

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.  
UN'INDAGINE TRA I GIOVANI.**

Relatore: **Prof. Ditadi Alessandro**

Laureanda: **Bianco Giulia**

Matricola n.: 2017070

Anno Accademico 2022-2023







## **ABSTRACT**

### **PROBLEMA**

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono aumentati drasticamente negli ultimi anni e rappresentano uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti nel nostro Paese, come in tutti i Paesi occidentali, pertanto, non possono essere trascurati.<sup>1</sup> L'età media di insorgenza di queste patologie è notevolmente diminuita, interessando i giovani sino dai 13 anni, anche a causa del progressivo abbassamento dell'età media in cui si accede ai media sociali. Recenti studi hanno dimostrato una più alta incidenza di un disturbo alimentare tra gli utilizzatori abituali di queste comunità virtuali.<sup>2</sup>

### **OBIETTIVI**

Questo progetto è nato con l'obiettivo di approfondire ed indagare il fenomeno dei disturbi alimentari, la loro diffusione nel contesto italiano, come i media sociali influenzino i giovani sul concetto di bellezza, l'influenza dei comportamenti del sonno e l'identificazione di interventi infermieristici mirati ed efficaci.

### **MATERIALI E METODI**

La revisione della bibliografia presente in letteratura ha permesso di individuare il questionario EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) come strumento valido per lo studio, la versione utilizzata per la ricerca è composta da 26 item che riconoscono comportamenti ed atteggiamenti che, se presenti, aumentano il rischio di insorgenza di un disturbo alimentare. La compilazione del questionario è stata promossa attraverso i media sociali, Instagram e Tik Tok, a ragazzi di età compresa tra i 16 ed i 25 anni.

---

<sup>1</sup> Ministero della Salute, *DNA - Dati epidemiologici*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6029&area=salute%20mentale&menu=DNA>, 2023, ultimo accesso: 11/09/2023

<sup>2</sup> Spina, G., *Disturbi del comportamento alimentare: boom di casi con la pandemia da SARS-CoV-2*, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, <https://www.ospedalebambinogesu.it/disturbi-del-comportamento-alimentare-boom-di-casi-con-la-pandemia-da-sars-cov-2-149481/>, 2023, ultimo accesso: 12/09/2023

## **RISULTATI**

Dallo studio si è potuto quantificare il numero di ragazze e ragazzi che manifestano la predisposizione a certi atteggiamenti e comportamenti considerati a rischio per lo sviluppo di un disordine alimentare.

Gli adolescenti passano gran parte del loro tempo a scuola; è qui che imparano, sperimentano e si mettono in discussione. Gran parte del tempo restante, come è emerso dalla letteratura e da questo studio, lo trascorrono nei media sociali. La grande diffusione delle tecnologie e del digitale sta esponendo le nuove generazioni ad un inaridimento delle abilità sociali che sono frutto di formazione ed apprendimento.

L'ambiente scolastico può essere un prezioso punto di partenza dove eseguire iniziative precoci di educazione e prevenzione primaria.

Strumenti validati possono aiutare a rilevare la presenza di alcuni comportamenti e atteggiamenti che sono definiti a rischio per lo sviluppo delle patologie legate alla nutrizione e all'alimentazione.

Con il profilo Professionale dell'infermiere e con il Codice Deontologico, viene definita la figura infermieristica come operante in ambito di cura, riabilitazione e prevenzione.

La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare è un'importante competenza infermieristica e si è cercato, con questo elaborato di tesi, di dimostrare come il ruolo dell'infermiere possa risultare importante nello svolgimento dell'attività sia educativa che di promozione alla salute psicofisica.

È importante ricordare che l'infermiere non svolge le sue funzioni solo nell'ambiente ospedaliero, ma esistono nuove figure quali infermiere di famiglia e di comunità, che permettono una collaborazione interdisciplinare con altre figure professionali che permette di combattere e prevenire i disturbi del comportamento alimentare.

**Key Words:** disturbi alimentari, DCA, adolescenza, media sociali, sonno, prevenzione eating disorders, ED, adolescence, social media, sleep, prevention







## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 3</b>
<b>CAPITOLO 1: IL PROBLEMA</b>	<b>pag. 7</b>
1.1 Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)	pag. 7
1.2 Principali categorie diagnostiche riportate nel DSM-5	pag. 8
1.3 Aspetti epidemiologici in Italia	pag. 13
1.4 Eziopatogenesi: fattori di rischio e fattori protettivi	pag. 15
1.5 Media sociali e Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 16
1.6 Sonno e Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 18
<b>CAPITOLO 2: OBIETTIVI E QUESITI DELLO STUDIO</b>	<b>pag. 23</b>
<b>CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI</b>	<b>pag. 25</b>
3.1 Disegno e campione di indagine	pag. 25
3.2 Strumento di indagine: EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)	pag. 25
<b>CAPITOLO 4: RISULTATI E DISCUSSIONE DATI EMERSI</b>	<b>pag. 29</b>
4.1 Dati anagrafici	pag. 29
4.2 Indice di massa corporea	pag. 31
4.3 Rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare rilevato	pag. 33
4.4 Utilizzo dei media sociali	pag. 36
4.5 Uso dei media sociali e rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 38
4.6 Ore di sonno e rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 41
4.7 Limiti dello studio	pag. 44
4.8 Ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute	pag. 44
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 49</b>
<b>BIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	
<b>ALLEGATI</b>	



## INTRODUZIONE

*“Sono pazza. Faccio un lungo tiro alla mia sigaretta. Sento come un getto d’ansia sul cuore. Un’ondata di ansia perenne, che si trascina dietro nuvole nere e pioggia fredda. Guardo la casa di fronte, le luci sono spente ma io ci vedo attraverso. Guardo ma non guardo. La mia testa è un mescolarsi di immagini, pensieri senza sosta, sarò risucchiata di nuovo da loro. Eccola che ritorna. Non ce la faccio più. Perché i miei pensieri stanno diventando più importanti della vita reale?”<sup>3</sup>*

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), come dice Gordon, costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale.<sup>4</sup> Sono un problema di sanità pubblica di crescente importanza e oggetto di attenzione sanitaria e sociale sul piano scientifico e mediatico per la loro diffusione, per l’esordio sempre più precoce tra le fasce più giovani della popolazione e per l’eziologia multifattoriale complessa.<sup>5</sup>

L’aumento dello stato di benessere nei Paesi occidentali a partire dagli anni 50 ha determinato la quasi totale scomparsa delle malattie da carenza nutrizionale ma, si sono sviluppate nuove patologie alimentari legate alla cultura ed allo sviluppo delle tecnologie; da qui la definizione di sindromi “*culture bound*”, legate ovvero ad aspetti culturali caratteristici di ogni Paese rispetto ai quali il disagio psichico sembra adattarsi.

Il modello rappresentato dai Paesi occidentali stimola un’ideale di magrezza e di perfezionismo influenzato dall’industria della moda, dove la combinazione un ambiente che induce ad uno stile di vita sedentario e stimoli ripetuti al consumismo alimentare, può favorire lo sviluppo di disturbi alimentari.

Corpo e cibo si sono trasformati in ossessione per milioni di giovani al mondo e rappresentano una delle principali cause di morte dopo gli incidenti stradali e le infezioni delle basse vie respiratorie.<sup>6</sup>

L’adolescenza è un momento difficile di transizione fisica e psichica particolare che ogni ragazza e ragazzo devono affrontare. Si parla spesso quindi di “crisi adolescenziale”. I

---

<sup>3</sup> Dallari, V., *Non mi sono mai piaciuta*, Edizioni Piemme, Milano, 2019, Premessa

<sup>4</sup> Gordon, R. A., *Anoressia e Bulimia: anatomia di un’epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004

<sup>5</sup> Ministero della Salute, *op. cit.*

<sup>6</sup> Gallimberti, U., & Raggi A., *Umberto Gallimberti: Il corpo e l’anoressia*, Milano, <https://www.youtube.com/watch?v=RiZbjGstF0M>, 2022, ultimo accesso: 13/09/2023

giovani non si riconoscono più nel loro corpo e devono interfacciarsi con nuove figure di riferimento e regole. Se la crisi dura molto tempo può sfociare in vari disturbi quali depressione, ansia, bassa autostima, abuso di alcol, fumo o sostanze, e disturbi dell'alimentazione. Queste manifestazioni cliniche sono raddoppiate come incidenza durante la pandemia da Covid-19 a causa delle misure adottate, come quarantene e lockdown.

In Italia i disturbi del comportamento alimentare coinvolgono ogni anno circa tre milioni di persone, pari al 5% della popolazione, di cui il 90% sono donne, oltre due milioni gli adolescenti. Negli ultimi decenni c'è stato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti le diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia: il 59% dei casi ha tra i 13 e 25 anni di età, il 6% ha meno di 12 anni.<sup>7</sup>

Le diagnosi più frequenti sono quelle legate all'anoressia nervosa presente nel 46% dei casi, la bulimia nervosa nel 28% e il disturbo da alimentazione incontrollata nel 15%.<sup>8</sup>

La maggior parte di chi soffre di disturbi alimentari non riceve diagnosi e trattamenti adeguati. Molti casi arrivano all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia, quando è più difficile ottenere una guarigione.<sup>9</sup>

È importante identificare precocemente i disturbi del comportamento alimentare perché un esordio in giovane età interferisce con il sano processo evolutivo della salute biologica e psicologica, causando gravi conseguenze su corpo e mente.

Dal punto di vista fisico, le conseguenze della malnutrizione comportano ulcere intestinali e danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente, disidratazione, danneggiamento di gengive e denti, seri danni cardiaci, al fegato e ai reni, problemi al sistema nervoso, con difficoltà di concentrazione e di memorizzazione, danni al sistema osseo, con accresciuta

---

<sup>7</sup> Ministero della Salute, *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, convegno in streaming sulla mappatura dei Centri*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioNotizieSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5763>, 2022, ultimo accesso: 15/09/2023

<sup>8</sup> Camera dei deputati, *Testi allegati all'ordine del giorno della seduta n. 148, mozioni concernenti iniziative volte alla prevenzione e alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*, <https://documenti.camera.it/leg19/odg/assemblea/xhtml/2023/07/27/20230727.html>, 2023, ultimo accesso: 13/09/2023

<sup>9</sup> Casolari, P., Simonetti, G., AA. VV., *Quaderni del Ministero della Salute, Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*, Roma, 2013, Pag. 12

probabilità di fratture e di osteoporosi, blocco della crescita, emorragie interne, ipotermia e ghiandole ingrossate.

Le ripercussioni psicologiche, invece, comportano depressione, bassa autostima, sentimenti di vergogna e sensi colpa, difficoltà a mantenere relazioni sociali e familiari, sbalzi d'umore, tendenza a comportamenti maniacali e propensione al perfezionismo.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Anoressia e bulimia. Informazioni generali*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>, ultimo accesso: 15/09/2023



# CAPITOLO 1: IL PROBLEMA

## 1.1 Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), conosciuti anche come Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA), sono un gruppo di malattie complesse ad eziologia multifattoriale, classificate fra i disturbi psichiatrici invalidanti, potenzialmente mortali, che compromettono la salute fisica e il funzionamento sociale dell’individuo. Sono caratterizzati da un’alterazione delle abitudini alimentari e da un’eccessiva preoccupazione e controllo verso il peso con alterata percezione dell’immagine corporea.<sup>11</sup>

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5, fornisce la seguente definizione: *“I disturbi della nutrizione e dell’alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell’alimentazione o di comportamenti collegati con l’alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”*.<sup>12</sup>

Tutti i disturbi alimentari hanno un rapporto malsano con il cibo, ma bisogna sottolineare un altro aspetto fondamentale che accomuna le persone con questa diagnosi: un cambiamento nella percezione del proprio corpo. Le persone affette da DCA, infatti, sono spinte da un pessimo rapporto con il proprio corpo, che nella maggior parte dei casi, lo vedono più grande di quanto non sia in realtà.

Frequentemente le preoccupazioni verso il corpo ed il suo aspetto sono influenzate dal genere. Negli uomini queste preoccupazioni sono spesso rivolte ad un corpo percepito come poco muscoloso o mascolino, mentre nelle donne sono rivolte alla perdita di peso.<sup>13</sup>

Le persone con disturbi alimentari spesso cercano di perdere peso attraverso la dieta, ma essendoci un problema psicologico alla base, questi tentativi falliscono.

---

<sup>11</sup> Ministero della Salute, *Disturbi dell’alimentazione*, <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie#:~:text=I%20Disturbi%20della%20Nutrizione%20e,alterata%20percezione%20dell'immagine%20corporea>, 2023, ultimo accesso: 13/09/2023

<sup>12</sup> American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi alimentari* (5<sup>a</sup> ed.), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014

<sup>13</sup> Treasure J., Duarte, T. A. & Schmidt, U. *Eating disorders*, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3), 2020, ultimo accesso: 14/09/2023

Il problema principale è quindi lo stretto collegamento tra emozione e cibo. Si crea così un circolo vizioso che danneggia la salute fisica e psichica del paziente.

## **1.2 Principali categorie diagnostiche riportate nel DSM-5**

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) è un manuale importante nel porre diagnosi delle patologie psichiatriche con criterio condiviso. Non è da considerarsi una verità assoluta, tant'è che nel tempo si sono susseguite cinque versioni.<sup>14</sup> L'edizione più recente, il DSM-5, è stata pubblicata nel 2013 dall'American Psychiatric Association (APA), ha introdotto numerose novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle persone che soffrono di disturbi dei comportamenti alimentari nel corso della loro vita.

Sebbene i criteri tendano a distinguere i disturbi alimentari in modo netto, nella pratica clinica, i pazienti possono presentare manifestazioni subcliniche o passare da un disturbo all'altro.

Nel DSM-5 i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione sono classificati in:

- Pica;
- Disturbo da ruminazione;
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
- Disturbo da binge eating;
- Bulimia nervosa;
- Anoressia nervosa;
- Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione;
- Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione.

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione più diffusi sono anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge eating disorder.

---

<sup>14</sup> Montecchi, F., *I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 2016, pag. 5



## Anoressia Nervosa

L'anoressia nervosa o mentale (AN) è la forma più nota di disturbo alimentare e si caratterizza per una consistente perdita di peso, un'intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso e da una distorsione della propria immagine corporea.

Il termine anoressia deriva dal greco e significa “assenza o notevole riduzione dell'appetito”. L'aggettivo “nervosa” identifica invece la natura funzionale, inorganica dell'anoressia, per distinguerla da altre forme di inappetenza o di rifiuto del cibo causate da altre patologie.<sup>15</sup>

In realtà, le persone affette da anoressia nervosa raramente lamentano una mancanza di appetito. Viceversa, lo stimolo della fame aumenta sino a moltiplicarsi con la riduzione dell'apporto calorico e con la conseguente perdita di peso. Paradossalmente, controllare lo stimolo della fame diventa fonte di soddisfazione e ne alimenta il disturbo.<sup>16</sup>

Dal punto di vista storico, è stato il primo disturbo alimentare ad essere descritto in letteratura; è presente in diversi periodi temporali e Paesi con culture diverse.

