Fattori di rischio.....	10
CAPITOLO 2. MALNUTRIZIONE PER DIFETTO E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE.....	13
2.1 “Il peso delle parole”: quando parlare di malnutrizione o disturbo alimentare?.....	13
2.2 Criteri diagnostici.....	13
CAPITOLO 3. PREVENZIONE.....	15
3.1 Strategie di prevenzione.....	15
CAPITOLO 4 INDAGINE SUL FENOMENO.....	18
4.1 Scopo dell'indagine.....	18
4.2 Materiali e metodi.....	18
4.2.1 Presentazione dello strumento utilizzato per l'indagine.....	18
4.2.2 Target di studio e setting.....	20
4.2.3 Somministrazione dei questionari.....	21
4.3 Risultati.....	21
CAPITOLO 5 CONCLUSIONI ED AMBITI DI INTERESSE INFERMIERISTICO NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE.....	27
5.1 Proposta progettuale.....	29
5.1.1 Lavorare con le life skills.....	32
5.2 Ruolo dell'infermiere nella promozione della salute: scenari.....	34

RIASSUNTO

I disturbi del comportamento alimentare (D.C.A) nel contesto in cui viviamo stanno aumentando in maniera drastica, numerose ricerche identificano la classe adolescenziale come la fascia a rischio di insorgenza di queste problematiche; un ambiente come la scuola, può diventare un prezioso punto di inizio per eseguire iniziative di prevenzione attraverso strumenti validati e di promozione della salute. L'infermiere tra le varie figure professionali a contatto con l'adolescente assume un importante ruolo nella lotta contro i disturbi alimentari.

INDAGINE

L'obiettivo dello studio è quello di indagare il fenomeno anoressia nervosa in particolare per quanto concerne la possibilità di individuare le persone che presentano un modello alimentare a rischio.

È stata eseguita una revisione della bibliografia presente in letteratura che ha permesso di identificare il questionario EDI come strumento valido per lo studio, la versione utilizzata per la ricerca è composta da 64 item raggruppati in 8 sottoscale che identificano atteggiamenti e comportamenti che se presenti aumentano il rischio di insorgenza del disturbo alimentare. Il campione selezionato è stato quello degli studenti delle 4^e classi degli istituti superiori di due scuole del Feltrino. Il campione è stato scelto per le sue caratteristiche di omogeneità per quanto riguarda sesso, età e cultura. Numerose revisioni mettono in evidenza l'ambiente scolastico come setting ideale dove eseguire iniziative di prevenzione e promozione della salute.

I questionari somministrati in totale sono stati 184.

RISULTATI

Dallo studio delle diverse sottoscale si è potuto quantificare il numero dei soggetti che manifestano la predisposizione a certi atteggiamenti e comportamenti considerati a rischio. È giusto ricordare che il questionario utilizzato non è utilizzato come strumento di screening ma per identificare la presenza di alcuni comportamenti e atteggiamenti; per esempio un alto punteggio alla sottoscale “desiderio di magrezza” è considerato un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo alimentare.

Premettendo che il campione utilizzato per lo studio era costituito da ragazzi e ragazze appartenenti a indirizzi scolastici ad orientamento diverso, si è potuto appurare dall'analisi dei dati raccolti che non vi è una scuola più a rischio di un'altra, non è quindi una questione di corso di studi ma bensì si è notato che è il sesso a porre la differenza.

Le femmine sono generalmente più predisposte ad assumere atteggiamenti considerati a rischio per l'insorgenza del disturbo alimentare.

Dall'indagine è emerso che per quanto riguarda la sottoscala “desiderio di magrezza” 13 soggetti potevano essere considerati a rischio.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La scuola è il luogo in cui gli adolescenti imparano, si mettono in discussione, sperimentano e si confrontano con i propri compagni, ma anche con sé stessi. Emozioni e corpo spesso formano un tutt'uno che non sempre però è semplice da conciliare.

I disturbi alimentari in quest'epoca rappresentano un problema che non si può trascurare. Strumenti validati possono aiutare a rilevare la presenza di alcuni atteggiamenti e comportamenti definiti a rischio per l'insorgenza dei problemi alimentari.

Sarebbe opportuno oltre a ricercare la presenza del rischio già nell'ambiente scolastico, sfruttare quest'ultimo come arma di forza dove poter proporre iniziative di promozione della salute che implementino lo sviluppo di Life Skills.

Secondo la definizione fornita dalla WHO (Divisione della salute mentale), i “life skills sono abilità/capacità che ci permettono di acquisire un comportamento versatile e positivo, grazie al quale possiamo affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana”.

La promozione di stili di vita sani, educazione alla salute e la prevenzione delle malattie sono concetti importanti per l'assistenza infermieristica.

L'infermiere non è solo ospedale, ma molto di più; le nuove prospettive e scenari che aprono la strada all'infermiere di famiglia e di comunità, permettono di intravedere una collaborazione interdisciplinare, dove si possa combattere per prevenire i disturbi alimentari.

INTRODUZIONE

Nel epoca in cui viviamo a partire dagli ultimi 50 anni l'aumento dello stato di benessere nei Paesi occidentali ha determinato la scomparsa della maggior parte delle malattie da carenza nutrizionale, ma ha favorito lo sviluppo di alcune malattie croniche, come l'obesità e il diabete mellito di tipo 2.

Per milioni di giovani nel mondo, il corpo ed il cibo si sono trasformati in un'ossessione, tant'è che i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono ormai una vera e propria epidemia sociale. Anoressia, Bulimia, Binge eating sono gravi patologie che si stanno diffondendo a macchia d'olio per la concomitanza di diversi fattori che agiscono su ragazzi e ragazze già fortemente a rischio.

Il modello occidentale stimola un ideale di magrezza dove la combinazione di un ambiente obesogenico (che induce a uno stile di vita sedentario, ma al tempo stesso offre stimoli ripetuti al consumo di alimenti) con un contesto culturale fortemente influenzato dall'industria della dieta e della moda (che idealizza la magrezza e disprezza l'eccesso di peso) può favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione.

Ad oggi i disturbi alimentari rappresentano, nel panorama mondiale, un' enorme problema, in questi ultimi anni la loro silente crescita ha letteralmente travolto gran parte dello scenario delle discipline cliniche, manifestando chiaramente l'interesse dell'opinione pubblica, sociale , politica e dei mass media.

I disturbi rappresentano lo specchio di un disagio sociale più ampio che nasce, tra le altre cose, dalla difficoltà di percepire il sé e la propria immagine corporea. Il concetto di alimentazione si estende: non rappresenta più unicamente un bisogno fisiologico ma entra a far parte di un più ampio contesto culturale che interessa la cura e l'attenzione verso noi stessi e gli altri, il rapporto con la nostra immagine corporea e con il contesto sociale nel quale siamo inseriti.

Ciononostante, molte persone, con la speranza di adeguarsi ai canoni promulgati dal contesto, intraprendono un controllo della propria alimentazione che diventa con il tempo sempre più rigido, fino a sfociare, nei casi in cui è presente una vulnerabilità, in un vero e proprio disturbo dell'alimentazione.

Questi disturbi pongono in vera difficoltà tutto il sistema gestionale sanitario, sia dal punto di vista organizzativo che quello economico.

In Italia la cura e la diagnosi dei Disturbi del Comportamento Alimentare è condizionata fondamentalmente da tre problemi:¹

1. disinformazione;
2. limiti conoscitivi delle cure e dei trattamenti precoci;
3. mancanza di programmi e assenza di centri specializzati sul territorio.

Alcuni studi di ricerca sulla prevenzione attualmente presenti hanno affrontato in maniera esplicita, ma differente, il problema dei disturbi alimentari, valutando quali potessero essere i migliori programmi di prevenzione di tali disturbi.

Tra gli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale, il Ministero della Salute ha inserito la lotta all'obesità e ai Disturbi del Comportamento Alimentare, allo scopo di diminuire il numero di persone affette da queste serie patologie, promuovendo campagne di prevenzione rivolte per lo più ai giovani al fine di promuovere sane condotte alimentari.²

In questo lavoro di tesi si è voluto prendere in considerazione in particolare il problema dell'anoressia nervosa.

1 Dalle Grave R. Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press, 2012

2 Regione Toscana, "Alimentazione e Salute", Toscana: I progetti per la salute, Giunta Regionale Toscana, Triennio 2005-2007.

CAPITOLO 1 – DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1 Incidenza e prevalenza

Tra i disturbi del comportamento alimentare l'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini.

Per quanto riguarda la bulimia nervosa l'incidenza è stimata essere di almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. Non ci sono dati attendibili, invece, per quanto riguarda l'incidenza del disturbo da alimentazione incontrollata BED (binge-eating disorder).

Se si considera la prevalenza puntiforme³ dell'anoressia nervosa, essa è stimata essere nelle giovani donne tra lo 0,2% e lo 0,9%, mentre quella della bulimia nervosa è stimata tra lo 0,5% e l'1,8%. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza life time⁴ dello 0,9% per l'anoressia nervosa, del'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati trovati essere dello 0,3%, dello 0,5% e del 2%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa e 6,2% per il BED e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

La recente conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, patrocinata dal Ministero della Salute, ha raccomandato che in Italia siano condotti studi di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni della popolazione generale, per consentire un aggiornamento dei dati disponibili. Pur essendo primariamente disturbi psichiatrici, i disturbi dell'alimentazione producono spesso complicanze fisiche anche serie, secondarie alla malnutrizione e/o ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso e sulla forma del corpo. Le persone con anoressia nervosa, in particolare, hanno una mortalità tra le 5 e le 10 volte maggiore di quella delle persone sane della stessa età e sesso.⁵

3 Con il termine prevalenza puntiforme si intende la percentuale di una popolazione affetta da una malattia in un determinato momento.

4 Con il termine prevalenza lifetime si intende la percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita.

5 Gordon R.A., Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1

1.2 Caratteristiche

1.2.1 Sesso

Tutti i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione femminile che in quella maschile. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di BED.

Gli uomini con disturbi dell'alimentazione non sembrano differire sostanzialmente dalle donne per età di esordio, insoddisfazione per il proprio corpo, metodi di controllo del peso, caratteristiche cliniche ed evolutive.

Tuttavia, sono state osservate anche alcune differenze:

La presenza di sovrappeso e di obesità nella storia clinica sembra essere più frequente negli uomini rispetto alle donne; maggiore negli uomini sembra anche essere la frequenza della depressione, dell'abuso di sostanze e dei disturbi di personalità.

Nei maschi le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo sono spesso influenzate dall'impegno in attività atletiche. L'attività fisica nel suo complesso è più intensa, mentre il ricorso all'uso improprio di lassativi è meno frequente, talora si manifesta una vera e propria "dipendenza" dall'esercizio fisico estremo, che viene definita "anoressia atletica".

In alcuni pazienti si osserva, più che un'ossessione per la magrezza, una focalizzazione estrema sulla forma e sulle dimensioni della muscolatura.

