



QUALITATIVE STUDY

Being parents of individuals with eating disorders: a qualitative study

Roberta Anello¹, Corinna Michelin², Rosanna Caruso¹, Giuseppina Graceffa³, Chiara Creatti³

¹ Pediatric Unit, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Friuli-Venezia Giulia, Italy

² Eating Disorders Unit, Department of Mental Health, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Friuli-Venezia Giulia, Italy

³ Bachelor School of Nursing, Department of Medical, Surgical and Health Sciences, University of Trieste, Trieste, Italy

Findings:

The thematic analysis of nine interviews identified five main themes: the challenging early recognition of eating disorder symptoms, family reorganization, parents' adaptive coping strategies, co-construction of care with the healthcare team, and the emotional impact of the disorder. Parents described isolation, stress, and helplessness, alongside the gradual development of practical and relational skills. Professional support and peer interaction with other caregivers emerged as key resources for navigating the treatment pathway and strengthening family resilience.

ABSTRACT

BACKGROUND: Eating disorders (EDs) are severe mental health conditions that substantially impair physical health and psychosocial functioning, affecting not only individuals living with the disorder but also their families. Parents play a pivotal role in the early recognition of symptoms and in supporting their children throughout treatment. However, the experiences of parents caring for a child with an eating disorder remain underexplored.

AIM: To describe the experiences of parents of individuals with eating disorders in order to better understand the impact of these conditions on the entire family and inform family-centred care.

METHODS: A descriptive qualitative study was conducted using Braun and Clarke's reflexive thematic analysis. Face-to-face semi-structured interviews were carried out with nine parents of individuals receiving treatment at an Eating Disorders Service in north-eastern Italy. Interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analysed manually.

RESULTS: Five main themes were identified: (1) Becoming aware of early warning signs: the challenge of recognising the early manifestations of the disorder; (2) Daily family reorganisation and social isolation; (3) Survival strategies; (4) Co-constructing care with healthcare professionals and the value of peer support; and (5) Parents' emotional challenges, vulnerability, and hope. Despite experiencing considerable psychological distress, parents demonstrated resilience throughout the caregiving journey.

CONCLUSIONS: The findings highlight the need for an integrated, family-centred approach that actively involves parents throughout the care pathway. Recognising and supporting caregivers may contribute to improved treatment outcomes and enhance the well-being of the entire family.

KEYWORDS: *Eating disorders; parents; family; resilience; qualitative research.*

Corresponding author:

Roberta Anello: robertanring@gmail.com SC Pediatria,
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
(ASUGI) Strada di Fiume 447 34149, Trieste (TS)



Milano University Press

185

Submission received: 19/03/2026

End of Peer Review process: 14/07/2026

Accepted: 20/07/2026



STUDIO QUALITATIVO

Essere genitori di persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: uno studio qualitativo.

Roberta Anello¹, Corinna Michelin², Rosanna Caruso¹, Giuseppina Graceffa³, Chiara Creatti³

1 S.C. Pediatria, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Friuli-Venezia Giulia, Italy

2 S.S.D. Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Friuli-Venezia Giulia, Italy

3 Corso di Laurea in Infermieristica, Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste, Trieste, Italy

Riscontri:

L'analisi tematica di nove interviste ha identificato cinque temi principali: il difficile riconoscimento precoce dei segnali, la riorganizzazione della vita familiare, le strategie di adattamento dei genitori, la co-costruzione del percorso di cura con l'équipe e l'impatto emotivo del disturbo. I genitori hanno descritto isolamento, stress e senso di impotenza, ma anche lo sviluppo progressivo di competenze pratiche e relazionali. Il supporto dei professionisti e il confronto con altri caregiver sono emersi come elementi fondamentali per affrontare il percorso terapeutico e rafforzare la resilienza familiare.

ABSTRACT

BACKGROUND: I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) compromettono gravemente la salute fisica e il funzionamento psicosociale, con conseguenze rilevanti non solo per le persone che ne sono affette, ma anche per i loro familiari. La famiglia svolge un ruolo cruciale sia nel riconoscimento precoce dei segnali sia nel sostegno durante il percorso terapeutico. Tuttavia, il vissuto dei genitori che accompagnano i figli nella cura rimane ancora poco esplorato.

OBIETTIVO: Descrivere le esperienze e il vissuto dei genitori di persone affette da DNA per comprendere l'impatto che ha tale disturbo su tutta la famiglia al fine di migliorarne l'assistenza.