Le persone affette da anoressia nervosa generalmente si impegnano in un meticoloso controllo del peso e nella costante osservazione del corpo attraverso uno specchio o con la misurazione attenta in punti quali polsi, cosce e braccia; nei casi più gravi si associano anche distorsioni cognitive relative al cibo e alle forme.

La caratteristica clinica emblematica di questa patologia è il mantenimento del peso corporeo al di sotto dell'85% di quello minimo considerato normale in relazione ad età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica.<sup>17</sup>

Un'ulteriore caratteristica, soprattutto nelle fasi d'esordio del disturbo, è lo scarso livello di consapevolezza della malattia. Queste pazienti tendono infatti a non percepire la natura patologica del disturbo, i tentativi di aiuto sono perciò spesso rifiutati dai pazienti rendendo così più difficile il trattamento.

---

<sup>15</sup> Barca, L., & Pezzulo, G., *Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa*. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 20(2), 427–440, <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6>, 2020, ultimo accesso: 12/09/2023

<sup>16</sup> Ospedale Maria Luigia, *Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura.*, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa/>, 2023, ultimo accesso: 15/09/2023

<sup>17</sup> EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità, *Anoressia e bulimia. Informazioni generali*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>, ultimo accesso: 15/09/2023

L'eccessiva magrezza, causata da diete rigide, può portare a gravi problemi che possono essere anche mortali; possono riguardare tutti gli organi e sistemi, e sono in generale causati dalla malnutrizione, dalla perdita di peso e dal vomito autoindotto. L'anoressia nervosa è infatti uno dei disturbi psichiatrici con il maggior tasso di mortalità, infatti, le persone affette da AN hanno una mortalità tra le 5 e le 10 volte superiore rispetto a quelle sane dello stesso genere e con la stessa età.<sup>18</sup>

Anche il funzionamento cognitivo ed emotivo risulta alterato. I pazienti con anoressia nervosa spesso presentano un pensiero rigido e focalizzato principalmente su cibo e preoccupazioni per il proprio corpo. Possono presentare difficoltà nella regolazione delle emozioni e alessitimia.<sup>19</sup>

L'anoressia nervosa tipicamente colpisce maggiormente gli adolescenti di sesso femminile; tuttavia, colpisce anche il sesso maschile ma con minor frequenza. Risulta essere indipendente da fattori quali razza e origine etnica.

Nel DSM-I l'anoressia nervosa è indicata come un esempio di reazione psicofisica gastrointestinale. Nel DSM-II viene inserita come disturbo dell'alimentazione all'interno di una categoria di sintomi. A partire dal DSM-III è riconosciuta come disturbo autonomo. I criteri diagnostici fondamentali dell'anoressia nervosa sono rimasti invariati tra il DSM-IV e il DSM-5 con un'unica eccezione: è stato eliminato il requisito relativo alla presenza di amenorrea. Si tratta di un'importante scelta clinica in quanto alcune donne affette da anoressia nervosa possono presentare tutti i sintomi relativi al disturbo con il mantenimento dell'attività mestruale. Inoltre, questo criterio non può essere applicato alle giovani che non hanno avuto ancora il menarca, alle donne che assumono farmaci anticoncezionali o in menopausa e naturalmente non può essere applicato negli uomini.

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa sono:

- Riduzione dell'introito calorico giornalieri rispetto a quello richiesto che porta ad un significativamente basso peso corporeo;
- Intensa paura di prendere peso o diventare grasso, o la presenza di comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso;

---

<sup>18</sup> Gordon, R. A., *op. cit.*, pag. 123

<sup>19</sup> Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N. et al. *Anorexia nervosa. Nat Rev Dis Primers* 1. 15074 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>, 2015, ultimo accesso: 15/09/2023

- Un disturbo nel modo in cui il proprio corpo e le sue forme sono percepite, un'eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee nell'autovalutazione, o la persistente mancanza di riconoscimento della gravità del proprio sottopeso.

In aggiunta, il DSM-5 include una misura dimensionale di gravità per l'AN basata sull'indice di massa corporea (BMI):

- Lieve: IMC  $\geq 17$ ;
- Moderata: IMC=16–16,99;
- Grave: IMC=15–15,99;
- Estrema: IMC <15.

### **Bulimia Nervosa**

La bulimia nervosa (BN) si caratterizza per ricorrenti episodi di abbuffate alimentari in un breve lasso di tempo (per definizione due ore) e solitamente di nascosto da altri, la sensazione di non poter smettere di mangiare e di non poter controllare il proprio atteggiamento, comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi, l'uso improprio di diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo da stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.

Il termine bulimia nervosa deriva da due parole greche che sono *bous* (che significa bue) e *limos* (fame); quindi, bulimia significa “avere una fame da bue”. L'aggettivo “nervosa” indica che i sintomi del disordine sono di origine psicologica e non sono causa di un'altra patologia medica.<sup>20</sup>

Johnson (1982) ha stimato che, chi soffre di bulimia nervosa, può arrivare a ingerire fino a 4800 calorie durante un'unica abbuffata. Altri studi più recenti hanno notevolmente innalzato questo dato parlando di picchi di 15.000 calorie ingerite in poco meno di due ore.

A lungo termine, un soggetto affetto da bulimia entra in una fase di depressione e disprezzo verso sé stesso e cerca di nascondere il suo comportamento agli altri. La propria

---

<sup>20</sup> Ospedale Maria Luigia, *Bulimia nervosa. Cause, sintomi e cura*, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/bulimia-cause-sintomi-cura/>, 2022, ultimo accesso: 17/09/2023

forma fisica e il proprio aspetto diventano un'ossessione costante e influiscono fortemente sull'autostima della persona. La bulimia può essere normopeso, sottopeso o sovrappeso, a differenza di una persona anoressica che è sempre sottopeso. Inoltre, il peso corporeo di un paziente bulimico può variare notevolmente e fluttuare, il che può essere utilizzato come sintomo di un disturbo alimentare.<sup>21</sup>

Bulimia nervosa e anoressia nervosa condividono due caratteristiche tipiche quali, la paura di ingrassare e la presenza di un'immagine corporea distorta. Secondo l'American Psychiatric Association, la metà dei pazienti anoressici finiscono con l'aver anche sintomi di bulimia, e in qualche caso i pazienti bulimici sviluppano comportamenti anoressici.

Incluso per la prima volta nel DSM-III nel 1987 con la denominazione "bulimia" che venne cambiata poco dopo in "bulimia nervosa". La sola variazione che venne poi apportata nei criteri diagnostici riguarda la riduzione della minima frequenza media relativa alle abbuffate e alle condotte compensatorie inappropriate, per permettere di valutare dei livelli di gravità, da lieve a estremo, in base al numero di episodi a settimana. I criteri diagnostici per la bulimia nervosa sono:

- Ricorrenti episodi di abbuffate (il consumo incontrollato di quantità insolitamente elevate di cibo) che sono accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo sul mangiare e che si verificano, in media, almeno 1 volta/settimana per 3 mesi;
- Ricorrenti comportamenti inadeguati di compensazione per influenzare il peso corporeo (in media, almeno 1 volta/settimana per 3 mesi);
- Autovalutazione che è indebitamente influenzata dalla forma del corpo e preoccupazioni per il peso.

In aggiunta, il DSM-5 include una misura dimensionale di gravità per la BN basata nella frequenza delle condotte compensatorie a settimana:

- Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- Moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;

---

<sup>21</sup> Epicentro, Istituto Superiore di Sanità, *op. cit.*

- Estremo: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

### **Binge Eating Disorder**

Il disturbo da alimentazione incontrollata, noto come disturbo da binge eating (BED), come la bulimia nervosa si caratterizza da episodi ricorrenti di abbuffate, ma non prevede le pratiche di compenso volte a impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono sviluppare una condizione di obesità anche grave, oltre ad un marcato disagio psicologico, depressione e bassa autostima.

Il BED, descritto per la prima volta nel 1959, è stato introdotto nel manuale diagnostico solamente nel 2013, con l'uscita del DSM-5.

I pazienti affetti da alimentazione incontrollata spesso soffrono di dolore fisico a livello dello stomaco collegato all'eccessiva ingestione di cibo e dolori psicoemotivi con stati negativi come vergogna, frustrazione e tristezza collegati alle abbuffate.

Le abbuffate sono inoltre caratterizzate molto spesso da:

- Mangiare più rapidamente del normale;
- Consumare cibo fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
- Alimentarsi con grandi quantità di cibo anche se non si sente la fame;
- Mangiare da soli perchè si prova vergogna;
- Sentirsi depressi, in colpa o provare disgusto verso sé stessi dopo l'abbuffata.

I problemi psicologici inerenti a un disturbo alimentare sono principalmente legati al difficile controllo emotivo. Il cibo diventa un modo per “anestetizzare” le emozioni negative e gestire i momenti di crisi. Al termine delle abbuffate, inoltre, chi è affetto da questo disordine avverte profonde sensazioni di disagio e colpa legate alla percezione di “perdita di controllo” rispetto alla quantità di cibo ingerito.

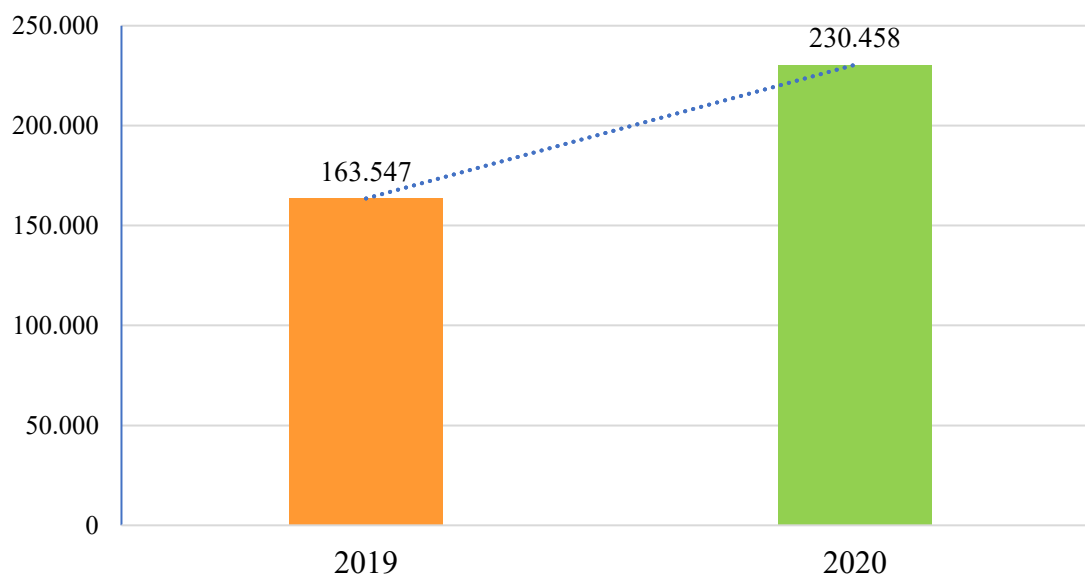
### **1.3 Aspetti epidemiologici in Italia**

La situazione epidemiologica italiana conferma che anoressia nervosa, bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata, sono un problema di salute pubblica di crescente importanza e oggetto di attenzione sanitaria e sociale sul piano scientifico e

mediatico per la loro diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra le fasce più giovani della popolazione e per l'eziologia multifattoriale complessa.

I dati più recenti relativi alla Survey epidemiologica condotta a livello nazionale nell'ambito del Progetto "Piattaforma per il contrasto alla malnutrizione in tutte le sue forme" finanziato dal Ministero della Salute e conclusosi a febbraio 2021, hanno mostrato un aumento della patologia diffuso in tutto il territorio nazionale e la difficoltà di accesso alle cure in molte regioni italiane, con gravi conseguenze sulla prognosi. I dati confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Nel primo semestre 2020 sono stati rilevati nei diversi flussi informativi 230.458 nuovi casi contro i 163.547 del primo semestre 2019. Il carico assistenziale globale dei nuovi casi e casi in trattamento è stato rilevato nel 2020 nel numero di 2.398.749 pazienti, un dato sottostimato poiché esiste in questa patologia una grande quota di pazienti che non arriva alle cure. I dati della Survey rivelano anche un ulteriore abbassamento dell'età di esordio (il 30% della popolazione ammalata è sotto i 14 anni) e una maggiore diffusione nella popolazione maschile (nella fascia tra i 12 e 17 anni comprende il 10%).<sup>22</sup>

*Grafico 1. Nuovi casi Italia disturbi alimentari*



<sup>22</sup> Ministero della Salute, *op. cit.*

#### **1.4 Eziopatogenesi: fattori di rischio e fattori protettivi**

I disordini del comportamento alimentare si manifestano come una malattia complessa, derivante dall'interazione di molteplici fattori biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici e un'ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria forma fisica, del peso, del corpo e sulla necessità di stabilire un controllo su di esso. L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili, parliamo quindi di eziologia multifattoriale; nessuna delle quali, è in grado di scatenare la malattia, influenzarne il decorso o l'esito, da sola. Non è ancora molto noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita, come ad esempio la vulnerabilità genetica o, dall'infanzia come l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali di personalità quali il perfezionismo, l'impulsività, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA.

Tra i motivi che portano allo sviluppo dei DCA, si evidenziano, oltre ad una componente di familiarità (studi transgenerazionali e su gemelli hanno dimostrato che i disturbi alimentari hanno maggiori probabilità di manifestarsi tra i parenti di una persona già malata, soprattutto se si tratta della madre), l'influenza negativa di familiari e della società, pressioni ed aspettative eccessive, o al contrario la sensazione di essere trascurati dai propri genitori, la sensazione di essere derisi per la propria forma fisica o di non poter raggiungere i risultati desiderati per problemi fisici e appartenenza. Per alcune persone, i fattori sopraindicati portano ad una tendenza autodistruttiva che sfocia con l'abuso di alcol o droghe o con la modificazione delle abitudini alimentari.<sup>23</sup>

Anoressia e bulimia però possono dipendere anche dal fatto che l'individuo subisca situazioni particolarmente traumatiche, come ad esempio violenza sessuale, drammi familiari, abusi da parte di familiari o di persone esterne, difficoltà ad essere accettati socialmente e nella propria famiglia.