L'ossessione per l'esercizio fisico e la preoccupazione estrema per le dimensioni della muscolatura sono state anche indicate con il termine di "vigoressia".⁶

1.2.2 Età di esordio

Sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i **15 e i 19 anni**.⁷

L'adolescenza è un momento molto particolare in cui oltre ai cambiamenti fisici che ogni ragazzo ed ogni ragazza devono affrontare si aggiungono quelli più prettamente psichici.

Per questo motivo spesso si parla di crisi adolescenziale: per evidenziare questi processi di crescita che investono il ragazzo nel rapporto con se stesso e quello con il mondo esterno.

6 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013

7 Raevuori A, Hoek HW, Susser E, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS One 2009; 4: e4402

È un momento importante da cui comincia la definizione della propria identità attraverso un percorso di affrancamento dalle figure genitoriali, di ricerca della propria autonomia in rapporto con i coetanei.⁸

Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce.

Questo aumento è in parte spiegato dall'abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere collegato a un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti a pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione come internet.

Un esordio più precoce alla malnutrizione può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari, soprattutto a carico di quei tessuti che nell'adolescenza non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale.

L'età di esordio del BED si differenzia da quella dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, essendo distribuita in un ampio intervallo (dall'infanzia alla terza età), con un picco nella prima età adulta.

Casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa a esordio tardivo non sono infrequenti, anche se ancora poco studiati. In generale, un'età di esordio tardiva sembra essere associata a un maggiore rischio di cronicità e a una maggiore presenza di disturbi psichiatrici in comorbilità, soprattutto ansia e depressione.

Alcuni studi mettono in rilievo che la percentuale di ragazze nella fascia di età tra 14-17 insoddisfatta della propria immagine corporea è elevatissima; di queste una percentuale intorno al 10% reagisce a questa insoddisfazione modificando il proprio comportamento alimentare verso una restrizione e/o selezione del cibo.⁹

È proprio da questi dati e quindi da una vera e propria emergenza che il Ministro della Gioventù ha orientato il suo impegno sin dai primi mesi della propria attività, a fianco del Ministero della Salute ed avvalendosi del prezioso contributo della comunità scientifica degli specialisti del settore, per intraprendere un'azione, il più capillare possibile, di prevenzione del fenomeno.

8 "The demand for eating disorder care, An epidemiological study using the general practice research database", British Journal of Psychiatry, 1996; 169: 705-12.

9 Faravelli C, Rivaldi C, Truglia E, et al. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. Psychother Psychosom 2006; 75: 376-83

1.3 Fattori di rischio

Il ruolo di alcuni fattori socioculturali nello sviluppo dell'anoressia nervosa è stato inizialmente suggerito dall'osservazione che il disturbo colpiva prevalentemente le adolescenti appartenenti alle classi sociali più elevate nei Paesi occidentali.¹⁰

Mentre studi precedenti al 2002 indicavano una disparità nella prevalenza dei disturbi dell'alimentazione tra i diversi gruppi etnici degli Stati Uniti, e in particolare una maggiore prevalenza tra le bianche non latine, studi recenti sembrano indicare che la prevalenza è diventata simile nei vari gruppi etnici.

I fattori socioculturali implicati nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione non sono stati ancora identificati con certezza, ma si pensa che un ruolo relativamente importante sia stato svolto dall'ideale di magrezza sviluppatosi negli ultimi 50 anni nei Paesi occidentali.

In uno studio condotto in due campioni di studentesse delle isole Fiji nel 1995 (qualche settimana prima dell'introduzione della televisione satellitare) e nel 1998 (dopo 3 anni di esposizione alla televisione satellitare), si è riscontrato un aumento della frequenza del vomito autoindotto dallo 0% al 11% e un aumento della percentuale delle ragazze con punteggi all'Eating Attitudes Test (EAT) di almeno 20 dal 12,7% al 29,2%. L'esposizione alla televisione satellitare sembrerebbe aver promosso il valore sociale della magrezza e incoraggiato diete restrittive e la ricerca di un corpo rimodellato come strategia per il progresso sociale ed economico. L'ideale di magrezza sembra anche diffondersi e rafforzarsi attraverso varie e complesse reti sociali, includenti i pari e la famiglia. Diversi studi hanno riscontrato un più alto tasso di problemi alimentari e preoccupazioni per il peso e la forma del corpo nelle persone coinvolte in attività sportive nelle quali la magrezza è valutata e incoraggiata, come la danza, il nuoto e la ginnastica.

Il rinforzo dei familiari può essere diretto, attraverso espliciti incoraggiamenti alla dieta o alla perdita di peso, o indiretto, attraverso comportamenti e attitudini modellanti come il seguire delle diete per perdere peso. Tra le ragazze preadolescenti, la pressione familiare a essere magre sembra favorire l'insoddisfazione corporea più della pressione dei media o dei pari.¹¹

10 Diversi studi hanno suggerito che l'immigrazione e l'acquisizione dei modelli della cultura occidentale possono favorire l'esordio del disturbo: popolazioni orientali immigrate in Inghilterra, Germania o Stati Uniti presentano una prevalenza simile a quella delle popolazioni residenti e inferiore a quella dei Paesi di provenienza.

11 Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94

Inoltre, l'imitazione di modelli genitoriali che mostrano comportamenti tipici del disturbo dell'alimentazione (es. seguire una dieta in modo ferreo) si associa a un incremento dell'insoddisfazione corporea.

È stato anche osservato che il fatto di essere presi in giro sul peso e la forma del corpo, da parte sia dei familiari sia di persone al di fuori della famiglia, può essere un fattore di rischio specifico per la bulimia nervosa.¹²

Nell'eziologia dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa in letteratura vengono individuati altri fattori, sia genetici sia ambientali. In generale, la maggiore vulnerabilità osservata nei soggetti di sesso femminile in età adolescenziale o giovane adulta sembra indicare che questi disturbi sono associati a difficoltà nelle fasi di passaggio dall'infanzia alla vita adulta, scatenate dai cambiamenti fisici e ormonali che caratterizzano la pubertà.

Vari tipi di studi (sulle famiglie, sui gemelli, sul DNA) sono stati condotti per stabilire quanto sia importante la componente genetica nel determinare il rischio di sviluppare questi disturbi.

Questi studi sembrano suggerire che circa il 50% del rischio sia dovuto a fattori genetici.

Le ricerche sui geni implicati in questa vulnerabilità hanno dato finora risultati non conclusivi.

I fattori ambientali sono molteplici e possono essere suddivisi in precoci e tardivi.

Per fattori ambientali precoci si intendono quei fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neuro sviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress.

I fattori tardivi sono invece rappresentati da tutte le relazioni ed eventi che si instaurano dall'infanzia fino all'età adulta.

La presenza inoltre di alcune caratteristiche di personalità si associano a un'augmentata vulnerabilità a questi disturbi: perfezionismo; impulsività; bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva; ossessività.

Non va trascurata l'influenza determinata dall'industria della dieta, fortemente implicata nello sviluppo del disprezzo sociale nei confronti delle persone affette da obesità e, indirettamente, nel favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, perché enfatizza, attraverso slogan pubblicitari, l'idea che le persone che hanno un peso in eccesso sono non

¹² Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 305-12

attraenti, deboli, pigre, golose e malate, e che solo con la perdita di peso potranno essere felici e risolvere i loro problemi; sebbene entrambi questi messaggi siano erronei, moltissime persone ogni anno cercano di perdere peso seguendo i programmi promossi dai mass-media.

Nelle società occidentali, come già accennato prima, le donne sono incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre sono considerate più intelligenti, competenti e vincenti (“stereotipo positivo” della magrezza); ciò può spiegare perché alcune donne interiorizzano l’ideale di magrezza e sviluppano una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo.¹³ Dati epidemiologici suggeriscono un nesso tra lo stare frequentemente “a dieta” e la comparsa di un disturbo dell’alimentazione.

13 Brillant-Savarin J.A., *Fisiologia del gusto*, trad. it, Slow Food, Bra 2008; ed. or. *Physiologie du Gout, ou Méditation de Gastronomie Transcendante*, Sautelet et Cie, Paris 1826. Montanari M., introduzione a “Il mondo in cucina – Storia, identità, scambi”, 2006. Pollan M., *In difesa del cibo*, Adelphi, Milano 2009.

CAPITOLO 2. MALNUTRIZIONE PER DIFETTO E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

2.1 “Il peso delle parole”: quando parlare di malnutrizione o disturbo alimentare?

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introito e utilizzo dei nutrienti.

Le persone che presentano disturbi dell'alimentazione pongono un'attenzione sempre più selettiva riferita al cibo, al corpo e a relazioni interpersonali.

Spesso questo controllo distorto porta a una restrizione alimentare che conduce ad un rapido e silente calo ponderale.

La malnutrizione correlata a digiuno è la forma tipica dell'anoressia nervosa. Innanzi tutto è giusto stabilire quando parlare di DCA, infatti l'importanza di una adeguata e precoce diagnosi è una risorsa importantissima per ridurre l'insorgenza dei disturbi.

L'anoressia nervosa si caratterizza per: consistente perdita di peso corporeo, intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso e disturbi della propria immagine corporea.

2.2 Criteri diagnostici

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) sono compresi nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

In questa nuova edizione del manuale, pubblicata nel maggio 2013, l'amenorrea non figura più tra i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa e la frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie richieste per la diagnosi di bulimia nervosa è stata ridotta da due a una volta a settimana.

Il BED compare la prima volta nella sezione sui disturbi dell'alimentazione (nell'edizione precedente del manuale era compreso tra le condizioni proposte per ulteriori studi).

Vengono proposti sottotipi dei disturbi dell'alimentazione basati sulla gravità (in rapporto all'indice di massa corporea per l'anoressia nervosa, alla frequenza delle condotte compensatorie per la bulimia nervosa, alla frequenza delle abbuffate per il BED).

Nella nuova edizione del manuale compare anche una nuova categoria diagnostica denominata disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (avoidant/restrictive food intake disorder), caratterizzata da un'apparente mancanza di interesse per il cibo, un

evitamento del cibo basato sulle sue caratteristiche sensoriali, o una preoccupazione sulle conseguenze negative dell'alimentazione, che conduce a una riduzione significativa del peso, a un significativo difetto nutrizionale e/o a una marcata interferenza con il funzionamento sociale. Novità analoghe sono previste nell'undicesima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), prodotta dall'Organizzazione Mondiale della sanità nell'anno corrente (2015): per quanto riguarda l'anoressia nervosa, l'amenorrea non sarà più tra i criteri diagnostici e il sottopeso sarà definito come un indice di massa corporea uguale o inferiore a 18,5 kg/m² per l'adulto e al disotto del 5° percentile (per sesso, età e popolazione) per i bambini e gli adolescenti.

Inoltre, verrà suggerita una suddivisione dell'anoressia nervosa, in base a un criterio di gravità:

- Lieve : BMI ≥ 17
- Moderata : BMI 16- 16,99
- Severa : BMI 15-15,99
- Estrema : BMI < 15

Criteri DSM-5:

A . Restrizione dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo basso peso relativamente all'età, sesso, evoluzione dello sviluppo e salute fisica.