METODI: Studio qualitativo descrittivo con approccio riflessivo di Braun e Clarke. Sono state realizzate interviste semi-strutturate faccia a faccia con nove genitori di persone in trattamento presso un Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare del Nord-Est Italia. Le interviste sono state audio-registrate, trascritte verbatim e analizzate manualmente.

RISULTATI: Sono stati sviluppati cinque temi principali: (1) Prendere consapevolezza dei segnali precoci: il difficile riconoscimento dei segnali precoci; (2) Riorganizzazioni quotidiane e isolamento relazionale della famiglia; (3) Strategie di sopravvivenza; (4) Co-costruzione della cura con i professionisti e valore del supporto tra pari; (5) Sfide emotive, vulnerabilità e speranza nei genitori. Pur sperimentando stress elevato, i genitori mostrano resilienza.

CONCLUSIONI: I risultati evidenziano la necessità di un approccio integrato che coinvolga attivamente i genitori lungo tutto il percorso di cura. Valorizzare il ruolo dei caregivers può contribuire a migliorare gli esiti del trattamento e il benessere dell'intero nucleo familiare.

KEYWORDS: *Disturbi alimentari, Genitori, Famiglia, Resilienza, Studio Qualitativo*

Corresponding author:

Roberta Anello: robertanring@gmail.com SC Pediatria, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) Strada di Fiume 447 34149, Trieste (TS)



Milano University Press

186

Submission received: 19/03/2026

End of Peer Review process: 14/07/2026

Accepted: 20/07/2026



BACKGROUND

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, [1] sono definiti come una "persistente alterazione del comportamento alimentare o dei comportamenti collegati all'alimentazione che comporta un consumo o un'assimilazione del cibo modificati e che compromette in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale". Tali disturbi sono associati a morbidità ed elevati tassi di mortalità e influenzano negativamente la qualità della vita non solo di chi ne soffre ma anche del nucleo familiare [2–5].

In Italia, la prevalenza dell'anoressia nervosa è compresa tra lo 0,2% e lo 0,8%, mentre quella della bulimia è stimata attorno al 3% [6]. Negli ultimi anni i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione hanno mostrato una diffusione crescente, con prevalenza tra i giovani, raggiungendo, nel periodo della pandemia da COVID-19, un incremento dei casi pari al 40%, il tutto associato a una maggiore difficoltà di accesso ai percorsi di cura [7].

L'eziologia dei DNA è complessa e multifattoriale, includendo componenti genetiche, psicologiche e socioculturali. Di conseguenza il trattamento richiede tipicamente un approccio integrato, comprendente psicoterapia, supporto nutrizionale e, nei casi più gravi, ospedalizzazione [8,9]; tuttavia, accanto al lavoro clinico individuale, è essenziale intervenire sul contesto familiare e sociale, poiché numerosi fattori relazionali e ambientali possono contribuire al mantenimento della sintomatologia [10,11]. In tale prospettiva, l'intervento precoce è associato a esiti migliori e tassi più elevati di recupero [8,12], sebbene molte persone con DNA incontrino difficoltà nel richiedere spontaneamente aiuto a causa della paura di allarmare i familiari, della negazione della gravità, della perdita percepita di controllo, oltre che per stigma e la vergogna [13].

La famiglia, quindi, riveste un ruolo cruciale sia nel riconoscimento precoce dei disturbi [5,14] sia nel percorso terapeutico dei DNA [15]; per tale ragione, le attuali evidenze raccomandano un approccio collaborativo e multiprofessionale che privilegi le terapie che prevedano il

supporto della famiglia, soprattutto nei giovani [8,15–18]. In questo contesto, il coinvolgimento attivo dei genitori favorisce il cambiamento terapeutico, migliorando sostegno emotivo, alleanza e gestione dei comportamenti alimentari problematici [19], oltre a rappresentare, fin dalle prime fasi della malattia, un'importante risorsa per favorire l'accesso tempestivo alle cure [20].

Nonostante l'efficacia del trattamento, quando supportato dalla famiglia [21], e la documentata centralità del ruolo genitoriale nel riconoscimento e nella gestione delle complesse conseguenze psicofisiche associate ai DNA [5], i genitori si trovano ancora a fronteggiare numerosi ostacoli, come l'impatto emotivo, la gestione quotidiana, l'isolamento sociale, il senso d'impotenza e le tensioni familiari [22]; nonostante ciò, la letteratura evidenzia come siano ancora pochi gli studi dedicati in modo specifico al vissuto e alle esperienze dei genitori [18,23,24].