I disturbi alimentari sono sindromi cosiddette "*culture bound*", legate culture e specifiche di alcuni Paesi. Sono disturbi frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati. Tra i fattori socioculturali, un ruolo importante si pensa sia stato svolto dall'ideale di magrezza sviluppatosi negli ultimi 50 anni nei Paesi occidentali: le donne sono

---

<sup>23</sup> Epicentro, Istituto Superiore di Sanità, *op. cit.*

incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre considerate più intelligenti, competenti e vincenti; questo può spiegare perché alcune donne sviluppano una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo.<sup>24</sup>

Uno dei motivi per cui una ragazza o un ragazzo inizia a sottoporsi ad una dieta eccessiva è la necessità di corrispondere a canoni estetici che premiano la magrezza, anche nel suo eccesso. Secondo molti psichiatri, l'attuale propensione a prediligere un modello di bellezza femminile che esalta la magrezza ha conseguenze devastanti sui comportamenti alimentari di molti adolescenti.<sup>25</sup>

Le complicanze mediche dei DCA sono relativamente frequenti e possono interessare tutti gli organi e gli apparati, soprattutto nei casi di marcata malnutrizione per difetto o eccesso. La maggior parte di queste complicanze regredisce con la regolare ripresa di apporto nutrizionale e/o il ripristino di un normale peso corporeo. Nei disturbi alimentari gravi e di lunga durata si osservano significative difficoltà relazionali, scolastiche e lavorative ed è frequente l'associazione di altre patologie psichiatriche quali, depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità e dipendenza da alcool o da sostanze.<sup>26</sup>

### **1.5 Media sociali e Disturbi del Comportamento Alimentare**

*“Si minimizza o si demonizza il ruolo dei social e del web sui giovani.*

*Il mondo degli adulti e della scuola non può però ignorare che per milioni di ragazzi nel mondo, il virtuale è parte del processo di costruzione del loro reale, e dovremmo scendere a patti con questo, se vogliamo riappropriarci del compito più importante affidato a una società: quello di educare i propri giovani a diventare ciò che sono.”<sup>27</sup>*

L'insoddisfazione per le proprie caratteristiche corporee è un tema comune in una società che, attraverso input quotidiani, influenza la cultura moderna verso standard di bellezza a volte irraggiungibili. Inoltre, con l'avvento dei media sociali, chiunque può usufruire del proprio profilo come una vetrina, tutto basato sulla modernità delle immagini e sulla ricerca della perfezione socialmente accettata.

---

<sup>24</sup> Casolari, P., Simonetti, G., AA. VV., *op. cit.*, Pag. 12

<sup>25</sup> EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità, *op. cit.*

<sup>26</sup> Casolari, P., Simonetti, G., AA. VV., *op. cit.*, pag. 19

<sup>27</sup> Dalla Ragione, L. & Vanzetta, R., *Social Fame. Adolescenza, social media e disturbi alimentari.*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2023



Tutto ciò ha portato a un'attenzione eccessiva per ciò che viene pubblicato e influenza ciò che tutti mostrano al mondo esterno. Pertanto, per le persone che sono già inclini all'insoddisfazione corporea, non soddisfare gli standard stabiliti dalla maggioranza può portare a ulteriori cali di autostima, sentimenti di delusione e disagio, con conseguente maggior rischio di sviluppare un DCA.

Si nota inoltre che l'uso dei media sociali sembra essere più diffuso tra gli adolescenti che si trovano già in una fase evolutiva di vulnerabilità, ansia, autodefinizione e confronto costante. I giovani che utilizzano i media sociali si trovano di fronte ad una realtà distorta costituita da esibizioni ed iniziano a sperimentare fin da subito i primi sentimenti di frustrazione, attenzione ed insoddisfazione verso il proprio corpo.

Uno degli aspetti più sconcertanti nella diffusione e globalizzazione dei DCA è l'utilizzo del web nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la magrezza con la comparsa di siti che propagandano comportamenti patologici, finalizzati al controllo del peso.

Esistono anche alcuni siti online, i siti Pro-ANA, dove ana sta per Anoressia, che costituiscono uno dei mezzi più efficaci di diffusione del disturbo, soprattutto tra gli adolescenti, che utilizzano quotidianamente questo mezzo con estrema familiarità. Questi canali costituiscono dei movimenti underground dove viene lanciato un appello a dimagrire, come protesta e opposizione al mondo degli adulti. I seguaci di Ana come segno distintivo indossano un braccialetto rosso che consente il riconoscimento anche fuori dal web.

*I dieci comandamenti ANA da seguire:*

1. *Se non sei magra, non sei attraente.*
2. *Esser magri è più importante che esser sani.*
3. *Compra vestiti, tagliati i capelli, prendi lassativi, muori di fame, fai di tutto per sembrare più magra.*
4. *Non puoi mangiare senza sentirti colpevole.*
5. *Non puoi mangiare cibo ingrassante senza punirti dopo.*
6. *Devi contare le calorie e ridurre l'assunzione.*
7. *Quello che dice la bilancia è la cosa più importante.*
8. *Perdere peso è bene, guadagnare peso è male.*
9. *Non sarai mai troppo magra.*

*10. Essere magri e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e autocontrollo.*

## **1.6 Sonno e Disturbi del Comportamento Alimentare**

Al giorno d'oggi, si è ormai diffusa la consapevolezza dell'importanza che hanno l'alimentazione e l'attività fisica per la cura e il benessere della persona. Sembra invece, non esservi alcuna consapevolezza sul ruolo fondamentale che, per una buona qualità della vita, abbiano il numero di ore dormite nell'arco delle 24 ore.<sup>28</sup>

Il sonno è stato definito da Dement come “un buco percettivo nel tempo”, un fenomeno straordinario che si attiva con regolarità e che si caratterizza per la totale inconsapevolezza, da parte di chi dorme, di stare dormendo.<sup>29</sup>

A livello elementare, la sopravvivenza umana, dipende sia dai comportamenti legati alla nutrizione sia da quelli legati al sonno. Infatti, alterazioni ad almeno uno di questi due comportamenti possono causare delle complicazioni fisiche e psicologiche. Sonno e nutrizione sono fermamente collegati e spesso nelle persone che soffrono di disturbi alimentari sono presenti anche disturbi del sonno.<sup>30</sup>

Da uno studio pubblicato nel 2018 eseguito da un gruppo di ricercatori di Boston tra il 2007 e il 2015 su un campione di ragazzi tra i 14 e i 17 anni, si sono osservati una serie di comportamenti che erano correlati e correlabili alla privazione di sonno, tanto più gravi quanto maggiore era la probabilità di incorrere in un comportamento a rischio.

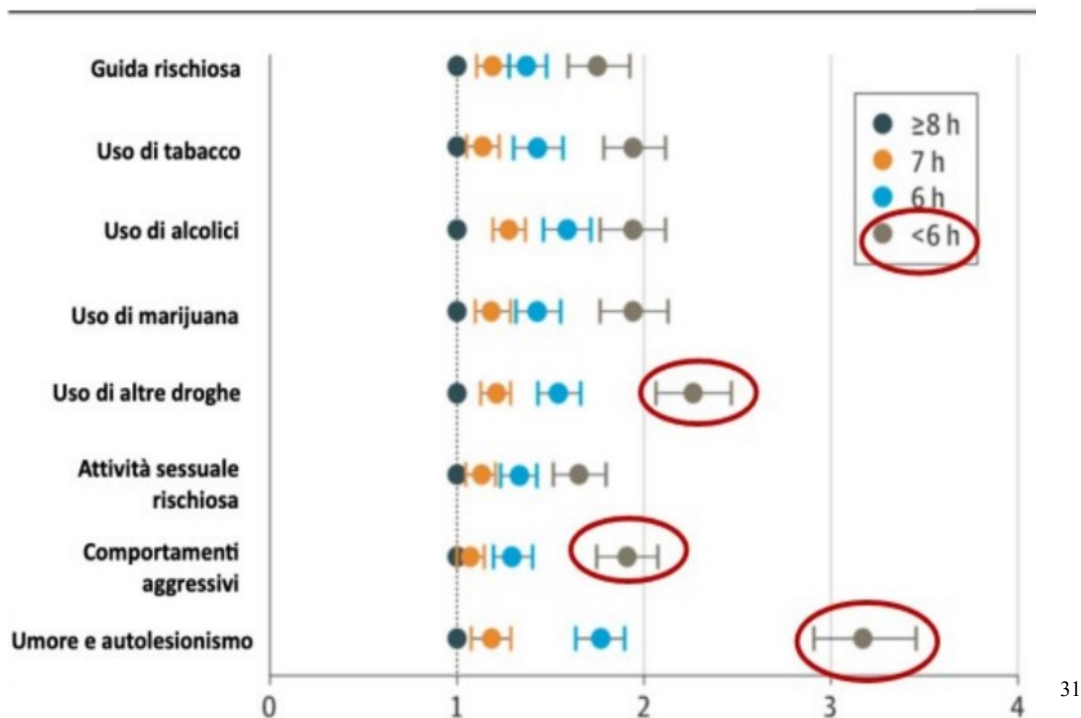
---

<sup>28</sup> Gallimberti L., *Guarire il paziente, curare la persona. Dalla clinica alla prevenzione delle dipendenze*, Rizzoli libri, Segrate, 2023, pag. 47

<sup>29</sup> Dement, W.C. & Vaughan, C., *Il sonno e i suoi segreti. Dormire bene per vivere meglio*, Baldini&Castoldi, Milano, 2001, pag. 27

<sup>30</sup> Allison, K. C., Spaeth, A., & Hopkins, C. M., *Sleep and eating disorders*, Current psychiatry reports, 18(10), 1-8, 2016

## Associazione tra sonno e comportamenti a rischio



31

Lo studio del sonno nei pazienti con DCA è difficoltoso perché spesso le persone anoressiche tendono ad utilizzare in modo attivo il tempo sottratto al sonno, mentre i soggetti affetti da bulimia nervosa associano i problemi di insonnia alle abbuffate serali. I riscontri epidemiologici descrivono comunque che l'insonnia nei disturbi alimentari è un problema frequente.<sup>32</sup>

Un importante studio si è focalizzato sull'analisi della microstruttura del sonno in pazienti con AN e BN, attraverso l'osservazione del risveglio e dei pattern ciclici alternanti (CAP). I risultati hanno confermato la presenza di una scarsa qualità del sonno, caratterizzata da un allungamento della fase del risveglio e del ritmo CAP; tali alterazioni possono essere correlate all'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) e allo stato psicopatologico.<sup>33</sup>

<sup>31</sup> Gallimberti L., *op. cit.*, pag. 49

<sup>32</sup> Lauer, C.J. & Krieg, J.C., *Sleep in eating disorders*, *Sleep Med Rev*; 8;109-18, 2004

<sup>33</sup> Della Marca, G., Farina, B., Di Giannantonio, M., De Risio, S., Ciocca, A. & Mazza, M., *Microstructure of sleep in eating disorders: preliminary results*, *Eat Weight Disord*; 9:77- 80, 2004

Il disturbo del sonno più frequentemente riferito dai pazienti con diagnosi di anoressia nervosa è l'insonnia, che include l'insoddisfazione riguardo la qualità del sonno a causa dell'incapacità dell'individuo di addormentarsi o di mantenere un sonno lungo e ristoratore.

L'orexina, un neuropeptide rilasciato dall'ipotalamo, è coinvolto sia nella regolazione del ritmo sonno-veglia, sia nella regolazione dell'appetito. La funzione dell'orexina è quella di mantenere attivo, quindi sveglio, l'organismo per consentirgli di cercare cibo quando ha fame. Di conseguenza, dato che gli individui che soffrono di anoressia nervosa assumono scarsi nutrienti, hanno anche alti livelli di orexina che dunque compromette un corretto funzionamento del sonno per consentire al corpo di reperire del cibo.

Diversamente dal caso dell'anoressia nervosa, sembra che le persone che soffrono di bulimia nervosa abbiano una qualità di sonno maggiore.

Nell'alimentazione incontrollata accompagnata da obesità è stato dimostrato un più elevato numero di risvegli durante la notte rispetto a un gruppo di persone sane; si ritiene che tali risultati siano dovuti a un generale malessere fisico peso-correlato e alla coesistenza di difficoltà respiratorie.<sup>34</sup>

Per quanto riguarda l'utilizzo di smartphone, tablet o tv poco prima di andare a letto, è da tenere in considerazione che la luce blu dei dispositivi elettronici mantiene il sistema nervoso in allarme, impedendo la normale produzione dell'ormone del sonno, la melatonina, che viene generata dal cervello con il buio e contribuisce ad accompagnare il corpo verso l'addormentamento.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Tzichinsky, O., Latzer, Y., Epstein, R. & Tov, N., *Sleep-wake cycles in women with binge eating disorder*, Int J Eat Disord; 27:43-8, 2000

<sup>35</sup> Gallimberti L., *op. cit.*, pag. 52





## **CAPITOLO 2: OBIETTIVI E QUESITI DELLO STUDIO**

Questa tesi mira ad effettuare uno studio descrittivo quantitativo con lo scopo di indagare ed analizzare l'entità e le caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare nel territorio nazionale italiano, rivolgendosi ai ragazzi di età compresa tra i 16 ed i 25 anni, con l'obiettivo di capire e valutare attraverso la somministrazione del questionario EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) accompagnato da una serie di domande generali, il rilievo di atteggiamenti riconducibili ai disturbi dei comportamenti alimentari e la correlazione con l'uso dei media sociali ed i comportamenti legati al sonno.

Il progetto nasce con l'idea di capire l'entità del fenomeno dei disturbi alimentari in Italia e la correlazione all'utilizzo dei media sociali, come analizzato da diversi studi in letteratura, e cercando di comprendere in quale modo la figura dell'infermiere possa intervenire attraverso lo sviluppo di progetti rivolti agli adolescenti con uno scopo di tipo preventivo e di sensibilizzazione, così come avviene nelle scuole con alcune tipologie di dipendenze, quali fumo da tabacco, alcol, e sostanze stupefacenti.





## CAPITOLO 3: 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 "Google Moduli", e successivamente è stato messo a disposizione dei giovani attraverso i media sociali, Instagram e Tik Tok dal giorno 08/08/2023 al giorno 11/09/2023.

La promozione della compilazione del questionario è avvenuta tramite la creazione di contenuti quali storie Instagram, storie Tik Tok e un video Tik Tok reperibile online.<sup>36</sup>

Il campione è composto da 285 ragazzi di tutte le regioni italiane. È stata prese in considerazione la fascia d'età 16-25 anni, per indagare, come hanno dimostrato numerosi studi, l'aumento dell'entità dei disturbi alimentari negli utili decenni, in relazione all'evoluzione ed all'espansione dell'utilizzo della tecnologia e dei media sociali.

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

### 3.2 Strumento di indagine: EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) (per maggiori dettagli si veda l'Allegato 1)

La revisione della bibliografia presente in letteratura ha permesso di individuare il questionario EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) (Allegato 1), test di autovalutazione, che indaga alcuni atteggiamenti, preoccupazioni e caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare, come strumento valido per lo studio.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Infermiera\_giulia, *Questionario di tesi*,

[https://www.tiktok.com/@infermiera\\_giulia/video/7264978102994963744?is\\_from\\_webapp=1&sender\\_device=pc&web\\_id=7297174811825276448](https://www.tiktok.com/@infermiera_giulia/video/7264978102994963744?is_from_webapp=1&sender_device=pc&web_id=7297174811825276448), 2023

<sup>37</sup> Garner, DM, Olmsted, MP, Bohr, Y., & Garfinkel, PE., *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*, *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878, doi:10.1017/S0033291700049163, 1982

Durante lo sviluppo della scala Garner et al. (1982) validarono la versione lunga (EAT-40) e la versione corta (EAT-26) con 160 donne con anoressia nervosa e confrontarono i risultati con un campione di 140 donne sane.<sup>38</sup>

Il questionario EAT-26 è uno strumento di screening utile per valutare il “rischio di disturbi alimentari”. Lo screening 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. È importante ricordare che EAT-26 da solo non fornisce una diagnosi specifica di un disturbo alimentare. Né l'EAT-26, né qualsiasi altro strumento di screening, è stato ritenuto altamente efficace come unico mezzo per identificare i disturbi alimentari.<sup>39</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 26 è invertita: 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 6, 7, 16, 17, 22 e 23);
- Preoccupazione rispetto al peso corporeo (items 1, 2, 11, 12 e 14);
- Preoccupazione per il cibo (items 3, 4, 5, 10, 15, 18 e 21);
- Pressione sociale (items 8, 13, 19 e 20);
- Controllo orale e vomito (items 9, 24 e 25).