Un significativo basso peso è definito come un peso minore del minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, minore del minimo atteso.

B . Intensa paura di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante un peso significativamente basso.

C . Anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo; inappropriata influenza del peso e della forma del corpo sulla propria autostima, o persistente perdita della capacità di valutare la gravità della attuale perdita di peso.

Due sottotipi:

- Con Restrizioni durante gli ultimi tre mesi
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione durante gli ultimi tre mesi.

CAPITOLO 3. PREVENZIONE

3.1 Strategie di prevenzione

Le evidenze scientifiche ci indicano che i fattori che maggiormente influenzano l'andamento delle terapie non sono collegati alla severità della patologia ma piuttosto alla precocità dell'intervento terapeutico e alla continuità delle cure.

La maggior parte delle persone con disturbi dell'alimentazione non riceve una diagnosi e un trattamento adeguati.

Molti casi arrivano all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia, quando è più difficile ottenere una guarigione.

L'evolversi e la nascita del disturbo non sono evidenti sino a che l'adolescente o la persona inizia a manifestare a livello fisico, psichico e sociale i primi sintomi, colpendo tutte queste aree i DCA hanno un effetto devastante nel livello della qualità della vita.

Difficile è diagnosticare il disturbo e ancor più, rendere consapevole chi ne è affetto del problema che lo coinvolge.

La terapia non è semplice e prevede tenacia e forza di volontà, la **prevenzione** può essere il tassello che permette di ridurre la possibilità di insorgenza dei disturbi alimentari¹⁴.

Quanto più l'intervento è integrato e coordinato, tanto più si ottengono risultati favorevoli.

In Italia, i Piani Sanitari Nazionali 2001-2003, 2003-2005 e 2006- 2008 sottolineano che numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita salutari socialmente condivisi e propongono azioni specifiche concernenti l'alimentazione, il fumo, l'assunzione di alcool e l'attività fisica. Purtroppo, nonostante le buone intenzioni, i piani nazionali di prevenzione hanno prodotto risultati limitati per quanto riguarda gli stili alimentari.

Il tradizionale intervento educativo determina, in generale, il miglioramento delle conoscenze su una corretta alimentazione e sui benefici dell'attività fisica, ma non porta ad un cambiamento nei comportamenti dei singoli individui.

In Italia è stato anche attuato qualche tentativo di modificare alcuni fattori di rischio ambientali specifici per i disturbi dell'alimentazione.¹⁵

14 Favaro A, Zanetti T, Huon G, et al. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. Int J Eat Disord 2005; 38: 73-7

15 Piani Sanitari Nazionali 2001-2003, 2003-2005 e 2006- 2008

Nel 2006 è stato pubblicato il Manifesto di Autoregolamentazione della Moda Italiana contro l'Anoressia¹⁶, che ha raccomandato (ma non imposto) ai produttori di moda di favorire la diffusione di un modello di bellezza di tipo mediterraneo;

Sebbene nessun dato sia disponibile sull'effetto delle iniziative di salute pubblica finalizzate a ridurre l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione, questi sforzi aprono una nuova fase che richiede la stretta collaborazione degli operatori della salute con i politici, le industrie alimentari, i media e l'industria della moda.

I DCA sono in continua crescita e hanno effetto devastante sia sul piano sanitario, sociale ed economico, cure e terapie sono complesse e prevedono tempi lunghi, è importante incoraggiare e promuovere iniziative di prevenzione per ridurre il problema alla base, come ad esempio:

- creare percorsi conoscitivi delle problematiche legate ai DCA.
- capacità di riconoscimento e lettura di un disagio di alcuni alunni attraverso strumenti validati che indagano sugli atteggiamenti e comportamenti considerati a rischio, lo scopo finale sarà quello di ridurre l'insorgenza della patologia.
- acquisizione di maggiori strumenti per modificare atteggiamenti e modi di pensare, lavorando per aumentare la capacità di ascolto dell'insegnante.

D'altra parte, come già sottolineato, la scuola rappresenta un luogo di riferimento per alunni, insegnanti, operatori scolastici e famiglie; per questo motivo è necessario che la stessa recuperi la sua funzione di agenzia privilegiata nella promozione della salute e del benessere dei giovani attraverso il potenziamento dei processi di partecipazione e collaborazione, basilari ai fini di una crescita sana dell'adolescente.

I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione hanno avuto un ampio sviluppo e sono stati oggetto di studi controllati in numerosi Paesi occidentali (es. Canada, Stati Uniti, Norvegia, Svizzera, Olanda, Gran Bretagna, Italia, Spagna, Croazia, Australia e Israele), per cui un ampio bagaglio di conoscenze è oggi disponibile sulla loro efficacia e sui loro limiti.

Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi in aree a rischio elevato, come i settori dello sport, della moda e della danza.

¹⁶ Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive, www.pogas.it

È auspicabile l'evoluzione da un modello di prevenzione basato sulla responsabilità personale verso un modello di salute pubblica.

Le istituzioni che si occupano di salute pubblica hanno la responsabilità di attuare interventi come il controllo della pubblicità dell'industria della dieta e la promozione di comportamenti di sana alimentazione e salutare attività fisica.

CAPITOLO 4 INDAGINE SUL FENOMENO

4.1 Scopo dell'indagine

L'analisi della letteratura ha messo in evidenza come il problema dei DCA non venga ancora adeguatamente sondato e pone il problema sulla necessità di prevenire e individuare precocemente i soggetti a rischio.

L'obiettivo dello studio è quello di indagare il fenomeno anoressia nervosa in particolare per quanto concerne la possibilità di individuare le persone che presentano un modello alimentare a rischio, nel progetto verranno sondati gli atteggiamenti e i comportamenti che predispongono all'insorgenza del problema.

Per definire il disegno di ricerca ci si è posti le seguenti domande:

1. Quale strumento può essere preso in considerazione per sondare la percezione di sé e individuare i soggetti a rischio?
2. Quale è il target di popolazione e il setting ideale per condurre lo studio?

4.2 Materiali e metodi

4.2.1 Presentazione dello strumento utilizzato per l'indagine.

Tra i vari questionari presenti in letteratura è stato scelto l'EDI (Eating Disorder Inventory)¹⁷; è una scala di autovalutazione introdotta nel 1984, che misura i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento psicologico verso il cibo e il peso, caratteristici dei disturbi dell'alimentazione e, in particolare, dell'anoressia nervosa.

L'EDI è composto di 64 item su scala likert a 6 punti che si raggruppano in un totale di 8 sottoscale che esplorano l'impulso alla magrezza, la bulimia, l'insoddisfazione per il corpo, l'inadeguatezza, il perfezionismo, la sfiducia interpersonale, la consapevolezza introcettiva e la paura della maturità. Nel 1991 Garner [2] ha proposto una nuova versione dello strumento, l'EDI-2, aggiungendo alla versione originale 27 item raggruppati in 3 sottoscale: ascetismo, impulsività e insicurezza sociale. Per maggiori dettagli consultare l'Allegato 1 e 2. Entrambe le versioni hanno mostrato una larga concordanza con il giudizio clinico e con criteri oggettivi esterni; sono inoltre in grado di distinguere, non solo i diversi sottogruppi di pazienti con disturbo dell'alimentazione, ma anche i soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta ed all'immagine corporea.

17 Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa, and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 215-34.

Per ogni domanda viene attribuito un punteggio da 0 a 3:

risposte	mai	raramente	Qualche volta	spesso	Molto spesso	sempre
valore	0	0	0	1	2	3

I punteggi delle 8 sottoscale dell'EDI sono delle variabili discrete che diventeranno oggetto di studio alla fine del capitolo. Alcuni items vengono calcolati in modo inverso: (1, 12, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 37, 39, 42, 50, 55, 57, 58, 62).

risposte	mai	raramente	Qualche volta	spesso	Molto spesso	sempre
valore	3	2	1	0	0	0

I loro valori sono calcolati facendo la media delle risposte degli items disegnati per ogni sottoscala.

Le 8 sottoscale sono rappresentate da:

- *desiderio di magrezza*: items 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49.
valutano l'eccessiva preoccupazione per la dieta e il proprio peso.
- *bulimia*: items 4, 5, 28, 38, 46, 52, 61.
valutano la tendenza al comportamento bulimico dal sottotipo anoressico.
- *insoddisfazione corporea*: items 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62.
misurano l'insoddisfazione delle forme del corpo, nei disturbi dell'alimentazione questo viene identificato come sintomo frequente.
- *senso di incapacità*: items 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56.
esplorano i sentimenti di inadeguatezza, insicurezza e mancanza di controllo della propria vita. Alti punteggi riflettono un abbassamento dell'autostima.
- *perfezionismo*: items 13, 29, 36, 43, 52, 63.
misurano l'atteggiamento dell'individuo ad ottenere sempre e solo il massimo e nel caso contrario manifestando sentimenti di inadeguatezza.
- *difficoltà interpersonale*: items 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57.
esplorano i sentimenti di alienazione e di timore a formare strette reazioni interpersonali.
- *consapevolezza introcettiva*: items 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64.
misurano la confusione e l'incertezza a riconoscere e a reagire in modo adeguato agli stati emotivi.

- *paure maturative*: items 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58.

valutano la tendenza a rifugiarsi nelle insicurezze dell'infanzia.

L'utilizzo del questionario è pertanto raccomandato per discriminare soggetti di interesse clinico da popolazioni normali; è stato usato in molte ricerche come strumento per identificare precocemente le persone a rischio di disturbi dell'alimentazione.

4.2.2 Target di studio e setting

La scuola è stata riconosciuta come un buon terreno dove affrontare il problema alla base.

La prevenzione nelle scuole resta uno dei campi d'indagine più incisivo contro la diffusione delle patologie del comportamento alimentare; saper cogliere e riconoscere determinati segnali può consentire una più precoce diagnosi e, quindi, una possibilità maggiore di guarigione. L'analisi della letteratura ha messo in evidenza come sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni. Il progetto è stato indirizzato a un campione di adolescenti delle classi 4[^] di due Istituti Superiori del Feltrino per un totale di 184 studenti:

- Liceo dal Piaz

INDIRIZZO	NUMERO SEZIONI	NUMERO TOT. STUDENTI
Linguistico	2	44
Scienze applicate	2	33
Scientifico	2	54
Classico	1	18
TOT STUDENTI:		149

- Istituto ITC Colotti ad indirizzo Tecnico Commerciale

CLASSE	NUMERO STUDENTI
4 [^] A	16
4 [^] B	19
TOT. STUDENTI:	35

Sebbene la letteratura abbia messo in evidenza come l'età di coinvolgimento in questo fenomeno si stia abbassando si è scelto di coinvolgere nello studio gli studenti della quarta classe; un analogo studio potrebbe essere rivolto a classi inferiori addirittura delle scuole medie in considerazione proprio del fatto che l'età di insorgenza dei disturbo alimentare si sta largamente abbassando.