Obiettivo

Lo studio mira a esplorare le esperienze e il vissuto dei genitori di persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, nello specifico anoressia e bulimia nervosa.

METODI

Disegno di studio

Lo studio, di tipo qualitativo descrittivo, è basato sull'approccio della Reflexive Thematic Analysis (RTA) di Braun and Clarke [25–27], nonché, al fine di assicurare il rigore metodologico e di reporting, è stata adottata la checklist COREQ per gli studi qualitativi [28]. Lo studio si colloca in una cornice epistemologica interpretativa-costruttivista, che concepisce i significati come co-costruiti dall'interazione tra partecipanti, ricercatore e contesto [29].

Reclutamento dei partecipanti

La ricerca è stata condotta presso una struttura per i Disturbi del Comportamento Alimentare afferente a un servizio pubblico di un'azienda sanitaria del Nord-Est Italia. Il Servizio è specializzato nella diagnosi, cura e





riabilitazione delle persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione, come anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata, ed è rivolto sia a minori, indicativamente a partire dai 12 anni, sia ad adulti. Poiché tali disturbi insorgono frequentemente in età adolescenziale, la struttura, che segue complessivamente circa 200 persone, tra adolescenti e adulti, garantendo interventi di intensità variabile in funzione della gravità del quadro clinico e dei bisogni assistenziali individuali, promuove il coinvolgimento attivo del nucleo familiare nel corso delle diverse fasi di cura e recupero della persona seguita dal Centro. I percorsi di presa in carico prevedono una stretta collaborazione tra le diverse figure professionali dell'équipe e un monitoraggio continuativo dell'andamento clinico, al fine di assicurare un intervento globale ed integrato.

Il campione, di convenienza, era finalizzato a raccogliere narrazioni ricche e diversificate per comprendere la complessità del fenomeno, ed era composto da genitori di persone in carico al servizio, selezionati in base ai seguenti criteri di inclusione:

- essere genitori di persone in carico al servizio (sia diurno che sulle 24 h) di qualsiasi età e genere;
- partecipare attivamente alle attività proposte dal servizio;
- parlare la lingua italiana;
- aver dato il consenso all'intervista.

Il reclutamento dei partecipanti è stato avviato a seguito della pervenuta autorizzazione formale dell'azienda sanitaria in cui è stato svolto lo studio. A ciascun partecipante è stata consegnata un'informativa contenente finalità e modalità della ricerca, e la partecipazione allo studio è avvenuta solo dopo la raccolta del consenso informato scritto. Il primo contatto con i genitori di figli seguiti dal Centro è avvenuto al di fuori dell'ambulatorio al termine degli incontri psicoeducativi a loro dedicati ed organizzati presso la struttura. Nel corso dell'incontro preliminare, la studentessa laureanda incaricata, ha illustrato gli obiettivi dello studio e le modalità di partecipazione, specificando che le interviste sarebbero state registrate, ma che sarebbe stata garantita la massima riservatezza dei dati personali; al termine dell'incontro è stata richiesta la disponibilità a partecipare allo studio. La

conduzione delle interviste in assenza dei figli ha favorito uno spazio di espressione più libero e protetto, consentendo ai partecipanti di condividere apertamente le proprie esperienze e i vissuti associati al percorso di cura.

Strumento e attività di raccolta dati

Per la raccolta ed elaborazione dei dati sociodemografici (genere del genitore e figlio, età del genitore e figlio, diagnosi, presenza di altri figli, stato civile e impiego dei genitori) è stato utilizzato un file Excel. Per la parte qualitativa sono state condotte interviste semi-strutturate, faccia a faccia, seguendo una traccia di sei domande aperte (Tabella 1), sviluppate in relazione agli obiettivi dello studio, assumendo importanti riferimenti dalla letteratura specializzata e dall'esperienza dei ricercatori. Nella formulazione dei quesiti si è scelto di proporre un approccio flessibile finalizzato a favorire la libera espressione dei partecipanti nel corso delle interviste, che dopo essere state audio-registrate sono state trascritte manualmente in modo integrale. Le interviste, e la conseguente raccolta dei dati, sono stati realizzati nel periodo compreso dal 26 giugno al 30 agosto 2024, e si sono svolte in ambienti isolati, idonei a garantire la privacy. Le interviste hanno avuto una durata media di 90 minuti, e sono state condotte dalla ricercatrice principale (studentessa laureanda) con il supporto di un ricercatore con esperienza in studi qualitativi e nella conduzione di interviste.