Al test è stato allegato una presentazione in cui è stato specificato l'obiettivo dell'indagine ed un questionario socio-anagrafico.

---

<sup>38</sup> Garner, DM, Olmsted, MP, Bohr, Y., & Garfinkel, PE., *op. cit.*

<sup>39</sup> The Eating Attitudes Test (EAT-26), <https://www.eat-26.com/>, ultimo accesso: 22/09/2023





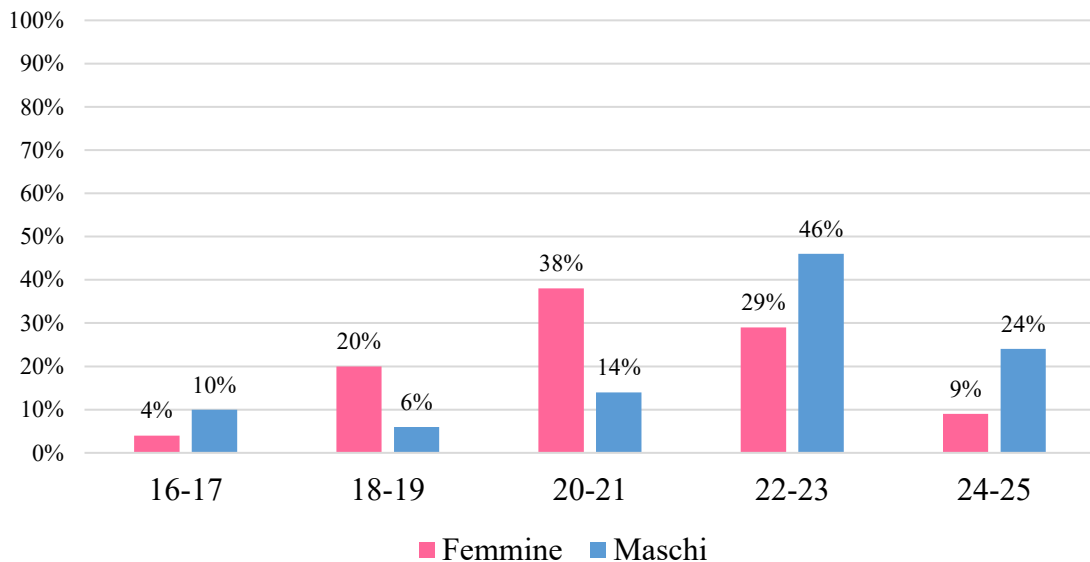
## CAPITOLO 4: RISULTATI E DISCUSSIONE DATI EMERSI

### 4.1 Dati anagrafici

Sono stati compilati 285 questionari, di cui 5 non sono stati presi in considerazione nella rielaborazione dei dati per mancanza di dati essenziali nell'analisi di essi. In 3 questionari non è stato inserito il peso corporeo.

Sono stati analizzati, quindi, 280 questionari, di cui 230 femmine (82,1%) e, 50 maschi (17,9%); suddivisi come segue per età:

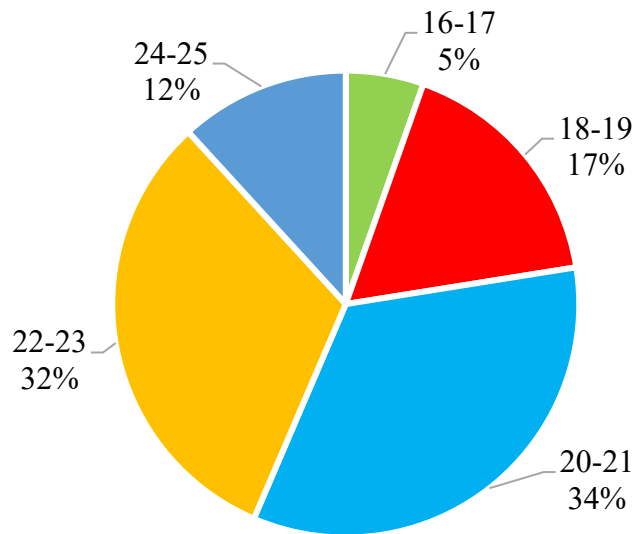
*Grafico 2. Campione per genere e per età*



La maggior parte del campione delle femmine è rappresentato dall'età 20-21 con il 38% corrispondente a 88 ragazze. Il campione dei maschi è rappresentato maggiormente dall'età 22-23 con il 46%, corrispondente a 23 ragazzi.

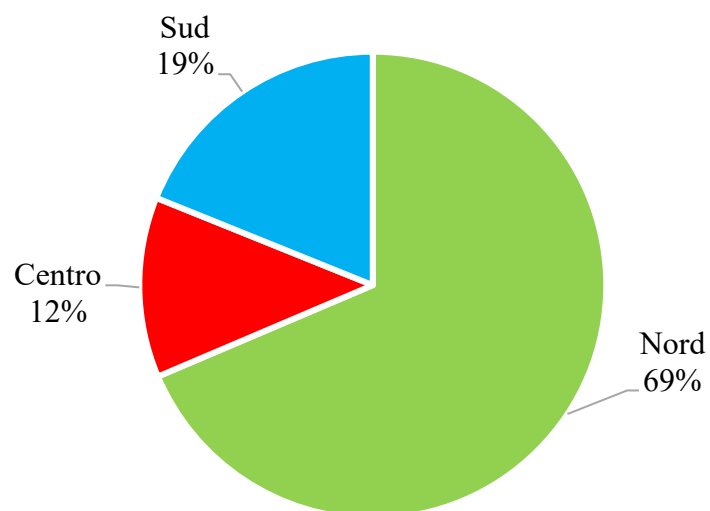
Il campione totale è composto maggiormente da persone di età compresa tra i 20-21 anni pari al 34% e tra i 22-23 anni pari al 32%.

Grafico 3. Campione per età



È stato inoltre chiesto di inserire la regione di provenienza da cui è emerso la maggior parte del campione, pari al 68,6%, vive in una regione del nord Italia. I ragazzi veneti rappresentano il 41,8%.

Grafico 4. Campione per provenienza



## 4.2 Indice di massa corporea

È stato chiesto di indicare peso ed altezza per calcolare l'indice di massa corporea (BMI - Body mass index), indicatore di riferimento dello stato di peso forma espresso come il rapporto tra il peso (espresso in kg) e il quadrato dell'altezza (espressa in metri). L'interpretazione del BMI viene effettuata secondo i criteri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>40</sup>:

- Grave magrezza: < 16,00;
- Sottopeso: 16,00 - 18,49;
- Normopeso: 18,50 - 24,99;
- Sovrappeso: 25,00-29,99;
- Obeso classe 1: 30,00-34,99;
- Obeso classe 2: 35,00-39,99;
- Obeso classe 3:  $\geq$  40,00.

Ne è risultato che le ragazze presentano in media un BMI inferiore rispetto ai ragazzi, 22,00 per le ragazze, contro il 23,85 per i ragazzi; entrambi i range rientrano nella fascia di normopeso.

È stato riscontrato che il 1,3% ragazze risultano essere in grave magrezza, l'11,3% in sottopeso, il 70,9% in normopeso, il 13% in sovrappeso, il 3% in obesità di classe I, nessuna in obesità di classe II e lo 0,4% appartenente al range di obesità classe III (per maggiori dettagli si veda Tabella I, Allegato 2).

Per quanto riguarda i 50 ragazzi, nessuno risulta essere in grave magrezza, il 2% in sottopeso, il 72% in normopeso, il 20% in sovrappeso, il 6% in obesità di classe I e nessuno appartiene al range di obesità classe II e III (per maggiori dettagli si veda Tabella II, Allegato 2).

---

<sup>40</sup> Ministero della Salute, *Calcolo Indice massa corporea - IMC (BMI - Body mass index)*, <https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioIMCNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5479&area=nutrizione&menu=vuoto>, 2022, ultimo accesso: 22/09/2023

Grafico 5. Percentuali Indice di massa corporea, per genere

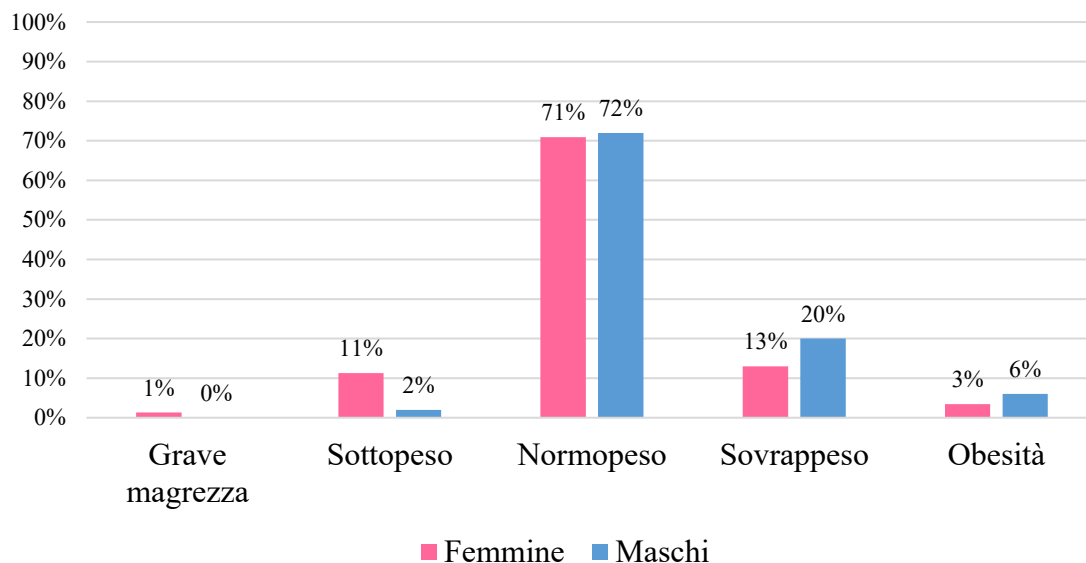
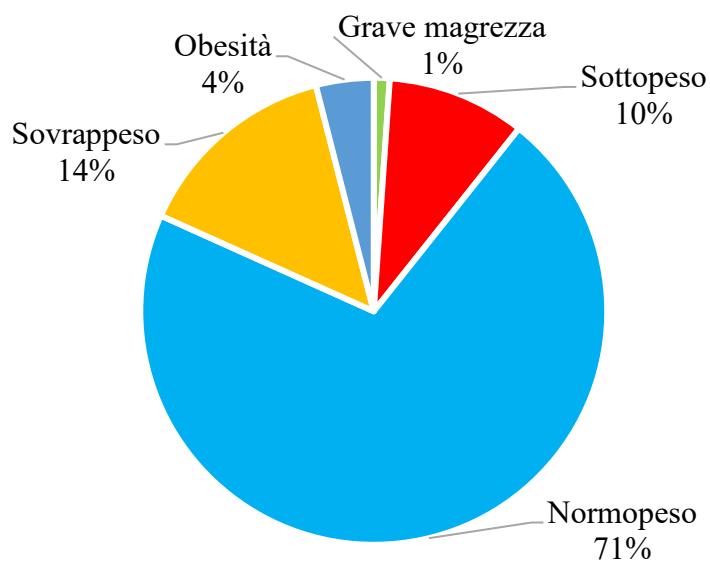


Grafico 6. Indice di massa corporea



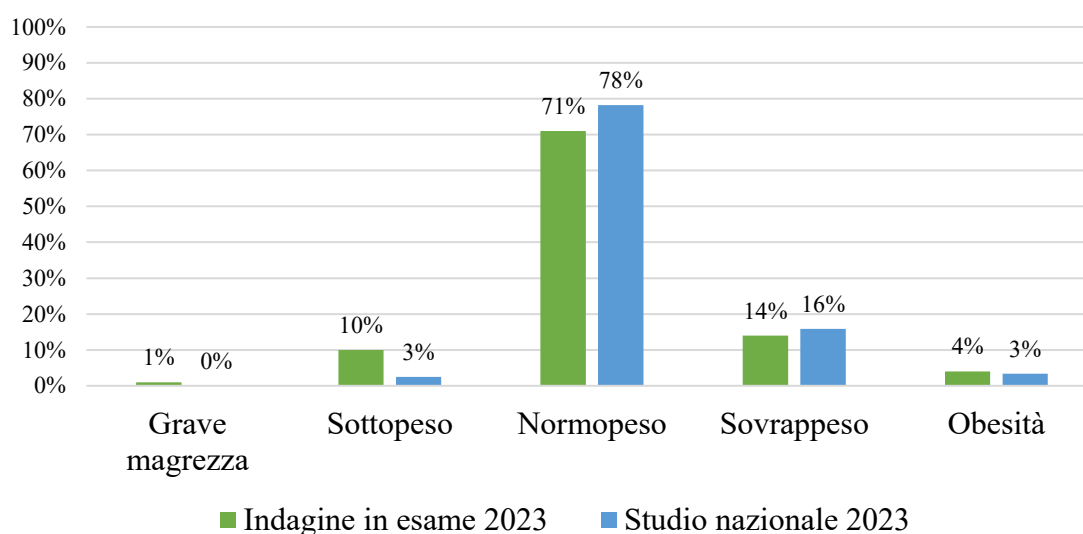
Si può notare nel campione preso in esame, che le ragazze tendono ad uno stato di sottopeso e grave magrezza con una percentuale del 12,6% del totale delle ragazze contro, solo il 2% dei ragazzi.

Al contrario, il 26% dei ragazzi risulta essere in sovrappeso o obeso contro, il 16,4% delle ragazze.



I risultati ottenuti dallo studio (per maggiori dettagli si veda Tabella III, Allegato 2) sono in linea con studi nazionali<sup>41</sup> che rilevano il 2,5% degli adolescenti in sottopeso, 78,2% in normopeso, 15,9% in sovrappeso e il 3,4% obeso. Nel campione analizzato sono stati riscontrati un maggiore numero di persone sottopeso; 9,6% contro il 2,5%.