4.2.3 Somministrazione dei questionari

Dopo aver incontrato i Dirigenti d'Istituto, presentato il progetto ed ottenuto l'autorizzazione, la somministrazione dei questionari è stata eseguita nella giornata del 25-09-2015 per l'istituto Tecnico commerciale Colotti e nelle giornate 24/25 -09-2015 nel liceo Dal Piaz. I sondaggi sono stati illustrati da un momento di presentazione dello studio agli studenti coinvolti e indicando un tempo limitato di compilazione di 15 minuti.

Nel progetto hanno collaborato gli insegnanti.

4.3 Risultati

Il lavoro di somministrazione dei questionari nelle classi ha permesso di rappresentare una sorta di fotografia della configurazione dei giovani rispetto ad alcuni atteggiamenti e comportamenti di interesse (desiderio alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il proprio corpo, senso di incapacità, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza introcettiva, paura della maturità). L'obiettivo del sondaggio è stato quello di ricavare un indice di rischio per l'insorgenza del disturbo alimentare.

Dei 184 studenti coinvolti nello studio le ragazze sono 104 e i ragazzi 80.

4.3.1 Analisi esplorativa dei dati: studio delle sottoclassi

L'analisi dei dati è stata elaborata suddividendo i dati rispetto al sesso e agli istituti di provenienza; successivamente si è provveduto ad una analisi correlata tra le variabili e all'individuazione dei soggetti a rischio.

- Sesso:

Tramite l'analisi delle variabili suddivise per sesso possiamo notare che le femmine solitamente manifestano una maggior predisposizione per l'atteggiamento definito nella sottoclasse.

Per rappresentare i dati ci si è avvalsi del boxplot una rappresentazione grafica utilizzata per descrivere la distribuzione di un campione tramite semplici indici di dispersione e di posizione; nel nostro caso l'asse verticale rappresenta i punteggi ottenuti all'interno della relativa sottoclasse. La linea all'interno della scatola rappresenta la mediana dei punteggi, ovvero quel punteggio che occupa il valore centrale della sottoclasse¹⁸.

¹⁸ I lati della scatola sono il primo e terzo quartile della distribuzione (la grandezza della scatola mostra la dispersione dei dati).

I baffi invece sono delimitati dal minimo e dal massimo dei punteggi della sottoclasse. Infine i punti rappresentano i valori troppo estremi alla distribuzione detti outliers. In generale si può osservare nei boxplot la presenza degli atteggiamenti considerati nei maschi e nelle femmine (Figura 1) e possiamo osservare punteggi più elevati, anche se di poco, delle femmine sui maschi in particolare riguardo *all'insoddisfazione corporea*.

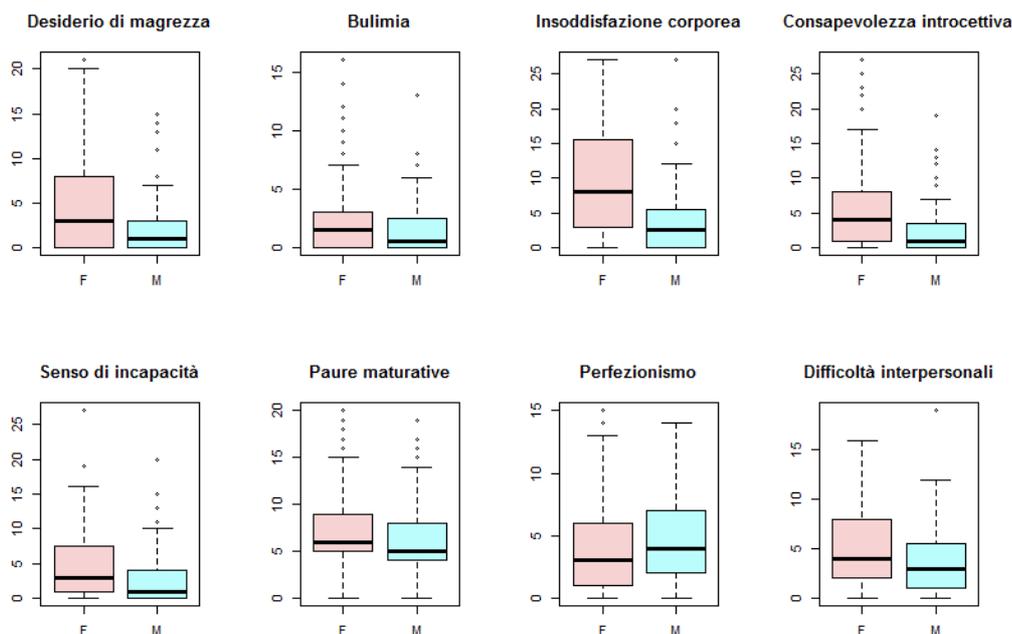


Figura 1: boxplot delle variabili suddivise per sesso

Dalla Figura 1, si può notare come le ragazze abbiano ottenuto un punteggio più alto anche nella variabile “desiderio di magrezza”, ovvero l'eccessiva preoccupazione per la dieta e il proprio peso come pure nella “consapevolezza introcettiva” dove le ragazze sono più incerte e presentano difficoltà a reagire in modo adeguato agli stati emotivi (comprendere le proprie emozioni).

Per quanto riguarda il “perfezionismo” cioè l'atteggiamento dell'individuo ad ottenere sempre e solo il massimo e nel caso contrario manifestando sentimenti di inadeguatezza, maschi e femmine non dimostrano grosse differenze (la rappresentazione numerica del boxplot in figura 1 è visibile nell'allegato 3). La Tabella I infine mette in evidenza la presenza di differenza tra i sottogruppi maschi-femmina; solo tre variabili non presentano grosse diversità (paure maturative, perfezionismo, difficoltà interpersonali), le ragazze presentano maggior attitudine rispetto a determinati atteggiamenti: desiderio di magrezza,

bulimia, insoddisfazione corporea, consapevolezza introcettiva, senso di incapacità.

La differenza tra i gruppi è stata studiata attraverso il p-value t-test (test statistico che valuta la differenza tra le medie dei maschi / femmine per le diverse variabili; nell'allegato 4 è possibile consultare l'approfondimento relativo alla modalità d'uso del test.)

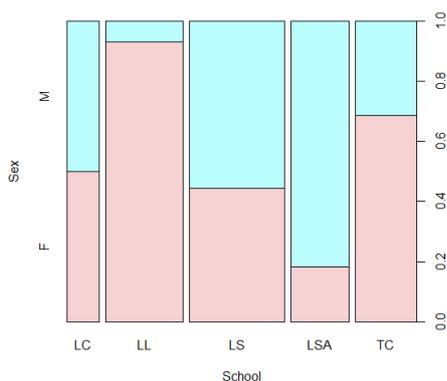
Variabili	p-value t-test	Differenza tra i gruppi?
Desiderio di magrezza	0.049	Si
Bulimia	0.0098	Si
Insoddisfazione corporea	0.0018	Si
Consapevolezza introcettiva	0.034	Si
Senso di incapacità	0.0007	Si
Paure maturative	0.1598	No
Perfezionismo	0.1169	No
Difficoltà interpersonali	0.0642	No

Tabella I: variabili a confronto tra i sessi

- Istituti:

Per quanto riguarda l'analisi dei dati rispetto agli Istituti è emerso come vi sia una presenza maggiore delle variabili di rischio nelle classi dell'Istituto Tecnico Commerciale e quelle del Liceo Linguistico (vedi boxplot nell'allegato5)

Da un successivo confronto tra i dati elaborati nel campione dello studio si è potuto appurare che il risultato è dovuto alla maggior presenza di alunne rispetto agli alunni in queste sezioni. Dalla figura 2 si può notare come i valori più alti sono associati al sesso femminile e non all'indirizzo del corso di studi.



Leggenda:
 Liceo classico LC;
 Liceo linguistico LL;
 Liceo scientifico LS;
 Liceo scienze applicate LSA; Ist.
 Tecnico-commerciale TC

Figura 2: percentuale maschi e femmine per ogni istituto

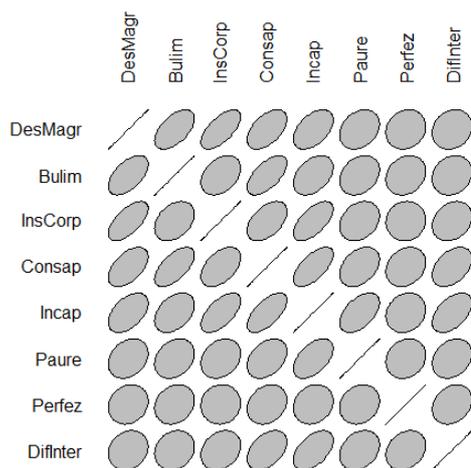
- Analisi della Correlazione tra le variabili:

Per rappresentare i risultati dei dati analizzati ci si è avvalsi in questo caso del grafico delle correlazioni (Allegato 6).

Il grafico figura 3 ci illustra il grado di correlazione attraverso delle ellissi, più un'ellisse è schiacciata più il livello di correlazione tra le due variabili è distante da zero (ricordiamo che se $\rho=0$ allora le variabili sono incorrelate), d'altro canto se l'ellisse assomiglia ad una circonferenza allora ρ è vicino allo zero. Il grafico è simmetrico rispetto alla diagonale perchè le coppie sono le medesime. La diagonale invece è composta da ellissi schiacciate e quindi semirette perché il livello di correlazione tra la stessa variabile è il massimo, $\rho=1$.

Dopo il grafico, si analizza la relazione tra le sottoclassi che presentano le ellissi più schiacciate (coefficiente di correlazione più distante da zero) per scoprire in che maniera sono correlate, le cause e le possibili conclusioni. Ad esempio la correlazione potrebbe essere positiva o negativa, potrebbe essere spuria oppure esserci una reale relazione causa effetto. Da questo lavoro sono emerse le seguenti correlazioni¹⁹ tra le sottoscale (Figura 3):

- insoddisfazione corporea e desiderio alla magrezza
- bulimia e desiderio alla magrezza
- consapevolezza introcettiva e bulimia
- incapacità e insoddisfazione corporea
- incapacità e consapevolezza introcettiva



DesMagr - Bulim	0.56
DesMagr - InsCorp	0.65
Incap - InsCorp	0.62
Incap - Consap	0.64
Consap - Bulim	0.62

Tabella II: coefficienti di correlazione

Figura 3 : grafico di correlazione tra le variabili

¹⁹ Correlazione: relazione tra le due variabili statistiche tale che a ciascun valore della prima variabile corrisponda con una "certa regolarità" un valore della seconda

Infine si è analizzato attraverso un modello di regressione semplice il desiderio alla magrezza e l'insoddisfazione corporea ricavando che presentano una certa correlazione positiva (+0,64) tenendo conto che il coefficiente di correlazione è un valore compreso tra (-1,+1) e viene espresso in termini di positività quando esso è sopra lo 0 e negatività quando presenta valori inferiori ad esso. Nello studio eseguito rispetto alle variabili desiderio alla magrezza e insoddisfazione corporea come si può vedere nella figura 4 vi è un certo andamento, ma esso non è tale da spiegare un rapporto di causa-effetto, ciò significa che non sempre alla presenza di un atteggiamento vi è la presenza dell'altro, non è possibile trarne un modello di previsione (Si veda l'allegato 7 per consultare lo studio dei grafici dei residui).