In linea con la Reflexive Thematic Analysis, non è stato utilizzato il concetto di saturazione come criterio per determinare la numerosità campionaria, poiché tale approccio considera i temi come esito di un processo interpretativo e riflessivo di costruzione di significati. Il campione è stato considerato adeguato poiché ha consentito di raccogliere narrazioni ricche e significative, fornendo una comprensione sufficientemente approfondita del fenomeno in esame e supportando la costruzione dei temi sviluppati nell'analisi [30].

Durante le interviste, realizzate con particolare cura nell'assicurare la riservatezza, si è mantenuto un atteggiamento neutrale e consapevole. Non era presente nessuna conoscenza personale tra i partecipanti e l'intervistatrice, aspetto metodologico che potrebbe aver





contribuito a favorire una maggiore libertà espressiva dei partecipanti durante la trattazione delle tematiche oggetto dell'intervista.

Tabella 1: *Traccia dei quesiti posti ai genitori durante l'intervista*

1. Quali segnali o comportamenti iniziali vi hanno fatto sospettare un disturbo alimentare in vostra figlia/o?
2. In che modo il disturbo alimentare di vostra figlia/o ha influenzato la dinamica familiare e quali strategie avete adottato per gestire questi cambiamenti?
3. Che tipo di supporto avete trovato più efficace per vostra figlia/o e per voi stessi durante il percorso di cura?
4. Sulla base della vostra esperienza, quali indicazioni o suggerimenti ritenete importanti da condividere con altri genitori che stanno vivendo una situazione simile?
5. Quali sono o sono state, le maggiori sfide incontrate durante il percorso di trattamento e come vi sembra di averle gestite?
6. In base all'esperienza vissuta sinora, cosa ritenete sia stato o sia maggiormente utile, per affrontare una simile situazione, già all'inizio del percorso e/o nella gestione della ragazza/o?

Affidabilità dei dati raccolti

In linea con la RTA, il ricercatore ha riconosciuto la propria posizione, esperienza e sensibilità interpretativa come parte integrante del processo di produzione dei significati [29]. Le trascrizioni accurate hanno preservato l'integrità del dialogo originale. La validità è stata perseguita attraverso coerenza, trasparenza e profondità interpretativa.

Analisi dei dati

Dopo la trascrizione in un foglio di lavoro Microsoft Word, l'analisi delle interviste è stata condotta manualmente senza il supporto di software di analisi, tramite il metodo della Reflexive Thematic Analysis (RTA) di Braun and Clarke [25–27] un metodo che consente di esplorare la realtà oltre la superficie. Il processo analitico ha compreso sei fasi, che, in linea con l'RTA, non sono state seguite in modo rigido, ma in una logica iterativa,

organica e flessibile, con continui ritorni ai dati e rinegoziazione dei significati.

L'analisi è stata condotta dalla ricercatrice principale, con momenti di confronto riflessivo con un secondo ricercatore non per garantire concordanza, ma per ampliare la profondità interpretativa, come previsto dalla Reflexive Thematic Analysis.

Aspetti etici

In considerazione della natura osservazionale e non interventistica dello studio, della partecipazione esclusiva di soggetti adulti consenzienti e della mancata raccolta di dati clinici o sanitari riferibili ai pazienti, non è stata richiesta l'approvazione del Comitato Etico, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalle procedure dell'Azienda Sanitaria presso cui è stata condotta la ricerca. La partecipazione a questo studio è avvenuta su base volontaria, gli intervistati hanno ricevuto informazioni sullo scopo della ricerca, sulla possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento e hanno firmato un consenso informato. La raccolta dei dati è stata effettuata in forma anonima, nel pieno rispetto del GDPR e delle normative nazionali sulla privacy [31]. Le informazioni raccolte sono state archiviate in modo sicuro e trattate in forma tale da non consentire, in alcun modo, la riconducibilità all'identità dei partecipanti. Lo studio, che non ha ricevuto alcun finanziamento, è stato condotto in conformità ai principi della Dichiarazione di Helsinki [32].

RISULTATI

Descrizione dei partecipanti

Come si osserva nella tabella 2, i partecipanti sono risultati essere nove genitori, di cui quattro padri e cinque madri, con un'età compresa tra 44 e 59 anni. I figli, tutti di sesso femminile con età che varia dai 15 ai 28 anni, evidenziando una concentrazione significativa nella fascia 16-18 anni ed una prevalenza di anoressia nervosa e bulimia nervosa.