*Grafico 7. Percentuali Indice di Massa Corporea a confronto con studio nazionale*



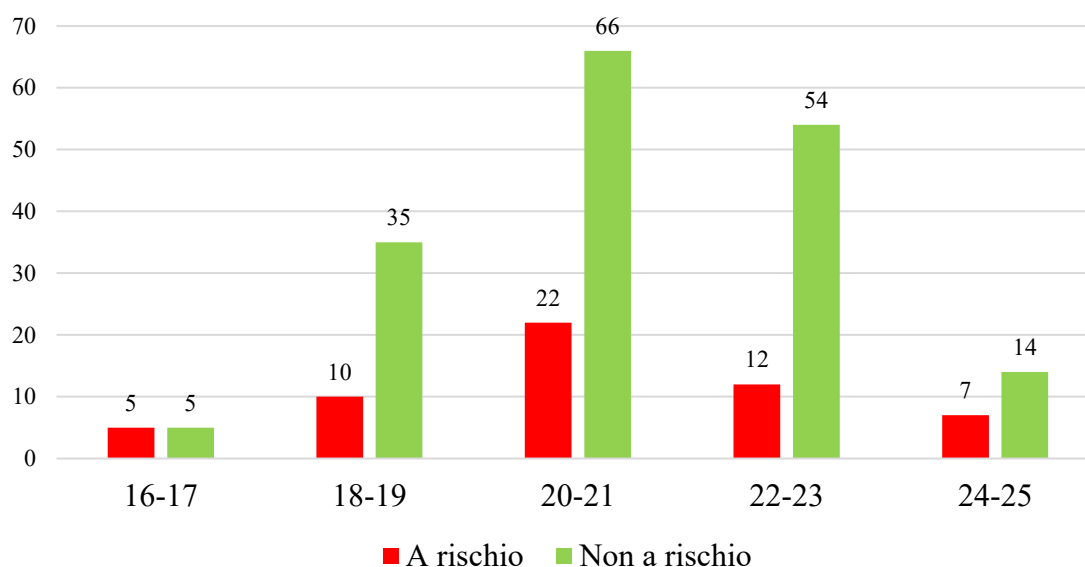
### 4.3 Rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare rilevato

Si arriva poi al questionario di screening EAT-26 (Allegato 1). Per ogni domanda è stato chiesto di indicare una preferenza tra sempre, molto spesso, spesso, qualche volta, raramente e mai dove ognuna corrisponde ad un punteggio, per valutare atteggiamenti e comportamenti alimentari considerati a rischio per lo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare.

Analizzando i punteggi ottenuti dalla somma di ogni risposta data ad ogni questionario è risultato che 56 ragazze su 230, pari al 24,35%, presentano un punteggio superiore a 20 e quindi sono a rischio di sviluppare un disturbo nutrizionale e alimentare.

<sup>41</sup> Epientro, *La salute dei diciassettenni*, <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/8-2-2023/La%20salute%20dei%20diciassettenni.pdf>, 2023, ultimo accesso: 29/09/2023

Grafico 8. Rischio di sviluppo DCA, femmine per età

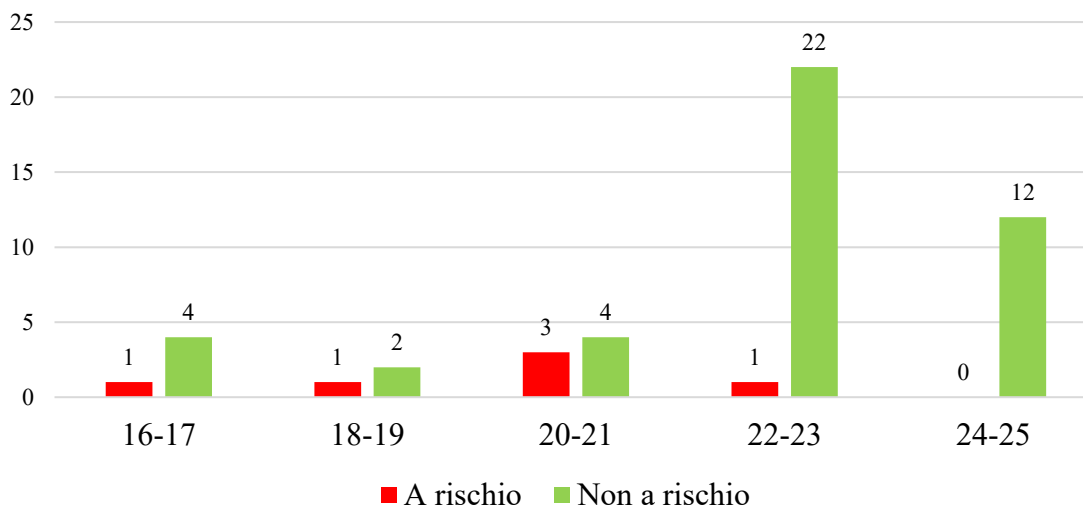


Dal grafico 8 si può notare che il 50% delle ragazze appartenenti alla fascia d'età 16-17 presentano un rischio di sviluppare un disturbo alimentare; il 22% della fascia d'età 18-19, il 25% della fascia d'età 20-21, il 18% della fascia d'età 22-23 ed il 33% appartenenti alla fascia d'età 24-25 (per maggiori dettagli si veda Tabella IV, Allegato 2).

Interessante il confronto con i dati che ne derivano dall'analisi dei punteggi dei questionari dei maschi, solamente 6 ragazzi su 50 (12%) presentano un punteggio superiore o uguale a 20, quindi con il rischio di sviluppare un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione; quasi esattamente la metà delle femmine a rischio DCA (24,35% delle femmine contro il 12% dei maschi).

Dal grafico 9 si può notare che il 20% dei ragazzi appartenente alla fascia d'età 16-17 presenta un rischio di sviluppare un disturbo alimentare; il 33% della fascia d'età 18-19, il 43% della fascia d'età 20-21, il 4% della fascia d'età 22-23 e nessuno appartenente alla fascia d'età 24-25 (per maggiori dettagli si veda Tabella V, Allegato 2).

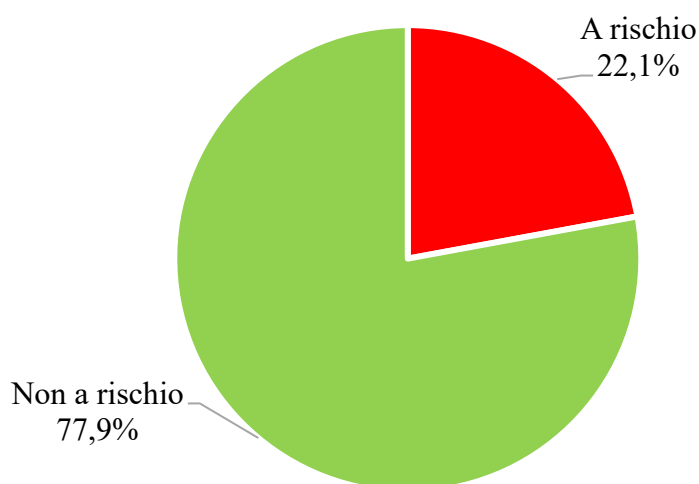
Grafico 9. Rischio di sviluppo DCA, maschi per età



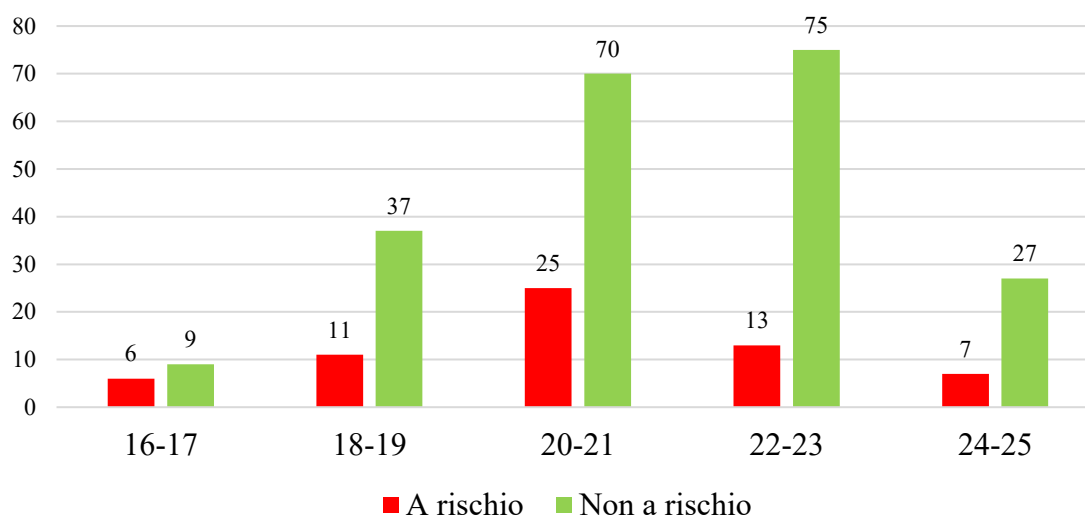
Il rischio di sviluppare un disturbo alimentare è da ritenersi preoccupante per le percentuali emerse ed in particolar modo nelle ragazze, a conferma dei dati nazionali che vedono una prevalenza dei DCA nelle femmine.

Sommando i risultati ottenuti delle femmine e dei maschi, ne risulta che il 22,1% del campione totale è a rischio di sviluppare un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questi dati possono essere considerati allarmanti per le ragazze ed i ragazzi italiani e per il Sistema Sanitario Nazionale (per maggiori dettagli si veda Tabella VI, Allegato 2).

Grafico 10. Rischio di sviluppo DCA, intero campione



*Grafico 12. Rischio di sviluppo DCA totale per età, intero campione*



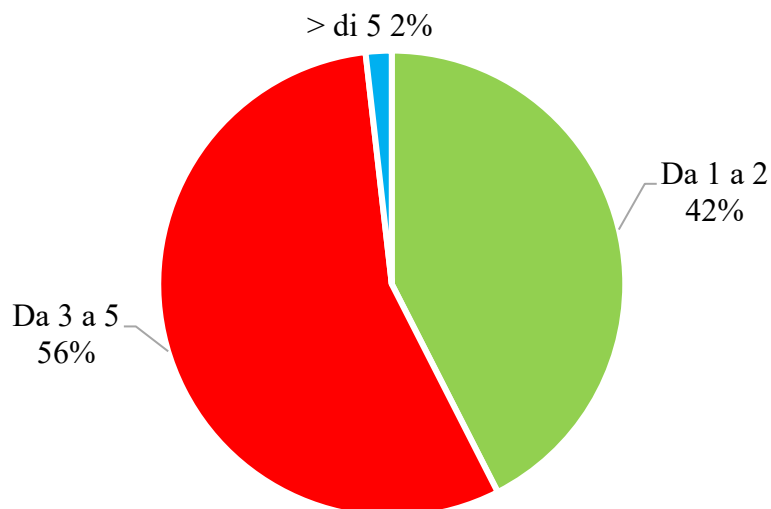
#### **4.4 Utilizzo dei media sociali**

Per conoscere la correlazione con un eventuale rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione, è stato chiesto loro quanti media sociali utilizzano.

Il 55,7% del campione utilizzano da 3 a 5 media sociali, il 42,5% utilizzano da 1 a 2 media sociali, ed il 1,8% utilizzano più di 5 media sociali (per maggiori dettagli si veda Tabella VII, Allegato 2).

Calcolando la media dei media sociali utilizzati dagli adolescenti presi in esame, è risultato che ognuno di loro ne utilizza circa 3.

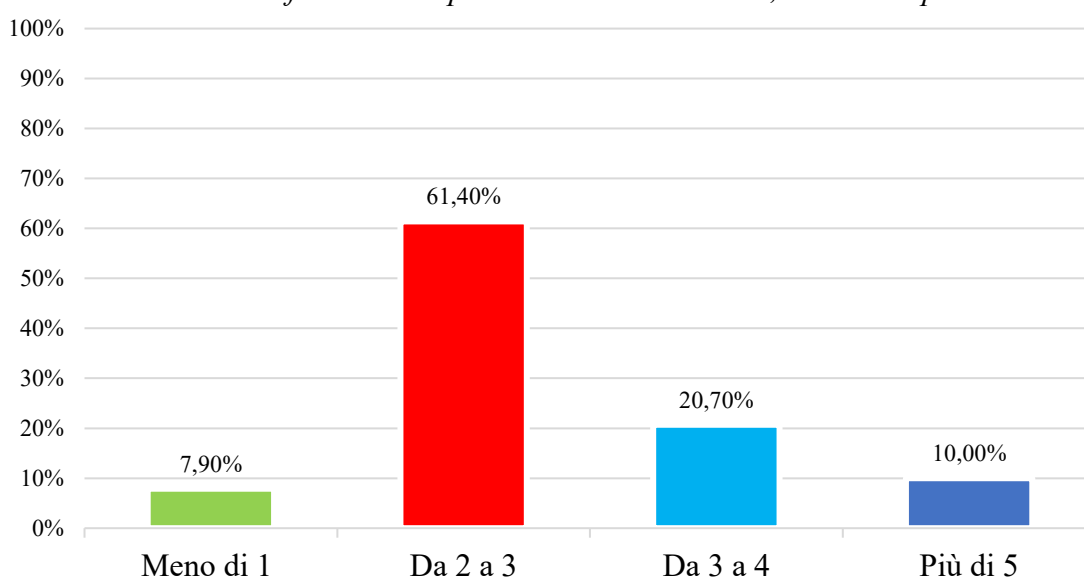
Grafico 13. Iscrizioni ai media sociali, intero campione



Si è osservato che il campione delle femmine fa un uso maggiore di media sociali, il 59% infatti, utilizza da 3 a 5 media sociali o più, contro il 50% dei maschi.

È stato anche chiesto di indicare quanto tempo i ragazzi passano ogni giorno sui media sociali. Ne è risultato che il 61,4% del campione passano da 2 a 3 ore al giorno nei media sociali, il 20,7% passano da 4 a 5 ore, il 10% passano più di 5 ore e 22 ed il 7,9% passano meno di 1 ora (per maggiori dettagli si veda Tabella VIII, Allegato 2).

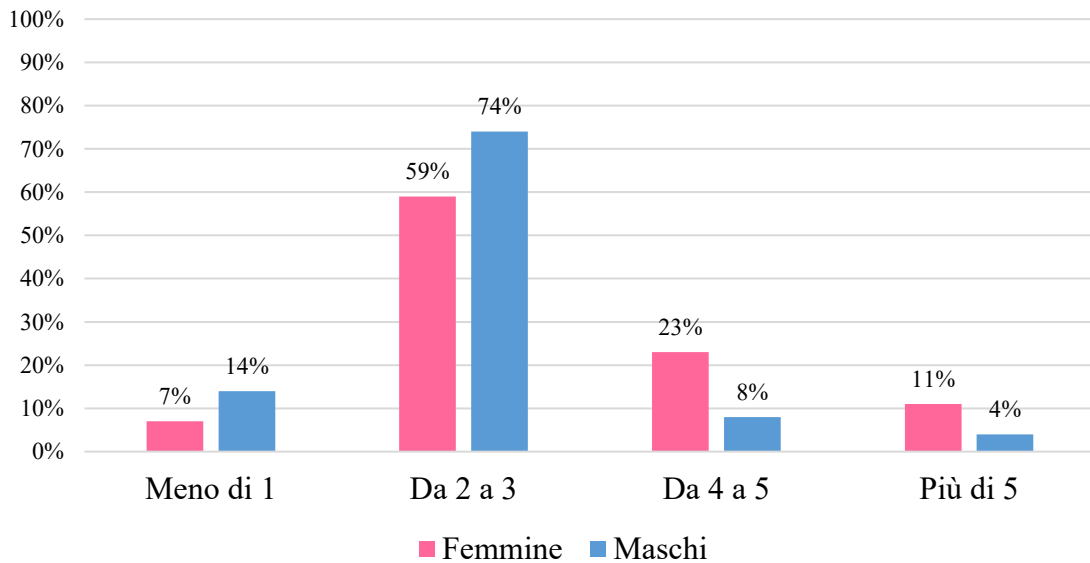
Grafico 14. Ore passate sui media sociali, intero campione



Calcolando la media è emerso che gli adolescenti passano ogni giorno 3 ore e 5 minuti sui media sociali.