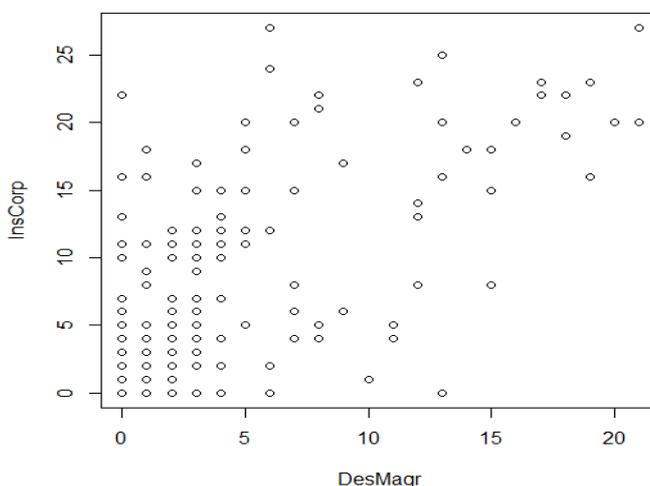


Figura 4 : grafico di dispersione per Des.Magr e Ins.Corp

4.4 Analisi dei soggetti a rischio

Dallo studio delle diverse sottoscale sono emersi i soggetti considerati a rischio per un certo atteggiamento; è giusto ricordare che il questionario EDI è forse il più utilizzato dei questionari per i disturbi alimentari. Infatti oltre ad essere più completo e vario ha dimostrato buone proprietà psicometriche in gruppi non clinici come il nostro campione di studenti. Un alto punteggio (maggiore di 15) alla sottoscala “Desiderio di magrezza” che include anche le strategie utilizzate per il controllo del peso viene considerato un *fattore di rischio* per lo sviluppo del problema alimentare.

Valutando quindi la sottoscala “desiderio di magrezza” abbiamo rilevato 13 soggetti a rischio di cui 12 femmine e 1 maschio.

Sottoscale	Numero di soggetti “a rischio”
Desiderio di magrezza	13
Bulimia	2
Insoddisfazione corporea	35
Consapevolezza introcettiva	10
Senso di incapacità	9
Paure maturative	14
Perfezionismo	1
Difficoltà interpersonali	3

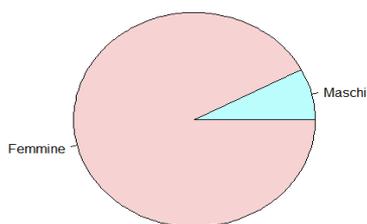
Tabella III: numero di soggetti a rischio per le varie sottoscale

Desiderio di magrezza Maschi: [15] media=15 Femmine: [15, 17, 21, 17, 21, 19, 18, 19, 20, 15, 16, 18] media=18

La media dei punteggi delle femmine presenta una media di 18, mentre nell'unico maschio è 15.

Le femmine sono quindi più predisposte per l'atteggiamento indicato dalla sottoscala e presentano una media più alta.

Percentuale di Maschi e Femmine a rischio



Percentuale di soggetti a rischio totale per la sottoscala “desiderio di magrezza”:

Totale = 7,06%
Maschi = 1,25%
Femmine = 11,53%

Figura 5: diagramma delle percentuali di soggetti a rischio per entrambi i sessi per la sottoscala “desiderio di magrezza”

Analizzando nel complesso l'indice di rischio totale per il “desiderio di magrezza” ne risulta che nel nostro campione di 184 soggetti vi è un rischio del 7,06%, tra i maschi (80 soggetti) vi è il rischio del 1,25%, mentre tra le femmine (n°104) è stimato 11,53%.

Nella figura 5 viene rappresentato il diagramma delle percentuali di soggetti a rischio per entrambi i sessi per la sottoscala “desiderio di magrezza”.

In conclusione si può dedurre dall'indagine svolta, che non c'è una scuola più a rischio di un'altra, non è quindi una questione di indirizzo di studi ma bensì è il sesso a porre la differenza. Le femmine sono generalmente più predisposte ad assumere atteggiamenti considerati a rischio per l'insorgenza del disturbo alimentare.

CAPITOLO 5 CONCLUSIONI ED AMBITI DI INTERESSE INFERMIERISTICO NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE

L' identificazione precoce dei casi e un intervento terapeutico immediato e appropriato sono essenziali per la prevenzione della disabilità che i disturbi alimentari possono provocare. L'esito degli interventi di cura è multifattoriale e condizionato dal **tempo**: storie brevi di malattia hanno **percentuali altissime di remissione completa**, mano a mano che la storia di malattia si allunga, l'intervento diventa sempre più complicato. In tal senso, diviene fondamentale l'azione di prevenzione e di segnalazione dei primi segni di disagio. Tuttavia, molte delle persone affette da anoressia nervosa o bulimia nervosa o altri disturbi dell'alimentazione non chiedono aiuto, sia perché per lungo tempo non pensano di avere un problema di natura clinica, sia perché ritengono di "potercela fare da sole".

Esistono segni e sintomi che, adeguatamente riconosciuti e valorizzati, possono far sorgere il sospetto che una persona possa sviluppare o abbia da poco sviluppato un disturbo del comportamento alimentare. La conoscenza di tali segni/sintomi dovrebbe essere migliorata e diffusa in maniera tale da raggiungere tutte le persone interessate del settore preventivo e salute pubblica. Oltre all'identificazione dei fattori di rischio sarebbe importante dimostrare che tali fattori possano essere modificati e che il loro cambiamento comporti effettivamente una riduzione dell'incidenza del disturbo. L'area ad impatto preventivo maggiormente rappresentata è stata quindi finora, inevitabilmente, quella relativa ai fattori psicosociali.²⁰

Tra le varie figure professionali in materia di sanità anche l'infermiere gioca un ruolo importante nella promozione della salute e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare. Nel codice deontologico del 2009, all'Articolo 2, si fa esplicito riferimento come "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa"; allo stesso modo l' Articollo 6 indica come "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura,

²⁰ Da: Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare - Azienda Ospedaliera, Azienda ULSS 16 di Padova - Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova (P.Santonastaso, T.Zanetti), "Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare: mito o realtà?"

riabilitazione e palliazione”. Infine l' Articolo 19 afferma che “L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori²¹” Per tale motivo la gestione, cura e la prevenzione dei disturbi alimentari non può essere un problema che passa inosservato al mondo infermieristico vista la gravità del problema e la difficoltà connesse con la loro diagnosi precoce, un intervento terapeutico immediato e integrato ha consistenti possibilità di successo.

Non va comunque dimenticato il ruolo che l'infermiere assume anche a livello ospedaliero e residenziale nel campo del trattamento, cura, assistenza alla persona affetta dai DCA.

Spesso vengono rilevati disagi da parte della persona all'ingresso nei reparti in quanto:

- Prevalgono le percezioni di abbandono "parcheggio".
- Grande difficoltà nel gestire i genitori.
- Mancano indicazioni chiare per la gestione di queste pazienti.

In questi contesti l'infermiere non attua solo interventi di monitoraggio di Parametri vitali, ma anche rilevazione del Peso (quotidiano o 3 volte settimana); Monitoraggio dei pasti; Monitoraggio dell'attività fisica. In particolare nel campo dei DCA egli rappresenta una figura di “mediazione “ tra paziente e famiglia e con le rimanenti figure dell'equipe, e attua interventi allo scopo di:

- favorire l'accoglienza.
- favorire il dialogo.
- predisporre all'ascolto.
- creare alleanza terapeutica.
- osservare attentamente le esigenze del paziente.
- assistere e fornire supporto nell'alimentazione meccanica quando essa è prescritta.
- assicurare comprensione, empatia, consapevolezza, osservazione e ascolto attivo.
- fornire la motivazione del paziente: è solo attraverso essa (oltre alla qualificazione del personale, ambiente positivo) che si possono raggiungere gli obiettivi del programma terapeutico.

21 Codice deontologico Collegio IPASVI (2009)

5.1 Proposta progettuale

Prevenire non significa cercare ad ogni costo di evitare e allontanare tutte quelle situazioni che si presentano come segnali di futuri disagi, di future malattie, di future devianze, ma trasformarle promuovendo la conoscenza e la consapevolezza.

L'idea è portare l'individuo ad imparare come acquisire gli strumenti per un percorso di consapevolezza sia delle proprie potenzialità che dei propri limiti, e uno sguardo più ampio sul mondo dell'immagine, della bellezza e della salute, non necessariamente veicolato da fonti di apprendimento mediatiche. L'intento è anche acquisire fiducia nel sé mantenendo un buon livello di autostima, condizione fondante per sfruttare al meglio le proprie capacità personali. È a partire dagli anni '70 e '80 che la sanità recepisce come necessario non limitare l'atto sanitario alla cura, bensì agire attraverso interventi di educazione alla salute. Questa, in una prima fase, era individuata come un passaggio di informazioni relative ad un problema sanitario, un aumento di conoscenze che avrebbe agevolato la modificazione dei comportamenti a rischio; tale modello interpretativo aveva il grosso limite di ridurre la complessità dei fattori che determinano le scelte individuali nel campo della salute ad una questione di "quantità di informazioni" trasmesse.

Gli studi successivi hanno viceversa riconosciuto come l'adozione di comportamenti e stili di vita sani sia correlata a fattori di tipo individuale, sociale e culturale e viene integrata attraverso due canali, quello cognitivo e quello emozionale. Possedere informazioni corrette non è sufficiente a far sì che la persona adotti comportamenti sani, pur costituendo un requisito di base.

Allo stesso tempo si è giunti a riconoscere che politiche e servizi al di fuori dell'ambito sanitario (la scuola in primis), possono esercitare una grande influenza sulla salute degli individui. *Si è passati allora dal concetto di prevenzione, all'interno del quale la malattia andava conosciuta e contrastata, a quello di salute da tutelare e promuovere.*²²

La promozione della salute interessa tutte le fasce d'età con l'adozione non solo di pratiche che diventano stili di vita corretti ma anche sullo sviluppo di autostima e autodeterminazione²³. L'ampia letteratura sul fenomeno anoressia e gli studi epidemiologici hanno messo in evidenza come sia necessario agire tempestivamente già nell'età preadolescenziale per contrastare il fenomeno.

²² Carta di Ottawa, 1986

²³ S. Scalorbi, Infermieristica preventiva e di comunità, Mc Graw Hill, 2012

Preadolescenti e adolescenti sono infatti i soggetti più vulnerabili e a rischio di contrarre un disturbo del comportamento alimentare e nell'ambito della prevenzione appare chiaro che i classici interventi di prevenzione possano fallire.