**Tabella 2.** Caratteristiche Socio-Demografiche del campione

SOGGETTO	VARIABILE		N (%)
Genitore	Genere	M	4 (44,4%)
		F	5 (55,6%)
	Età	36-45 anni	1 (11,1%)
		46-55 anni	8 (88,9%)
	Genitori conviventi (%)	Si	7 (77,8%)
		No	2 (22,2%)
	Impiego	Dipendenti	7 (77,8%)
		Casalinghi	2 (22,2%)
Figlio/a	Altri figli in carico al servizio (%)	Si	1 (11,1%)
		No	8 (88,9%)
	Genere	M	0 (0%)
		F	9 (100%)
	Età	15-18 anni	8 (88,9%)
		>25 anni	1 (11,1%)
	Impiego	Lavora	0 (0%)
		Scuola	9 (100%)
Diagnosi	Anoressia	7 (77,8%)	
	Bulimia	2 (22,8%)	

Risultati qualitativi

L'analisi tematica ha permesso di identificare cinque temi principali e undici sotto-temi (Mappa tematica immagine 1), che riflettono il percorso dei genitori dalla fase di riconoscimento del disturbo alle strategie di gestione e alle sfide emotive affrontate.

Tema 1: Prendere consapevolezza: il difficile riconoscimento dei segnali precoci

Il riconoscimento iniziale dei segnali di un DNA emerge come un processo complesso, spesso caratterizzato da ambiguità, razionalizzazioni errate e progressiva presa di coscienza. I genitori riportano di aver osservato cambiamenti fisici evidenti ma non sempre compresi come campanelli d'allarme.

“A Natale c'è stato il tracollo, lei è arrivata da 56 a 43 kg, nell'arco di tre mesi ha perso 10 kg.” (Genitore 01)

A ciò si affianca la natura silente del disturbo, che si manifesta inizialmente come innocente ricerca di benessere, attenzione alla dieta, sport o scelte alimentari “più sane”: elementi che rendono difficile distinguere normalità da patologia.

“Si è anoressizzata davanti ai nostri occhi.” (Genitore 05)

“Era dimagrita, ma pensavo fosse per piacersi di più. All'inizio sospettavamo un'intolleranza alimentare.” (Genitore 02)

Il tema evidenzia come il primo ostacolo non sia la mancanza di attenzione, ma la difficoltà di interpretare segnali.

Tema 2: Riorganizzazioni quotidiane e isolamento relazionale della famiglia

Il disturbo ha modificato profondamente la vita familiare, generando isolamento, perdita di rituali sociali e tensioni relazionali.

“A casa tutte le attenzioni erano su di lei, c'è stata un'esclusione totale dal mondo esterno, io non riuscivo neanche a vedere i miei genitori perché lei non voleva uscire, né vedere nessuno.” (Genitore 01)

Il disturbo interferisce con i rituali familiari, come i pasti:

“Non c'erano più i classici pranzi o cene con i nonni e amici e questo personalmente mi ha fatto stare molto male”. (Genitore 09)

Sul piano sociale, prevalgono ritiro, paura del giudizio, chiusura relazionale:

“Ha deciso di non farsi vedere, ha molta paura del confronto e del giudizio.” (Genitore 04)