Dai grafici 15 si può notare che in media sia le femmine che i maschi passano per la maggior parte del campione esaminato dalle 2 alle 3 ore al giorno sui media sociali.

*Grafico 15. Ore passate sui media sociali, per genere*



È ben noto, anche grazie a diversi studi, che i ragazzi d'oggi utilizzino regolarmente la tecnologia ed i media sociali. È interessante notare come tutto ciò faccia parte della quotidianità ed occupi diverse ore ogni giorno.

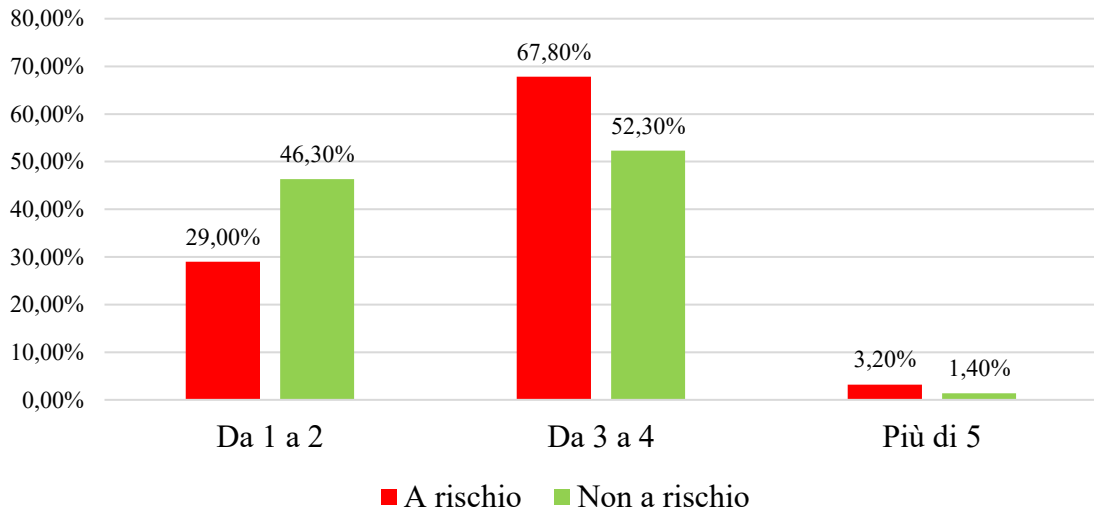
#### **4.5 Uso dei media sociali e rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare**

Analizzando tutte le adolescenti che presentano un punteggio superiore o uguale a 20, quindi con rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione, si è visto che più del 64% utilizza regolarmente da 3 a 5 media sociali.

Anche nei maschi è stato riscontrato che l'83% di coloro che hanno raggiunto un punteggio superiore o uguale a 20, quindi a rischio di sviluppare un DCA, utilizzano da 3 a 5 media sociali (per maggiori dettagli si veda Tabella IX, Allegato 2).

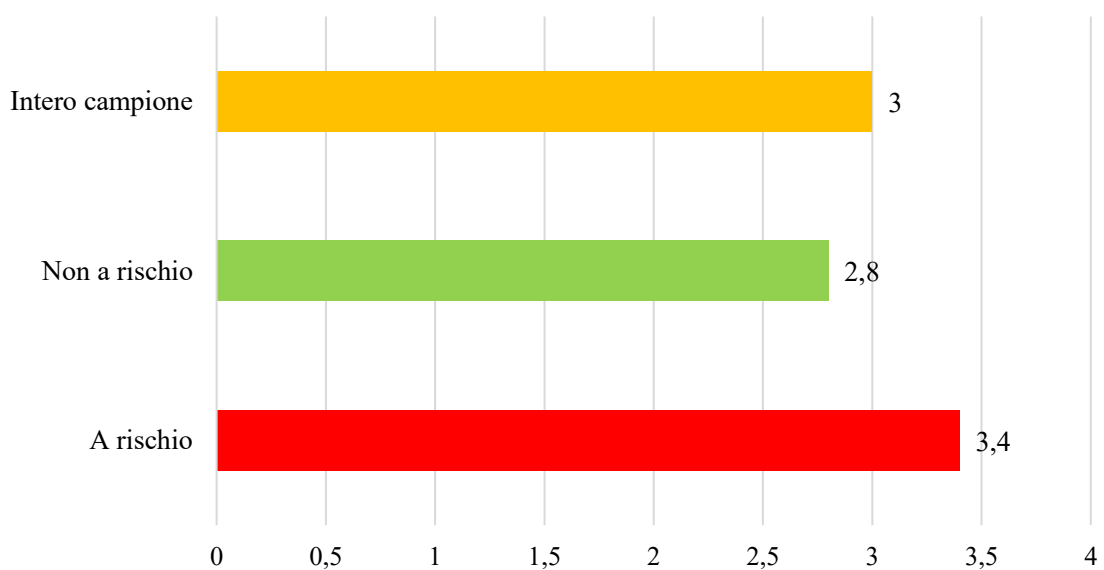
Mettendo a confronto i dati delle persone a rischio di sviluppare un disturbo alimentare con quelle non a rischio sono emersi i seguenti dati:

*Grafico 16. Iscrizioni media sociali e rischio DCA*



Interessante è il confronto tra la media dei media sociali utilizzati: i ragazzi a rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare utilizzano 3,4 media sociali, contro i 2,8 delle persone non a rischio.

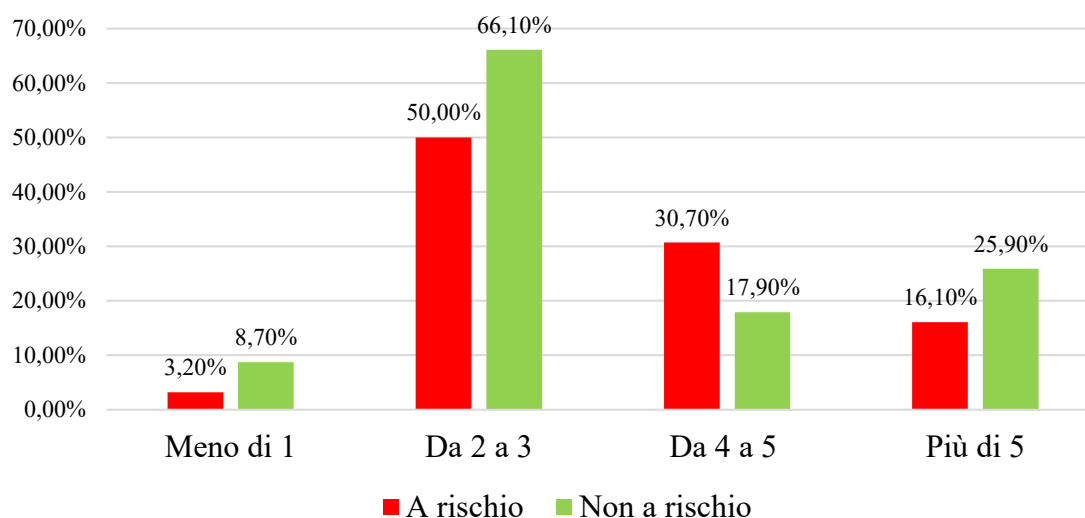
*Grafico 17. Medie utilizzo media sociali*



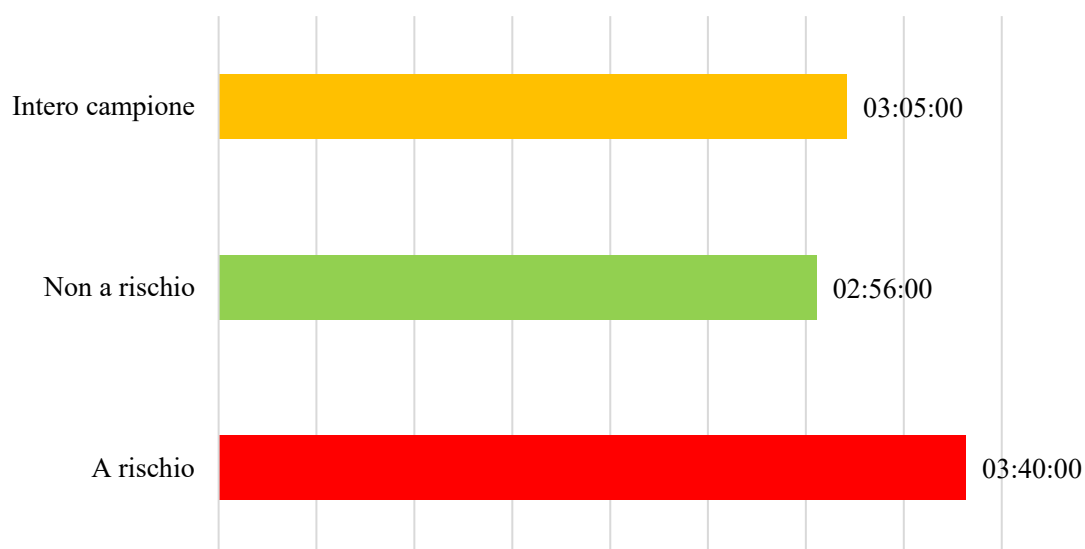
Per quanto riguarda le ore che i giovani passano nei media sociali, è risultato che il 52% del campione a rischio DCA passa dalle 2 alle 3 ore sui media sociali ogni giorno, il 29% da 4 a 5, il 16% più di 5 ore e solamente il 3% dei ragazzi passa meno di un'ora al giorno sui media sociali (per maggiori dettagli si veda Tabella X, Allegato 2).

Confrontando le ore passate sui media sociali dagli adolescenti a rischio di sviluppare un DCA con quelli non a rischio sono emersi i dati dei grafici 18 e 19.

*Grafico 18. Ore passate sui media sociali e rischio DCA*



*Grafico 19. medie ore passate sui media sociali*





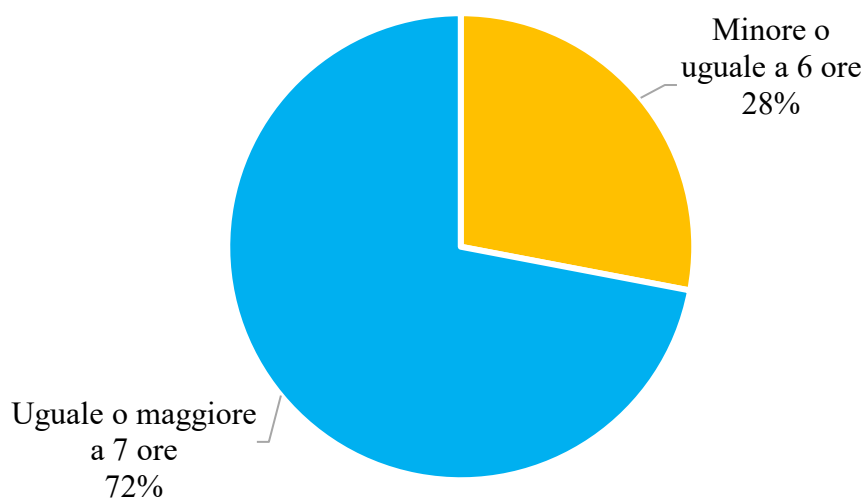
Dal confronto delle medie delle ore passate sui social media risulta che i ragazzi con rischio di sviluppare un disturbo alimentare trascorrono 3 ore e 40 minuti al giorno contro le 2 ore e 56 minuti degli adolescenti non a rischio.

#### 4.6 Ore di sonno e rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare

È stato poi chiesto ai ragazzi ed alle ragazze di indicare il numero di ore che dormono ogni notte per conoscere la correlazione con un eventuale rischio di sviluppare un disordine alimentare.

È risultato che 134 persone, pari al 47,9% del totale del campione dormono 7 ore a notte, il 23% pari a 67 soggetti dormono più di 8 ore, il 20,7% pari a 58 soggetti dormono 6 ore ed il 7,5% pari a 21 soggetti dormono meno di 6 ore a notte.

*Grafico 20. Ore di sonno per notte, intero campione*

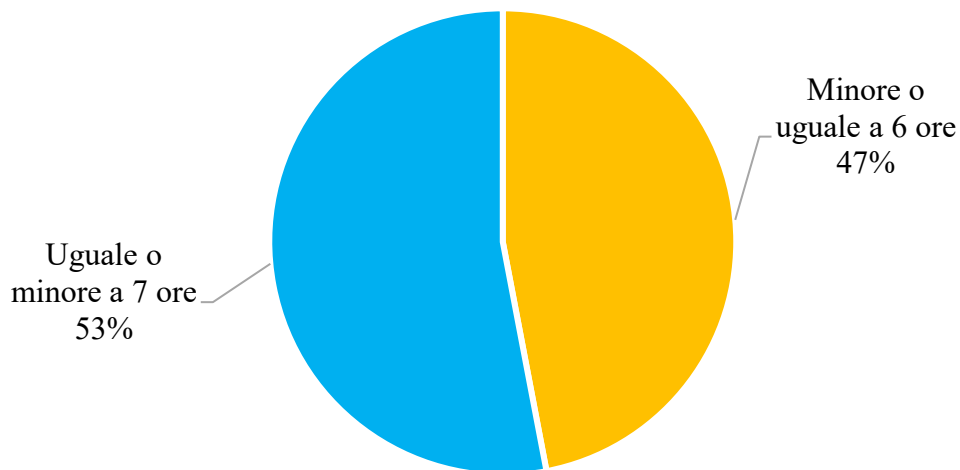


Prendendo in considerazione solo i soggetti che hanno ottenuto un risultato maggiore o uguale a 20 nel test EAT-26, il 37,1% dorme 7 ore a notte, il 30,6% dorme 6 ore, il 16,1% dormono più di 8 ore come anche gli adolescenti che ne riposano per meno di 6 ore (per maggiori dettagli si veda Tabella XI, Allegato 2).

Come si può notare, mettendo a confronto il grafico 20 che tiene in considerazione il campione totale con il grafico 21 che tiene in considerazione solo i giovani con rischio di DCA, la percentuale dei soggetti che dormono meno di 6 ore o 6 ore è maggiore.