Dall'analisi della letteratura in tema di prevenzione nel suo excursus storico ha messo in evidenza che:

- I programmi di prima generazione hanno adottato un approccio psico-educativo (didattico), che forniva informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi.
Questi programmi hanno determinato un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).
- I programmi di seconda generazione hanno affrontato più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (es. gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso). In generale, questi programmi hanno ridotto alcuni fattori di rischio, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.
- I programmi di terza generazione hanno utilizzato un approccio educativo interattivo ed esperienziale e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari.²⁴

Negli ultimi 15 anni, numerosi programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione sono stati valutati da studi controllati e randomizzati e l'efficacia di questi studi è stata analizzata da revisioni sistematiche.

Gli effetti più significativi sono emersi nei programmi offerti esclusivamente alle ragazze di età maggiore di 15 anni e in quelli che hanno utilizzato incontri multipli, in piccoli gruppi (6-8 persone), condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo.

I programmi di prevenzione selettiva (cioè diretti a una sotto popolazione specifica, come appunto le ragazze di età maggiore di 15 anni) tendono a ottenere risultati migliori rispetto a quelli di prevenzione universale (cioè diretti a un'intera popolazione scolastica).

24 Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2002: CD002891

La maggior parte dei programmi universali ha raggiunto l'obiettivo di migliorare le conoscenze dei partecipanti, ma solo pochi hanno prodotto effetti positivi sugli atteggiamenti disfunzionali e sui comportamenti non salutari.

La maggior parte dei programmi selettivi, al contrario, ha prodotto effetti positivi sia sugli atteggiamenti disfunzionali sia sui comportamenti non salutari.

I risultati ottenuti dai programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione permettono di proporre alcuni suggerimenti che possono essere utili per chiunque sia impegnato nel campo della prevenzione scolastica:

1. non esiste alcuna evidenza che i programmi di prevenzione scolastica producano effetti dannosi negli studenti.

I risultati finora ottenuti possono rassicurare i genitori e gli insegnanti che la prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione non ha effetti dannosi sui comportamenti e sugli atteggiamenti dei partecipanti.

2. i risultati promettenti osservati con i programmi di prevenzione selettiva dovrebbero incoraggiare l'investimento di risorse economiche in questi interventi per le ragazze, in particolare quelle con più di 15 anni, a rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione.

I programmi, preferibilmente somministrati da professionisti del settore, dovrebbero affrontare i *fattori di rischio* identificati dalla ricerca e promuovere un salutare controllo del peso;

3. i risultati scadenti ottenuti dai programmi di prevenzione universale suggeriscono che per il momento non è consigliabile dedicare risorse economiche in modo indiscriminato a questi interventi. Tuttavia, dal momento che alcuni casi di disturbi dell'alimentazione derivano dal gruppo degli studenti a basso rischio, la ricerca sulla prevenzione universale dovrebbe continuare e la scuola rimane un luogo importante per attuare questa ricerca.²⁵

25 Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 207-31

5.1.1 Lavorare con le life skills

Secondo la definizione fornita dalla WHO (Divisione della salute mentale), i “life skills sono abilità/capacità che ci permettono di acquisire un comportamento versatile e positivo, grazie al quale possiamo affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana.”

Descritti in tal modo, i life skills che si possono individuare, sono innumerevoli; tuttavia è stato individuato un gruppo fondamentale di ‘skills’ che deve rappresentare il fulcro delle iniziative sulla promozione della salute e del benessere di bambini e adolescenti: Decision making; Problem solving; Creatività; Senso critico; Comunicazione efficace; Skills nelle relazioni interpersonali; Autocoscienza; Empatia; Gestione delle emozioni; Gestione dello stress.

Questi skills possono fare da tramite fra fattori cognitivi, attitudini e valori per la promozione di un comportamento sano e positivo, contribuiscono alla *prevenzione primaria* e alla tutela della salute. Le life skills possono infatti tradurre le nostre conoscenze, le nostre attitudini, i nostri valori in **capacità** ed azioni concrete.

Bisogna evidenziare, però, che gli skills non sono i soli fattori che influenzano il comportamento; se inseriamo tal modello in un contesto più ampio, si individuano molti altri fattori che condizionano la motivazione e l’abilità a comportarsi in un modo positivo e sano (fattori ambientali, culturali, familiari,).

L’acquisizione e l’attuazione pratica dei life skills può influenzare il modo in cui ci mettiamo in relazione con gli altri, con noi stessi e il modo in cui siamo percepiti dagli altri. Inoltre contribuisce nel percepire maggiormente le capacità proprie di ciascuno ed a incrementare la fiducia in se stessi e l’autostima.

I life skills infine rivestono un ruolo importante nella promozione del benessere mentale, motivandoci ad occuparci di noi stessi e degli altri e contribuendo alla *prevenzione* dei disturbi mentali e dei problemi di comportamento come per esempio i DCA.

Dal momento che l’insegnamento dei life skills può contribuire all’instaurarsi di un *comportamento sano*, di relazioni interpersonali positive, e al raggiungimento del benessere mentale, tale insegnamento dovrebbe idealmente essere attuato in giovane età, prima che si vengano ad instaurare modelli comportamentali negativi.

La scuola è un luogo appropriato per l'introduzione dell'insegnamento dei life skills, per i seguenti motivi:

- accesso su larga scala a bambini ed adolescenti;
- si hanno a disposizione educatori esperti (gli insegnanti);
- alta credibilità che la scuola riveste nei riguardi dei genitori e della comunità;
- possibilità di una valutazione a breve e a lungo termine;
- è un ambito nel quale sono già state sperimentate diverse esperienze nel campo della prevenzione.

Oltre all'impatto sulla salute dei bambini, ci sono altri benefici per la scuola: alcuni studi di valutazione su programmi di life skills suggeriscono che i metodi utilizzati migliorano la relazione tra insegnanti e ragazzi, determinano la riduzione di problemi comportamentali nelle classi e di atteggiamenti violenti, apportano miglioramenti nel rendimento, un aumento della frequenza scolastica, la minor richiesta di consulenze specialistiche ed il miglioramento dei rapporti tra i bambini e i genitori.

Le life skills che si affrontano, dipenderanno dagli obiettivi del programma, dall'età del gruppo e dal setting. Nell'applicazione sarà quindi necessaria una grande flessibilità, che non comprometta gli esiti del programma; dunque è necessario adattare il programma in una versione consona ai bisogni e agli stili di vita che si tengono.

La life skills education porta risultati positivi, soprattutto nei programmi a lungo termine, e sarà tanto più efficace, quanto più sarà precoce (5/6 anni). I bambini più piccoli, infatti, non hanno ancora sperimentato i comportamenti a rischio e dannosi per la salute.

Per essere convalidato, un programma di life skills education deve essere adeguatamente adattato ai bisogni locali, alla lingua e alle differenze culturali del luogo in cui si vuole applicare.

La mancanza di tali competenze socio-emotive può causare (in particolare nei giovani) l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress: tentativi di suicidio, tossicodipendenza, fumo, alcolismo, disordini alimentari ecc.

Per insegnare le life skills occorre introdurre specifici programmi nelle scuole. La WHO, Divisione per la Salute Mentale (WHO/HMD), si è impegnata ad assistere il processo di sviluppo e di diffusione della "life skills education" preparando guide (trainers) e laboratori con esperti. L'OMS Europa, nel documento "Salute 21" del '98, propone un nuovo ruolo,

quello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), quale consulente specialista-generalista con formazione post base, in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG). A distanza di 15 anni dalla pubblicazione di "Salute 21", l'importanza strategica del ruolo non è ancora stata riconosciuta a livello politico in Italia e questa figura è poco conosciuta dai professionisti della salute.

5.2 Ruolo dell'infermiere nella promozione della salute: scenari

Ancora oggi l'infermiere di famiglia nonostante la dettagliata descrizione enunciata dall'OMS dal documento "Salute 21" e le già esistenti realtà internazionali, in Italia non è ancora stato percepito il ruolo in tutta la sua totalità e potenzialità, sia da parte della cittadinanza, che dagli stessi operatori sanitari.²⁶ Tale figura rappresenta l'evoluzione di funzioni professionali già svolte per la salute della collettività²⁷, si prende cura della famiglia nella sua globalità: adeguatamente formato è parte di un gruppo multidisciplinare di cura della salute con un ruolo rilevante nell'ambito delle cure primarie²⁸.

Gli interventi basati sull'infermiere case manager sono ampiamente descritti nella letteratura internazionale quali efficaci ed efficienti²⁹, con conseguenti significative:

- riduzioni di costi generali per la collettività;
- riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli eventi di riacutizzazione di malattia nelle persone assistite affette da patologie cronico degenerative;
- riduzione del rischio di cadute nella popolazione anziana;
- maggior aderenza ai regimi terapeutici;
- maggior consapevolezza e partecipazione attiva nei percorsi di cura/ assistenza;
- miglioramento dei percorsi educativi nei diversi contesti tra cui l'ambiente scolastico in particolare per interventi di carattere preventivo/educativo.

26 L'ECCELLENZA NELLE "PRIMARY CARE" DEL PROSSIMO FUTURO
di stefano frizza e anne laure benvenuti

27 L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie
di Paola Obbia, Ginetto Menarello e Claudio Maddalena

28 Monaco 2000

29 Tappenden P, Campbell F, Rawdin A et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of home-based, nurseled health promotion for older people: a systematic review Health Technology Assessment 2012; Vol. 16: No. 20 ISSN 1366-5278

Coniugando il sapere prettamente tecnico scientifico al sapere relazionale e conoscendo l'offerta di servizi socio-sanitari disponibili sul territorio, molto spesso vasta, articolata ma misconosciuta dalla popolazione, l'Infermiere di Famiglia e Comunità è in grado di rilevare i bisogni noti e non, proporre soluzioni, supportare le famiglie nelle scelte e nei processi decisionali, cercando di renderle il più possibile autonome nel gestire la propria condizione, evitare il fenomeno di burnout, spesso causa di istituzionalizzazione.

Negli ultimi dieci anni alcune università hanno istituito corsi di master di primo livello in infermieristica di famiglia e di Comunità, capostipite l'Università degli Studi di Torino. Attualmente sono presenti master di specializzazione anche presso l'Università di Novara, Pavia, Pisa, Bari e Napoli. Nelle regioni quali Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta, si stanno sperimentando modelli assistenziali nelle cure primarie nei quali viene riconosciuto ufficialmente l'apporto infermieristico.

Due proposte di legge sono state presentate, una in Regione Sicilia e l'altra in Regione Lazio, per l'istituzione e il riconoscimento del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. In Lombardia, è in corso di elaborazione da parte dei Collegi IPASVI, una proposta di dialogo istituzionale per trovare nuove soluzioni per il benessere dei cittadini. Un riconoscimento a livello europeo è arrivato alla regione Piemonte, inserita tra i Reference Site del progetto europeo sull'invecchiamento sano e attivo, European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing, in virtù della presenza consolidata del programma di specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

La ricerca promossa dal Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica dell'IPASVI di Roma sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità ha ottenuto recentemente un finanziamento da parte del Ministero della Salute.

Il percorso è in evoluzione, ma si stanno comunque raccogliendo i primi segnali significativi in merito, ed una forte spinta verso le cure primarie viene sempre più sollecitata a tutti i livelli istituzionali nazionali ed internazionali.

Oggi sempre di più, l'infermiere è consigliere e considera nel suo piano di intervento le persone e l'ambiente nel quale esse sono inserite.

Per sostenere il modello adottato in Spagna, nel 2009 è nata l'Aifec (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità) con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione delle

risorse economiche disponibili e la qualità degli interventi, nonché promuovere e incoraggiare gli infermieri che lavorano nell'assistenza primaria, sia in possesso di laurea triennale, sia specializzati con formazione post-base in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, sostenerli nell'attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, la famiglia, la Comunità. L'associazione condivide il pensiero espresso più di cento anni fa da Florence Nightingale: "l'assistenza infermieristica basata sull'assegnazione ad un singolo infermiere ben preparato di un gruppo di pazienti in cui lo stesso si occupa complessivamente dei problemi relativi alla salute e all'igiene e fornisce supporto alla famiglia"³⁰.

Il percorso di collaborazione iniziato con le società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, i collegi professionali e i sindacati di categoria per presentare il ruolo senza generare paure e barriere, fa sperare che un vento di rinnovamento possa aprire nuovi sipari, consoni alla realtà attuale e allo sviluppo di un modello di cure primarie centrato sul benessere dei cittadini che riconosca il contributo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

È proprio negli obiettivi del PSR, che si può delineare la vera mission dell'Infermiere di Famiglia, attraverso la promozione della Salute, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.³¹ Rappresenta un'area di specializzazione professionale in grado di potenziare l'integrazione tra i servizi ospedalieri e assistenza sanitaria di base con funzione di collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale, non solo sanitari ma anche sociali, in grado di favorire dimissioni precoci e protette, in particolare nei casi che richiedono maggiore attenzione come cronicità, maternità e disabilità.

In particolare nell'ambito dell'approccio adolescenziale l'infermiere progetta e realizza in collaborazione con altri professionisti programmi di screening, per la popolazione a rischio; educa le persone e la comunità ad adottare stili di vita sani, definisce e crea in una rete multidisciplinare interventi informativi ed educativi rivolti al singolo e alla collettività sull'identificazione dei fattori di rischio; progetta e realizza in collaborazione con gli insegnanti specifici, programmi di educazione alla salute rivolti agli studenti per il controllo dei fattori di rischio in rapporto alle fasce di età³².

30 Florence Nightingale on Public Health Care: Collected Works of Florence www.sociology.uoguelph.com

31 FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPAS.VI, "Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal DM 739/94", Roma 1998

32 www.ministerodellasalute.it www.ipasvi.it

L'oggetto dell'assistenza, dell'Infermiere di Famiglia, non è solamente la famiglia nel senso più stretto del termine, ma tutte le persone della comunità ed il loro ambiente, sia essa la casa, la scuola o il lavoro, quindi è colui che si prende cura della famiglia e dei suoi aspetti nel continuum della Salute dove la malattia rappresenta solo uno dei momenti critici di questo percorso.

La promozione di stili di vita sani, educazione alla salute e la prevenzione delle malattie sono concetti importanti per l'assistenza infermieristica.

L'infermiere non è solo ospedale ma molto di più, saper stare vicino alla comunità dalla nascita alla vecchiaia dimostra che la professione infermieristica è molto di più di un semplice "lavoro", è una vera e propria arte.

Bibliografia

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013

Brillant-Savarin J.A., Fisiologia del gusto, trad. it, Slow Food, Bra 2008; ed. or. Physiologie du Gout, ou Mèditation de Gastronomie Transcendante, Sautelet et Cie, Paris 1826. Montanari M., introduzione a “Il mondo in cucina – Storia, identità, scambi”, 2006. Pollan M., In difesa del cibo, Adelphi, Milano 2009.

Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 305-12

IPASVI Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009, Mc Graw-Hill Education

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

Documento dell'OMS “sviluppo e diffusione della life skills education: una visione di insieme” OMS –divisione di salute mentale- Ginevra 1994.

Eccellenza nelle “primary care” del prossimo futuro
di stefano frizza e anne laure benvenuti

Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, et al. clinical epidemiology of eating disorders: results from the sesto fiorentino study. psychother psychosom 2006; 75: 376-83

Favaro A, Zanetti T, Huon G, et al. engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. int j eat disord 2005; 38: 73-7

Federazione nazionale collegi ip.as.vi., “linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal DM 739/94”, Roma 1998

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimen-

sional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa, and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 215-34.

Gordon R.A., *Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991

Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94

Infermieristica preventiva e di comunità; presentazione Annalisa Silvestro, Mc Graw Hill 2012

“Il coraggio di guardare :prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi Del Comportamento Alimentare”collana Mettere le Ali, revisione editoriale e stampa a cura dell'istituto superiore della sanità e benessere dei giovani 2010

Il Sun Ko, TaeHwa Lee, Gwang Suk Kim, SeWon Kang, and Mi Ja Kim. Effects of Visiting Nurses' Individually Tailored Education for Low-Income Adult Diabetic Patients in Korea, 2011, *Public Health Nursing* Vol. 28 No. 5, pp. 429–437

Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *J Parenter Enteral Nutr* 2010; 34: 156-9

Jonker AAGC, Comijs HC, Knipscheer KCPM, Deeg DJH. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *Eur J Ageing* (2009) 6:303–314

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie di Paola Obbia, Ginetto Menarello e Claudio Maddalena

Lluch M, Incentives for telehealthcare deployment that support integrated care: a comparative analysis across eight European Countries *International Journal of Integrated Care* 2013; Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114750 Volume 13, 4 November 2013

McClure RJ et al. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1

Paola Marmocchi, Claudia Dall'Aglio e Michela Zannini, "EDUCARE LE LIFE SKILLS: come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'organizzazione mondiale della Sanità", Erickson

Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD002891

"Quaderni del Ministero della Salute: Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione "Ministero Della Salute, n. 17/22, luglio-agosto 2013, ISSN 2038-5293

Raeuori A, Hoek HW, Susser E, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009; 4: e4402

Regione Toscana, "Alimentazione e Salute", Toscana: I progetti per la salute, Giunta Regionale Toscana, Triennio 2005-2007.

Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 207-31

Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62: 181-98

Tappenden P, Campbell F, Rawdin A et al. The clinical effectiveness and cost effectiveness of home-based, nurseled health promotion for older people: a systematic review *Health Technology Assessment* 2012; Vol. 16: No. 20 ISSN 1366-5278

"The demand for eating disorder care, An epidemiological study using the general practice research database", *British Journal of Psychiatry*,1996; 169: 705-12.

Sitografia :

<http://www.sisip.it/>

www.iss.it

www.istat.it

www.icn.ch

www.ministerosalute.it

www.oms.com

www.pedsnurses.org

www.pubmed.it

www.sismec.info

Allegati

(Allegato 1)

QUESTIONARIO	Eating Disorder Examination (EDE)	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) ³³
MODALITA' COMPILAZIONE	<p>intervista basata sull'intervistatore usata per valutare la frequenza di alcuni comportamenti chiave e la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione nelle 4 settimane precedenti (28 giorni).</p> <p>L'EDE ha anche un obiettivo diagnostico, in accordo al DSM-IV e quando viene utilizzato per fare diagnosi, devono essere presi in considerazione anche gli eventi rilevanti dei precedenti 2 mesi (i mesi 2 e 3, rispettivamente)</p>	<p>L'EDE-Q è la versione auto-somministrata dell'intervista EDE.</p>
CARATTERISTICHE	<p>permette di ottenere due tipologie di informazioni. La prima riguarda la frequenza, in termini di numero di episodi o di numero di giorni, di comportamenti chiave del disturbo dell'alimentazione, la seconda riguarda la gravità della psicopatologia ottenuta attraverso un punteggio totale e delle sottoscale</p>	<p>L'attribuzione dei punteggi è sovrapponibile a quella dell'EDE e prevede di ottenere sia dati sulla frequenza dei comportamenti che dati sulla gravità della psicopatologia.</p>
VALIDITA'	<p>Le proprietà psicometriche dello strumento sono molto buone. La validità tra i valutatori (inter-rater reliability) è stata stimata essere tra 0,97 e 0,99. La validità discriminante è stata studiata sulle 4 sottoscale che si sono rivelate in grado di discriminare tra individui con disturbo dell'alimentazione e un gruppo di soggetti sani. Infine, le sottoscale preoccupazione per il peso e preoccupazione per le forme del corpo hanno una buona validità discriminante anche nel distinguere soggetti con disturbo dell'alimentazione e persone che seguono regimi alimentari controllati.</p> <p>Una versione italiana dell'EDE è stata validata nel 1996³⁴</p>	

33 Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: Interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

34 Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Rotella CM. Studio del comportamento alimentare con una intervista strutturata: La eating disorder examination. *Il Diabete* 1996;8:127-131

QUESTIONARIO	Clinical Impairment Assessment (CIA)³⁵	Eating Disorder Inventory (EDI)³⁶
MODALITA' COMPILAZIONE	Il CIA è un questionario auto-somministrato costruito per misurare la gravità del danno psicosociale dovuto alle caratteristiche del disturbo dell'alimentazione.	è un questionario auto somministrato per la valutazione multidimensionale delle caratteristiche psicologiche rilevanti per l'anorexia nervosa e per la bulimia nervosa
CARATTERISTICHE	Lo strumento si compone di 16 item e si focalizza sugli ultimi 28 giorni, esattamente la stessa cornice temporale dell'EDE-Q, cosicché, come dichiarato dagli stessi autori, i pazienti che rispondono alle domande possono avere ben in mente le caratteristiche del disturbo dell'alimentazione nel momento in cui compilano il CIA; è finalizzato a completare l'assessment clinico dei pazienti e a valutare il loro cambiamento prima e dopo un intervento terapeutico.	L'EDI è composto di 64 item su scala likert a 6 punti che si raggruppano in un totale di 8 sottoscale che esplorano l'impulso alla magrezza, la bulimia, l'insoddisfazione per il corpo, l'inadeguatezza, il perfezionismo, la sfiducia interpersonale, la consapevolezza enterocettiva e la paura della maturità. Nel 1991 Garner[2] ha proposto una nuova versione dello strumento, l'EDI-2, aggiungendo alla versione originale 27 item raggruppati in 3 sottoscale: ascetismo, impulsività e insicurezza sociale.
VALIDITA'	La consistenza interna dello strumento è molto alta (alpha di Cronbach=0,97) così come è buona l'attendibilità test-retest (intra-class correlation coefficient=0,86) e la validità discriminante. Un'analisi ROC ha rivelato che il punteggio di 16 è il valore che meglio discrimina soggetti con disturbo dell'alimentazione dai controlli, con una sensibilità del 76% e una specificità dell'86%	Entrambe le versioni hanno mostrato una larga concordanza con il giudizio clinico e con criteri oggettivi esterni; sono inoltre in grado di distinguere, non solo i diversi sottogruppi di pazienti con disturbo dell'alimentazione, ma anche i soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta ed all'immagine corporea.