Considerando che, agli adolescenti (14-17 anni) sarebbe raccomandato dormire dalle 8 alle 10 ore e ai giovani adulti (18-25 anni) sarebbe raccomandato dormire dalle 7 alle 9 ore, ben 83,9% persone a rischio di sviluppare un DCA dormono meno di quanto previsto dalle raccomandazioni.<sup>42</sup>

*Grafico 21. Ore di sonno per notte nei soggetti a rischio DCA*



Confrontando le ore di sonno che gli adolescenti con rischio di DCA dormono ogni notte con gli adolescenti non a rischio è emerso quanto segue.

---

<sup>42</sup> Gallimberti L., *op. cit.*, pag. 45

Grafico 22. Ore di sonno per notte e rischio DCA

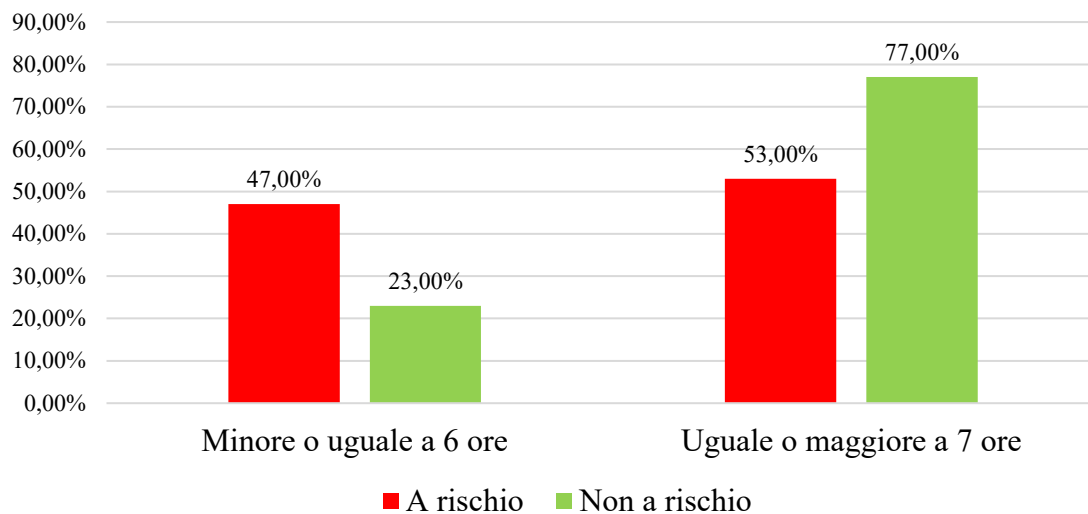
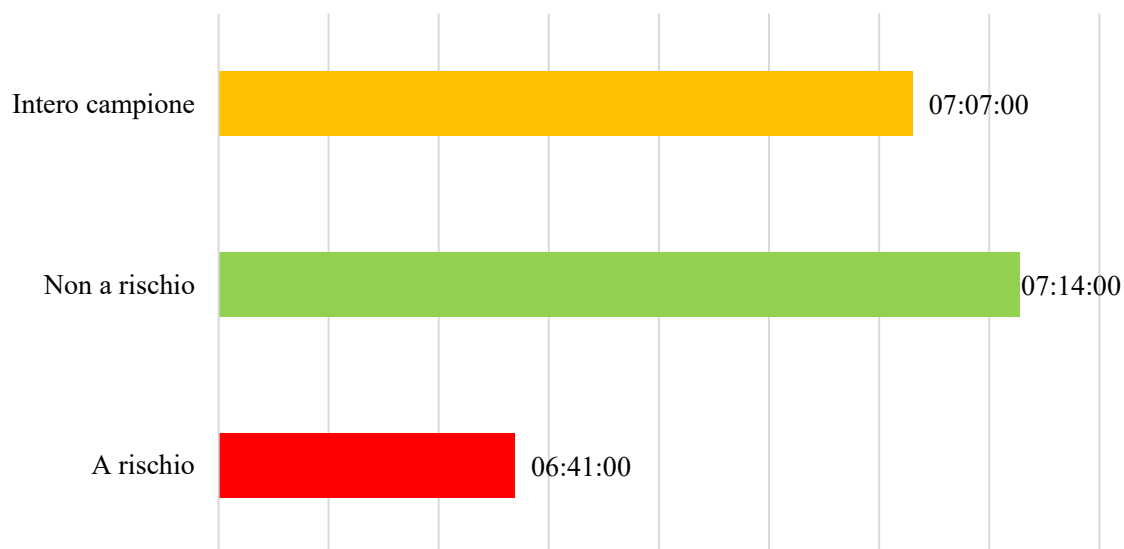


Grafico 23. Medie ore di sonno



Dall'elaborazione dei dati si può notare che i ragazzi con rischio di sviluppare un DCA dormono in media 35 minuti in meno delle persone non a rischio.

#### **4.7 Limiti dello studio**

I dati ottenuti dallo studio devono essere interpretati tenendo conto che la diffusione e la compilazione del questionario sono avvenuti tramite i media sociali, Instagram e Tik Tok, e pertanto, non è possibile avere la certezza della veridicità dell'età e di tutte le altre informazioni reperite.

Altra limitazione riscontrata è avvenuta nella rielaborazione dei dati poiché, non tutti i giovani hanno compilato correttamente i campi, in quanto le informazioni mancanti erano fondamentali per il calcolo del BMI e per l'analisi dei dati.

Nonostante i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione siano un tema molto discusso nella società moderna, nella bibliografia reperita in letteratura, sono presenti ancora poche informazioni riguardanti interventi preventivi attuati dal personale infermieristico. Inoltre, gli strumenti di screening validati, sono utilizzati in modo solamente per studiare, valutare e monitorare l'entità del problema su campioni ristretti di adolescenti.

#### **4.8 Ruolo dell'infermiere nell'educazione e promozione della salute**

In Italia la diagnosi ed il trattamento dei DCA sono condizionati principalmente da tre problematiche:

1. Disinformazione;
2. Limiti conoscitivi su trattamenti e cure precoci;
3. Mancanza di programmi ed assistenza di centri specializzati sul territorio.<sup>43</sup>

Tra gli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale, il Ministero della Salute si impegna:

- a promuovere nelle scuole di ogni ordine e grado programmi di prevenzione rivolti ad alunni e insegnanti e condotti da professionisti per promuovere l'autostima, un corretto stile alimentare, l'importanza di una sana attività fisica focalizzati sull'accettazione del proprio corpo;
- a promuovere lo sviluppo e la diffusione di “app” gratuite destinate alla divulgazione di informazioni concernenti la nutrizione e l'educazione a una sana e corretta alimentazione, anche legata a particolari condizioni;

---

<sup>43</sup> Dalle Grave, R., *Come vincere i disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2012

- ad avviare campagne di comunicazione istituzionale in tema di promozione di stili di vita salutari e focalizzate su una corretta alimentazione, attraverso il servizio pubblico radiofonico, televisivo e multimediale e i canali web e social istituzionali, allo scopo di prevenire le malattie legate all'alimentazione e promuovere il benessere psico-fisico;
- ad avviare campagne di comunicazione volte alla promozione di stili di vita salutari e una corretta alimentazione in occasione delle maggiori competizioni sportive agonistiche nazionali e internazionali;
- a promuovere, in maniera diffusa a capillare, campagne di comunicazione istituzionale utilizzando tutti i canali, anche web e social, finalizzate a una maggiore diffusione della conoscenza del numero verde «SOS disturbi alimentari» 800 180 969;
- a riconoscere l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata come malattie sociali.<sup>44</sup>

In tutte le iniziative sopra indicate l'infermiere assieme ad altri professionisti della salute svolge un ruolo centrale nella prevenzione come ricorda il Profilo Professionale, approvato con il D.M. del 14 settembre 1994 n. 739, dove nell'articolo 1 al comma 2 è scritto: *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono: la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”*.

Gli interventi per prevenire ed affrontare i problemi legati ai DCA sono descritti in numerose linee guida internazionali fondate sui risultati delle cure e sull'esperienza di chi ha trattato a lungo queste patologie. Trattandosi di problemi che riconoscono una molteplicità di cause, è raccomandato un supporto multidisciplinare che permetta di affrontare i DCA nei loro vari aspetti: psicologici, fisici, nutrizionali, e di mantenimento. I programmi di prevenzione che hanno ottenuto i risultati migliori sono quelli scolastici attuati in ragazze di età maggiore di 15 anni, utilizzando incontri multipli, in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo.

È essenziale promuovere la diagnosi precoce di questi disturbi, attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la creazione di sportelli di consulenza e la sensibilizzazione di pazienti, famiglie e

---

<sup>44</sup> Camera dei deputati, *op. cit.*

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

I disturbi dell'alimentazione possono anche influire negativamente sullo sviluppo corporeo e sulla salute fisica e psicosociale, comportando, a volte, problemi cronici e acuti. Per questo, il Ministero della Salute nel marzo 2018 ha pubblicato un documento nominato "Codice Lilla" riguardante gli interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione e l'attuazione di cure mirate dei pazienti con DCA in Pronto Soccorso.<sup>45</sup>

Il 15 marzo, a partire dal 2018, si celebra la "Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla" dedicata ai disturbi del comportamento alimentare per creare maggiore consapevolezza verso queste malattie.<sup>46</sup> Il colore lilla rappresenta la speranza e il coraggio delle persone che lottano.

---

<sup>45</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](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null), 2021, ultimo accesso: 17/09/2023

<sup>46</sup> Ministero della Salute, *Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla 2023*, [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal ministero&id=6190#:~:text=Il%2015%20marzo%20si%20celebra,oggetto%20di%20attenzione%20sanitaria%20e](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal ministero&id=6190#:~:text=Il%2015%20marzo%20si%20celebra,oggetto%20di%20attenzione%20sanitaria%20e), 2023, ultimo accesso: 17/09/2023







## CONCLUSIONI

Dietro una persona affetta da disturbi del comportamento alimentare, spesso si nascondono problemi più profondi e logoranti che spingono a vivere condizioni di isolamento e ansia perenni.

Coloro che soffrono di DCA richiedono particolare attenzione ed interventi specifici volti sia alla sfera fisico-clinica, ma soprattutto a quella psico-relazionale.

Per questo motivo l'infermiere svolge un ruolo importante per aiutare i pazienti a comprendere al meglio la loro condizione, per scoprire e riscoprire la loro identità, imparare ad accettarsi e per migliorare la propria immagine corporea.

La figura dell'infermiere inoltre ha il ruolo di mediatore tra paziente, familiari e gli altri professionisti della salute in quanto passa molto tempo con il malato e per questo molto spesso acquisisce la sua fiducia.

I risultati della presente indagine evidenziano, come nella biografia reperita in letteratura, che la diffusione nei giovani dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è presente ed in forte aumento. Grazie alla somministrazione del questionario EAT-26 si è riusciti a comprendere l'entità dei DCA nel territorio nazionale italiano e la correlazione con l'utilizzo dei media sociali e con le ore di sonno degli adolescenti.

Il questionario EAT-26 è uno strumento di screening utile per valutare il "rischio di disturbi alimentari" e, potrebbe essere utilizzato nelle scuole di tutti i gradi, all'università e in altri campioni a rischio speciale come gli atleti che rappresentano i contesti più frequentati dagli adolescenti.

Lo screening 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 o addirittura la morte.

A conclusione dell'elaborato di tesi i dati scientifici raccolti verranno pubblicati sui media sociali, quali Instagram e Tik Tok, tramite la creazione di post e video come restituzione di ciò che è emerso al fine di aumentare la consapevolezza del problema.



## BIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Abdou, T. A., Esawy, H. I., Mohamed, G. A. R., Ahmed, H. H., Elhabiby, M. M., Khalil, S. A., & El-Hawary, Y. A., *Sleep profile in anorexia and bulimia nervosa female patients*, Sleep Medicine, 2018
2. Allison, K. C., Spaeth, A., & Hopkins, C. M., *Sleep and eating disorders*, Current psychiatry reports, 18(10), 1-8, 2016
3. American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi alimentari* (5<sup>a</sup> ed.), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014
4. Barca, L., & Pezzulo, G., *Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa. Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 20(2), 427–440, <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6>, 2020
5. Camera dei deputati, *Testi allegati all'ordine del giorno della seduta n. 148, mozioni concernenti iniziative volte alla prevenzione e alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*, <https://documenti.camera.it/leg19/odg/assemblea/xhtml/2023/07/27/20230727.html>, 2023
6. Casolari, P., Simonetti, G., AA. VV., *Quaderni del Ministero della Salute, Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*, Roma, 2013
7. Colombo G., *Elementi di psichiatria*, CLEUP, Padova, 2008
8. Dalla Grave, R. & Calugi, S., *I disturbi dell'alimentazione. Cosa sono? Come affrontarli?* AIDAP - Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso, Verona, 2015
9. Dalla Ragione, L. & Vanzetta, R., *Social Fame. Adolescenza, social media e disturbi alimentari.*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2023
10. Dallari, V., *Non mi sono mai piaciuta*, Edizioni Piemme, Milano, 2019
11. Disturbi alimentari Veneto, *Cosa sono i DCA*, Regione del Veneto, <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/>
12. Dalle Grave, R., *Come vincere i disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2012

13. Della Marca, G., Farina, B., Di Giannantonio, M., De Risio, S., Ciocca, A. & Mazza, M., *Microstructure of sleep in eating disorders: preliminary results*, Eat Weight Disord; 9:77- 80, 2004
14. Dement, W.C. & Vaughan, C., *Il sonno e i suoi segreti. Dormire bene per vivere meglio*, Baldini&Castoldi, Milano, 2001
15. EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità, *Anoressia e bulimia. Informazioni generali*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>
16. EpiCentro, *La salute dei diciassetenni*, <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/8-2-2023/La%20salute%20dei%20diaciassetenni.pdf>, 2023
17. Gallimberti, U., & Raggi A., *Umberto Gallimberti: Il corpo e l'anoressia*, Milano, <https://www.youtube.com/watch?v=RiZbjGstF0M>, 2022
18. Gallimberti L., *Guarire il paziente, curare la persona. Dalla clinica alla prevenzione delle dipendenze*, Rizzoli libri, Segrate, 2023
19. Garner, DM, Olmsted, MP, Bohr, Y., & Garfinkel, PE., *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*, Psychological Medicine, 12(4), 871-878, doi:10.1017/S0033291700049163, 1982
20. Gordon, R. A., *Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004
21. Infermiera\_giulia, *Questionario di tesi*, [https://www.tiktok.com/@infermiera\\_giulia/video/7264978102994963744?is\\_from\\_webapp=1&sender\\_device=pc&web\\_id=7297174811825276448](https://www.tiktok.com/@infermiera_giulia/video/7264978102994963744?is_from_webapp=1&sender_device=pc&web_id=7297174811825276448), 2023
22. Istituto Superiore di Sanità, *Anoressia e bulimia. Informazioni generali*, <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>
23. Lauer, CJ. & Krieg, JC., *Sleep in eating disorders*, Sleep Med Rev; 8;109-18, 2004
24. Ministero della Salute, *Calcolo Indice massa corporea - IMC (BMI - Body mass index)*, <https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioIMCNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5479&area=nutrizione&menu=vuoto>, 2022
25. Ministero della Salute, *Disturbi dell'alimentazione*, <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie#:~:text=I%20Disturbi%20della%20Nutrizione%20e,alterata%20percezione%20dell'immagine%20corporea>, 2023

26. Ministero della Salute, *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, convegno in streaming sulla mappatura dei Centri*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioNotizieSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5763>, 2022
27. Ministero della Salute, *DNA - Dati epidemiologici*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6029&area=salute%20mentale&menu=DNA>, 2023
28. Montecchi, F., *I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 2016
29. Ospedale Maria Luigia, *Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura.*, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa/>, 2023
30. Ospedale Maria Luigia, *Bulimia nervosa. Cause, sintomi e cura*, <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/bulimia-cause-sintomi-cura/>, 2022
31. Spina, G., *Disturbi del comportamento alimentare: boom di casi con la pandemia da SARS-CoV-2*, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, <https://www.ospedalebambinogesù.it/disturbi-del-comportamento-alimentare-boom-di-casi-con-la-pandemia-da-sars-cov-2-149481/>, 2023
32. Santarossa, S. & Woodruff, S.J., *#SocialMedia: Exploring the Relationship of Social Networking Sites on Body Image, Self-Esteem, and Eating Disorders*, 2017
33. Simionato, S., *La diffusione dei Disturbi del Comportamento Alimentare nella preadolescenza. Un'indagine tra gli studenti della scuola Secondaria di primo grado.*, Università degli Studi di Padova, 2022
34. The Eating Attitudes Test (EAT-26), <https://www.eat-26.com/>
35. Treasure J., Duarte, T. A. & Schmidt, U. *Eating disorders*, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3), 2020
36. Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N. et al. *Anorexia nervosa. Nat Rev Dis Primers* 1. 15074 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>, 2015
37. Tzichinsky, O., Latzer, Y., Epstein, R. & Tov, N., *Sleep-wake cycles in women with binge eating disorder*, *Int J Eat Disord*; 27:43-8, 2000

38. Vardar, E., Caliyurt, O., Arikan, E., & Tuglu, C., *Sleep quality and psychopathological features in obese binge eaters*, *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2004
39. 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](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5107&lingua=italiano&menu=notizie&p=null), 2021
40. Ministero della Salute, *Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla 2023*, [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6190#:~:text=Il%2015%20marzo%20si%20celebra,oggetto%20di%20attenzione%20sanitaria%20e](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6190#:~:text=Il%2015%20marzo%20si%20celebra,oggetto%20di%20attenzione%20sanitaria%20e), 2023







## **ALLEGATI**

### **ALLEGATO 1: QUESTIONARIO**

#### **INDAGINE SULLA DIFFUSIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE RIVOLTO ALLA FASCIA D'ETA' 16-25 ANNI**

Buongiorno, mi chiamo Giulia Bianco 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 16 e 25 anni.

La compilazione del questionario richiede pochi minuti.

Grazie per la collaborazione.

*Il questionario è anonimo e non prevede la registrazione di alcun dato personale o identificativo.*

*Ai sensi del Regolamento europeo in materia di Protezione dei Dati Personali (GDPR 2016/679) e ai sensi dell'autorizzazione n. 9/2014 - 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:**

- Femmina
- Maschio
- Preferisco non specificarlo

**Età:**

- 16-17
- 18-19
- 20-21
- 22-23
- 24-25

**Peso (Kg):** \_\_\_\_\_

**Altezza (m):** \_\_\_\_\_

**Regione di provenienza:**

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia-Romagna
- Friuli-Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trentino-Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

**Grado di istruzione:**

- Diploma di scuola media di primo grado
- Diploma di scuola media di secondo grado
- Laurea

**Professione:**

- Studente
- Lavoratore
- Altro: \_\_\_\_\_

**Su quale Social Media hai reperito il questionario?**

- Instagram
- Tik Tok
- Altro: \_\_\_\_\_

**Quanti Social Media utilizzi?**

- Da 1 a 2 Social Media
- Da 3 a 5 Social Media
- > di 5 Social Media

**Qual è il Social Media che utilizzi di più?** \_\_\_\_\_

**Quante ore al giorno passi sui Social Media:**

- < 1 ora
- Da 2 a 3 ore
- Da 4 a 5 ore
- > 5 ore

**Quante ore in media dormi a notte?**

- < 6 ore
- 6 ore
- 7 ore
- > 8 ore

---

**EATING ATTITUDES TEST (EAT-26):**

**1. Sono terrorizzata/o di essere in sovrappeso:**

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

**2. Quando ho fame evito di mangiare:**

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

**3. Penso al cibo con preoccupazione:**

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

**4. Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere:**

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

**5. Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo:**

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

**6. Faccio molta attenzione al potere calorico degli alimenti che mangio:**

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

**7. Evito in particolare gli alimenti con un alto contenuto di carboidrati (ad esempio, pane, riso, patate, ecc.):**

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

**8. Sento gli altri che vorrebbero che mangiassi di più:**

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

**9. Vomito dopo aver mangiato:**

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

**10. Mi sento molto in colpa dopo aver mangiato:**

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

**11. Mi tormenta il desiderio di essere più sottile:**

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

**12. Mi sottopongo a esercizi fisici intensi per bruciare calorie:**

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

**13. Altri pensano che io sia troppo magra/o:**

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

**14. Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul mio corpo:**

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

**15. Impiego più tempo degli altri per mangiare:**

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

**16. Evitare cibi dolci:**

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

**17. Mangiare cibi dietetici:**

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

**18. Sento che il cibo controlli la mia vita:**

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

**19. Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame:**

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

**20. Sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi:**

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

**21. Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri:**

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

**22. Mi dispero se mangio dei dolci:**

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

**23. Mi impegno in programmi di dieta:**

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

**24. Mi piace che il mio stomaco sia vuoto:**

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

**25. Ho l'impulso di vomitare dopo mangiato:**

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

**26. Mi piace provare nuovi cibi elaborati:**

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

## ALLEGATO 2: DATI STATISTICI COMPLETI DEI RISULTATI

**Tabella I. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea, femmine**

	Grave magrezza		Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesità classe I		Obesità classe II		Obesità classe III	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>16-17</b>	0	0	0	0	7	3	3	1,3	0	0	0	0	0	0
<b>18-19</b>	0	0	7	3	26	11,3	8	3,5	3	1,3	0	0	1	0,4
<b>20-21</b>	1	0,4	12	5,2	67	29,1	7	3	1	0,4	0	0	0	0
<b>22-23</b>	2	0,9	6	2,6	47	20,4	9	3,9	2	0,9	0	0	0	0
<b>24-25</b>	0	0	1	0,4	16	6,9	3	1,3	1	0,4	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>26</b>	<b>11,3</b>	<b>163</b>	<b>70,9</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>

**Tabella II. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea, maschi**

	Grave magrezza		Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesità classe I		Obesità classe II		Obesità classe III	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>16-17</b>	0	0	1	2	2	4	1	2	1	2	0	0	0	0
<b>18-19</b>	0	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>20-21</b>	0	0	0	0	4	8	2	4	1	2	0	0	0	0
<b>22-23</b>	0	0	0	0	16	32	6	12	1	2	0	0	0	0
<b>24-25</b>	0	0	0	0	11	22	1	2	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>36</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Tabella III. Frequenza assoluta e percentuale indice di massa corporea, totale**

	Grave magrezza		Sottopeso		Normopeso		Sovrappeso		Obesità classe I		Obesità classe II		Obesità classe III	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>16-17</b>	0	0	1	0,4	9	3,2	4	1,4	1	0,4	0	0	0	0
<b>18-19</b>	0	0	7	2,5	29	10,3	8	2,8	3	1	0	0	1	0,4
<b>20-21</b>	1	0,4	12	4,3	71	25,5	9	3,2	2	0,7	0	0	0	0
<b>22-23</b>	2	0,7	6	2,1	63	22,5	15	5,3	3	1	0	0	0	0
<b>24-25</b>	0	0	1	0,4	27	9,6	4	1,4	1	0,4	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>9,6</b>	<b>199</b>	<b>71</b>	<b>40</b>	<b>14,3</b>	<b>10</b>	<b>3,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>



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

	<b>&gt;= 20 - rischio</b>		<b>&lt; 20 - no rischio</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>16-17</b>	5	2,2	5	2,8
<b>18-19</b>	10	4,4	35	15,2
<b>20-21</b>	22	9,6	66	28,7
<b>22-23</b>	12	5,2	54	23,5
<b>24-25</b>	7	3	14	6,1
<b>Totale</b>	<b>56</b>	<b>24,4</b>	<b>174</b>	<b>75,7</b>

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

	<b>&gt;= 20 - rischio</b>		<b>&lt; 20 - no rischio</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>16-17</b>	1	2	4	8
<b>18-19</b>	1	2	2	4
<b>20-21</b>	3	6	4	8
<b>22-23</b>	1	2	22	44
<b>24-25</b>	0	0	12	24
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>44</b>	<b>88</b>

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

	<b>&gt;= 20 - rischio</b>		<b>&lt; 20 - no rischio</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>16-17</b>	6	2,1	9	3,2
<b>18-19</b>	11	3,9	37	13,2
<b>20-21</b>	25	8,9	70	25
<b>22-23</b>	13	4,6	75	26,8
<b>24-25</b>	7	2,5	27	9,6
<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>22,1</b>	<b>218</b>	<b>77,9</b>

**Tabella VII. Frequenza assoluta e percentuale iscrizione ai media sociali**

	Da 1 a 2 media sociali		Da 3 a 5 media sociali		Più di 5 media sociali	
	F	%	F	%	F	%
<b>Femmine</b>	94	33,6	133	47,5	3	1
<b>Maschi</b>	25	8,9	23	8,2	2	0,7
<b>Totale</b>	<b>119</b>	<b>42,5</b>	<b>156</b>	<b>55,7</b>	<b>5</b>	<b>1,8</b>

**Tabella VIII. Frequenza assoluta e percentuale utilizzo dei media sociali**

	Meno di 1 ora		Da 2 a 3 ore		Da 4 a 5 ore		Più di 5 ore	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Femmine</b>	15	5,4	135	48,2	54	19,3	26	9,3
<b>Maschi</b>	7	2,5	37	13,2	4	1,4	2	0,7
<b>Totale</b>	<b>22</b>	<b>7,9</b>	<b>172</b>	<b>61,4</b>	<b>58</b>	<b>20,7</b>	<b>28</b>	<b>10</b>

**Tabella IX. Frequenza assoluta e percentuale iscrizione ai media sociali nei soggetti a rischio DCA**

	Da 1 a 2 media sociali		Da 3 a 5 media sociali		Più di 5 media sociali	
	F	%	F	%	F	%
<b>Femmine</b>	18	29	36	58	1	1,6
<b>Maschi</b>	0	0	5	8	1	1,6
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>66</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>

**Tabella X. Frequenza assoluta e percentuale utilizzo dei media sociali nei soggetti a rischio DCA**

	Meno di 1 ora		Da 2 a 3 ore		Da 4 a 5 ore		Più di 5 ore	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Femmine</b>	2	3,2	28	45,1	18	29	8	13
<b>Maschi</b>	0	0	4	6,5	0	0	2	3,2
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>	<b>32</b>	<b>51,7</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>16,2</b>

**Tabella XI. Frequenza assoluta e percentuale ore di sonno nei soggetti a rischio DCA**

	Meno di 6 ore		6 ore		7 ore		Più di 8 ore	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Femmine</b>	9	14,5	15	24,2	22	35,5	10	16,1
<b>Maschi</b>	1	1,6	4	6,5	1	1,6	0	0
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>16,1</b>	<b>19</b>	<b>30,6</b>	<b>23</b>	<b>37,1</b>	<b>10</b>	<b>16,1</b>

**Tabella XII. Frequenza assoluta e percentuale risposte questionario EAT-26, totale**

	Sempre		Molto spesso		Spesso		Qualche volta		Raramente		Mai	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Domanda 1</b>	50	17,9	32	11,4	48	17,1	56	20	47	16,8	47	16,8
<b>Domanda 2</b>	3	1,1	9	3,2	16	5,7	79	28,2	92	32,9	81	28,9
<b>Domanda 3</b>	78	5	21	7,5	26	9,3	76	27,1	64	22,9	14	28,2
<b>Domanda 4</b>	6	2,1	32	11,4	34	12,1	76	27,1	55	19,6	77	27,5
<b>Domanda 5</b>	15	5,4	11	3,9	24	8,6	43	15,4	60	21,4	127	45,5
<b>Domanda 6</b>	20	7,1	15	5,4	30	10,7	62	22,1	53	18,9	100	35,7
<b>Domanda 7</b>	6	2,1	9	3,2	13	4,6	51	18,2	74	26,4	127	45,5
<b>Domanda 8</b>	17	6,1	12	4,3	17	6,1	48	17,1	49	17,5	137	48,9
<b>Domanda 9</b>	0	0	1	0,4	3	1,1	5	1,8	16	5,7	255	91,1
<b>Domanda 10</b>	18	6,4	18	6,4	25	8,9	64	22,9	62	22,1	93	33,2
<b>Domanda 11</b>	52	18,6	34	12,1	32	11,4	54	19,3	44	15,7	64	22,9
<b>Domanda 12</b>	5	1,8	16	5,7	32	11,4	50	17,9	67	23,9	110	39,3
<b>Domanda 13</b>	13	4,6	15	5,4	21	7,5	34	12,1	18	13,6	159	56,8
<b>Domanda 14</b>	42	15	30	10,7	47	16,8	70	25	51	18,2	40	14,3

<b>Domanda 15</b>	26	9,3	20	7,1	27	9,6	58	20,7	69	24,6	80	28,6
<b>Domanda 16</b>	7	2,5	10	3,6	29	10,4	79	28,2	69	24,3	87	31,1
<b>Domanda 17</b>	8	2,9	17	6,1	38	13,6	67	23,9	72	25,7	78	27,9
<b>Domanda 18</b>	11	3,9	17	6,1	26	9,3	50	17,9	49	17,5	127	45,4
<b>Domanda 19</b>	14	5	20	7,1	34	12,1	56	20	59	21,1	97	34,6
<b>Domanda 20</b>	8	2,9	13	4,6	9	3,2	46	16,4	48	17,1	156	55,7
<b>Domanda 21</b>	18	6,4	19	6,8	31	11,1	54	19,3	59	21,1	99	35,4
<b>Domanda 22</b>	7	2,5	7	2,5	13	4,6	48	17,1	62	22,1	143	51,1
<b>Domanda 23</b>	19	6,8	17	6,1	36	12,9	50	17,9	64	22,9	94	33,6
<b>Domanda 24</b>	10	3,6	14	5	22	7,9	32	11,4	36	12,9	166	59,3
<b>Domanda 25</b>	2	0,7	2	0,7	7	2,5	11	3,9	24	8,6	234	83,6
<b>Domanda 26</b>	37	13,2	53	18,9	48	17,1	95	33,9	33	11,8	14	5