Allegato 1: tabella descrittiva dei diversi questionari dell'alimentazione

35 Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. Manuscript in preparation.

36 Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa, and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 215-34.

	SEMPRE	MOLTO SPESSO	SPESSO	QUALCHE VOLTA	RARAMENT E	MAI
63 Ho dei traguardi molto elevati.	<input type="checkbox"/>					
64 Quando sono turbato, temo di cominciare a mangiare.	<input type="checkbox"/>					

Allegato2: questionario EDI 64 items

(Allegato 3.)

Le tabelle statistiche elaborate di sintesi, e test di significatività (Tab.I e II) per ogni variabile distinta per sesso dimostrano che le femmine sono generalmente più predisposte agli atteggiamenti considerati .

	Minimo		1° quartile		Mediana		Media		3° quartile		Massimo	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Des Magr	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	3.0	2.2	5.0	3.0	8.0	15.0	21.0
Bulimia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	1.5	1.6	2.7	2.3	3.0	13.0	16.0
Ins Corp	0.0	0.0	0.0	3.0	2.5	8.0	4.3	9.5	5.3	15.3	27.0	27.0
Consap	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	4.0	2.8	5.8	3.3	8.0	19.0	27.0
Incapacità	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	3.0	2.7	5.0	4.0	7.3	20.0	27.0
Paure Mat	0.0	0.0	4.0	5.0	5.0	6.0	6.4	7.3	8.0	9.0	19.0	20.0
Perfez	0.0	0.0	2.0	1.0	4.0	3.0	4.7	3.9	7.0	6.0	14.0	15.0
Diff Interp	0.0	0.0	1.0	2.0	3.0	4.0	3.9	5.0	5.3	8.0	19.0	16.0

Allegato 3. Tabella I tabella di sintesi delle variabili per sesso

	Minimo	1° quartile	Mediana	Media	3° quartile	Massimo
Des Magr	0.0	0.0	2.0	3.79	5.0	21.0
Bulimia	0.0	0.0	1.0	2.20	3.0	16
Ins Corp	0.0	1.0	5.0	7.23	11.3	27.0
Consap	0.0	1.0	2.0	4.49	6.3	27.0
Incapacità	0.0	0.0	3.0	4.03	6.0	27.0
Paure Mat	0.0	4.0	6.0	6.86	8.3	20.0
Perfez	0.0	2.0	3.0	4.21	6.0	15.0
Diff Interp	0.0	2.0	3.0	4.50	7.0	19.0

Allegato 3. Tabella II: tabella di sintesi delle variabili

Le tabelle di sintesi ci ripropongono in modo dettagliato quello che osserviamo con i boxplot, ovvero tutti i valori di sintesi delle distribuzioni per ogni sottoclasse. Abbiamo due indici di posizione (mediana e media) e i quartili da cui desumiamo gli indici di variabilità delle variabili.

Anche qua vediamo che in media i punteggi sono molto bassi, infatti il valore critico per una sottoclasse è 15.

(Allegato 4.)

P-VALUE T-TEST: test statistico che valuta se la differenza dei gruppi per una variabile è significativa. Nello studio è stato utilizzato il p-value t-test per verificare se la media dei maschi era uguale a quella delle femmine alla variabile studiata; vengono eseguite due ipotesi (H):

- $H^0: (MM = MF)$
- $H^1: (MM \neq MF)$

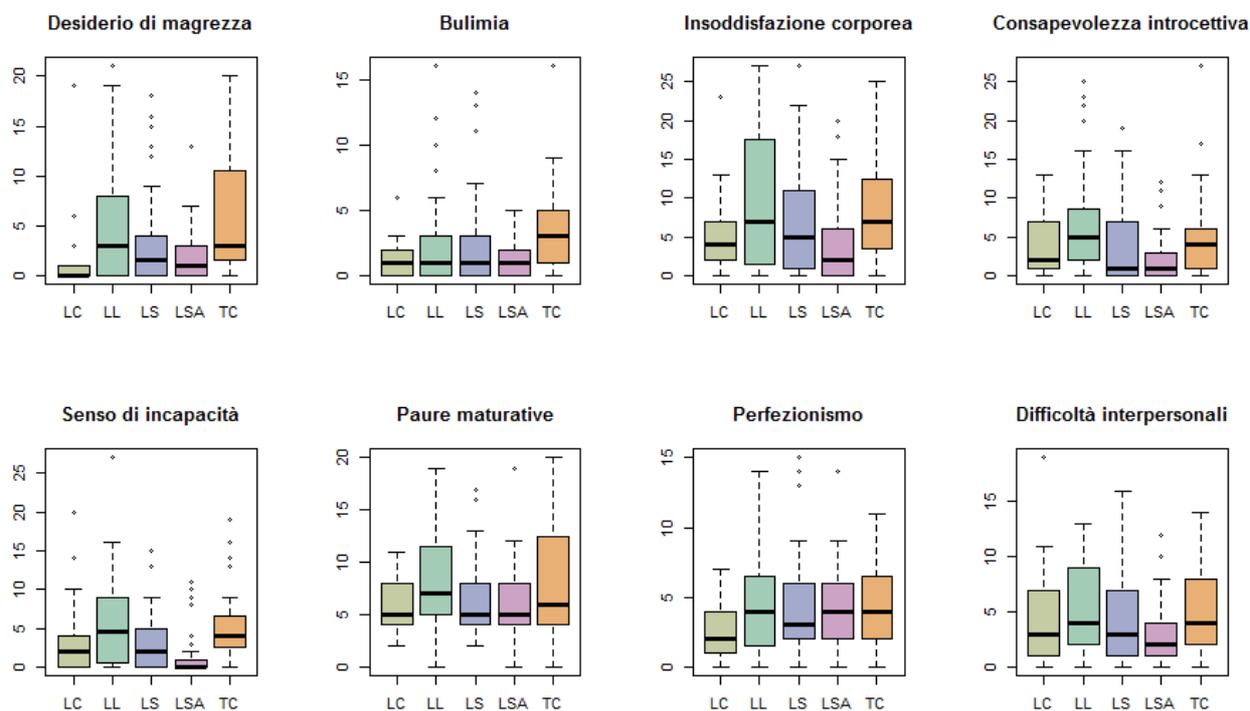
P-value t-test	DEFINIZIONE
P-value t-test < 0,05	Si può RIFIUTARE l'ipotesi nulla ($MM = MF$) di uguaglianza tra le medie; vi è quindi differenza tra le medie dei 2 gruppi (maschi e femmine).
P-value t-test > 0,05	Si può ACCETTARE l'ipotesi nulla ($MM \neq MF$) di uguaglianza tra le medie non vi è quindi differenza tra i gruppi (maschi e femmine).

Allegato 4. tabella p-value t-test

Legenda :

MM	Media maschi
MF	Media femmine
H^0	Ipotesi di uguaglianza
H^1	Ipotesi di disuguaglianza

(Allegato 5.)



Allegato 5. Bloxplot delle variabili suddivise per istituti

Dal bloxplot delle variabili suddivise per istituti possiamo notare come LL (liceo linguistico) e TC (Tecno-commerciale) abbiano ottenuto punteggi elevati per le diverse sottoscale rispetto agli altri istituti.

Dall'analisi del campione sottoposto allo studio risulta che il punteggio elevato è dovuto alla maggior presenza di alunne rispetto agli alunni nelle medesime classi coinvolte.

È quindi evidente che non è la scuola a porre la differenza di risultato (non c'è un istituto più a rischio di un altro) ma è il sesso femminile più predisposto all'atteggiamento considerato dalle variabili.

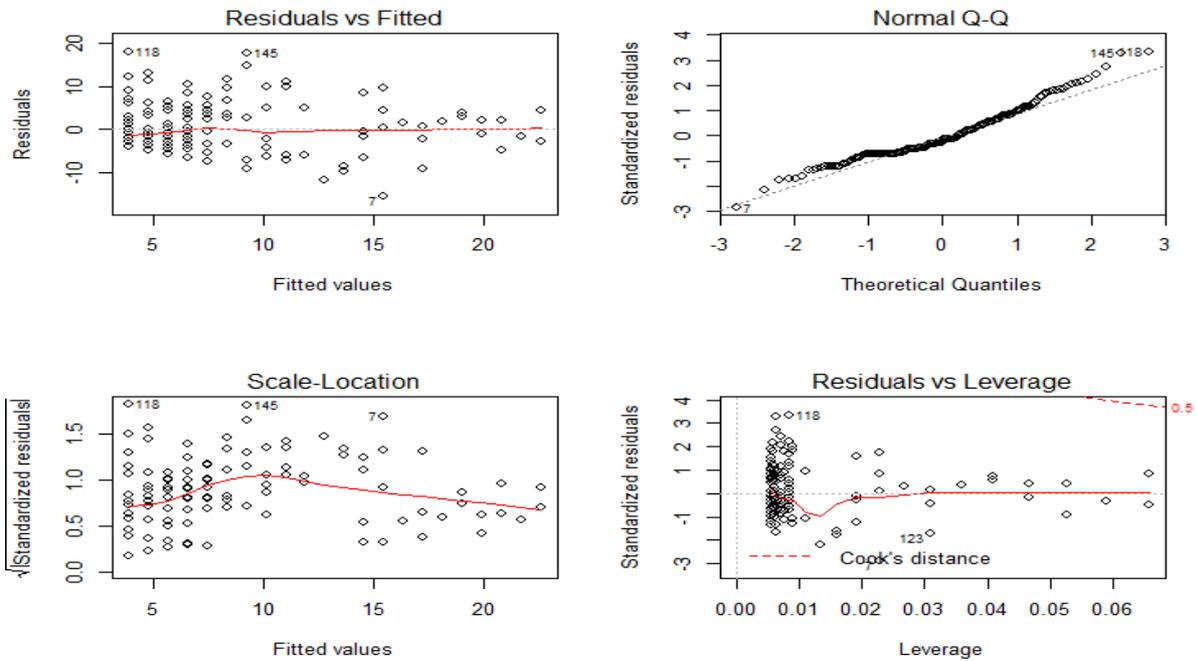
(Allegato 6.)

	DesMagr	Bulim	InsCorp	Consap	Incap	Paure	Perfez	Difinter
DesMagr	10	6	6	5	5	3	2	2
Bulim	6	10	4	6	4	3	2	2
InsCorp	6	4	10	5	6	3	1	2
Consap	5	6	5	10	6	4	2	4
Incap	5	4	6	6	10	5	2	5
Paure	3	3	3	4	5	10	2	3
Perfez	2	2	1	2	2	2	10	2
Difinter	2	2	2	4	5	3	2	10

Allegato 6. grafico di correlazione tra le variabili

L'allegato 6 riporta i valori rappresentativi dei coefficienti di correlazione tra le sottoclassi il valore 10 rappresenta il massimo grado di correlazione tra le variabili (se troviamo 10 allora $\rho=1$, a 0 corrisponde $\rho=0$).

(Allegato 7.)



Allegato 7. studio dei grafici dei residui