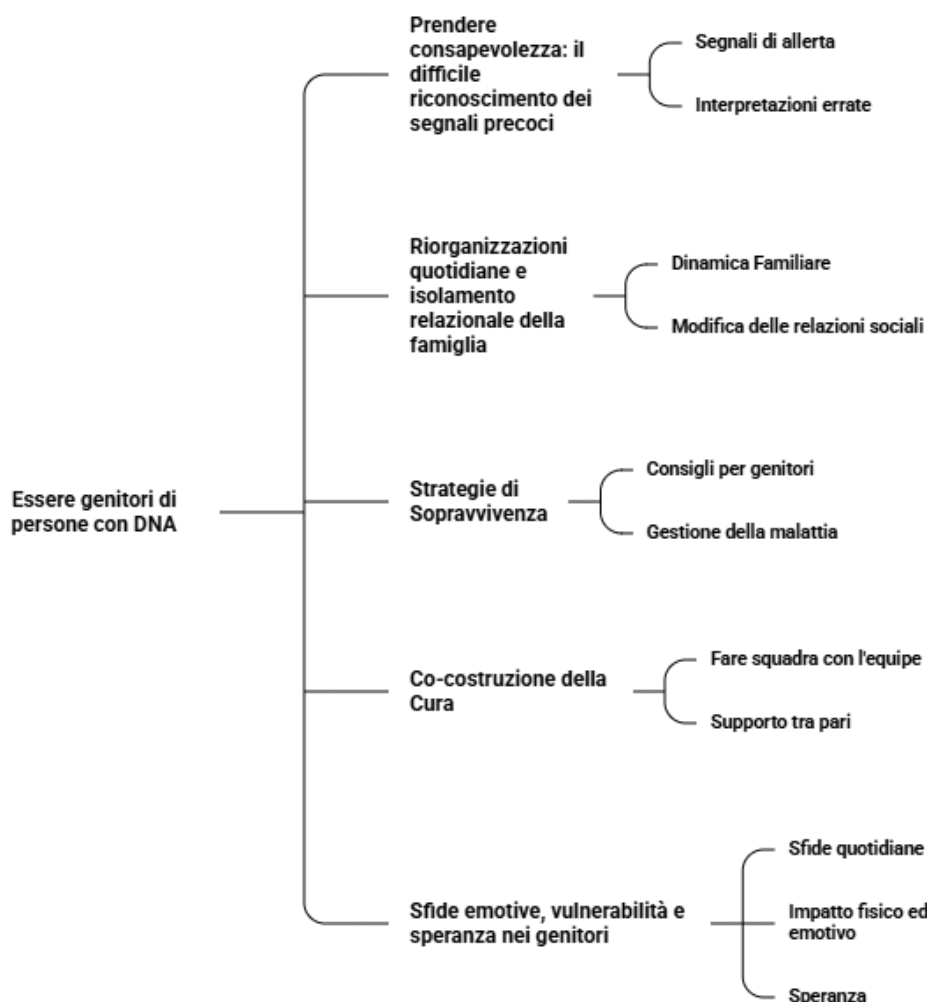
Tema 3: Strategie di “sopravvivenza”

I genitori cercano di dare significato alla loro esperienza trasformandola in strategie pratiche, consigli concreti e forme di resilienza maturate nel tempo, attraverso errori, tentativi e adattamenti continui.





Immagine 1. Mappa tematica dei temi e sotto-temi



Uno dei messaggi più ricorrenti riguarda la necessità di non affrontare la malattia da soli:

“...il fai-da-te non va affatto bene, anche perché ... certe volte pensavamo di fare la cosa giusta e poi ci siamo resi conto che in realtà stavamo facendo la cosa sbagliata”. (Genitore 08)

Il bisogno di supporto si esprime nell'importanza dei gruppi per i genitori:

“parlare con altri genitori, condividere la propria esperienza, anche perché il fatto di sapere di non essere gli unici fa la differenza”. (Genitore 03)

Le strategie includono anche comportamenti molto concreti, sviluppati nella quotidianità:

“Io per farla contenta ad oggi peso tutto, così lei mangia...” (Genitore 04)

I consigli esprimono un forte orientamento alla resilienza:





“...non mollare mai, resistere, non aspettarsi riprese e miglioramenti miracolosi, ma cercare che cos'è la malattia...”.
(Genitore 03)

Tema 4: Co-costruzione della cura

Il supporto e il lavoro di squadra con l'équipe sono percepiti come cruciali per garantire continuità terapeutica.

“I professionisti insegnano proprio a noi genitori il lavoro di squadra per affrontare le difficoltà e sapere cosa dire...”.
(Genitore 01)

“La cosa più utile in assoluto è stata la formazione eseguita qui al centro...ci ha dato le prime dritte e le prime conoscenze...” (Genitore 09)

Il supporto tra pari offerto dai centri è considerato un elemento protettivo.

“La cosa poi più bella sono stati gli incontri con gli altri genitori, dove ho avuto la possibilità di confrontarmi, condividere il problema e di non sentirmi sola”. (Genitore 04)

Tema 5: Sfide emotive, vulnerabilità e speranza nei genitori

Il disturbo esercita un impatto significativo sui genitori, generando stress intenso che si manifesta anche attraverso sintomi fisici. Alcuni descrivono una condizione di logoramento costante, determinata dalla preoccupazione continua per la salute e la sicurezza della figlia:

“Attualmente ho un forte stress, sto perdendo i capelli e anche le sopracciglia perché non riesco a stare tranquilla sapendo che lei ha questi pensieri”. (Genitore 01)

Oltre allo stress, i genitori riferiscono che la malattia li mette quotidianamente alla prova, soprattutto per la presenza di comportamenti manipolativi, negazioni e bugie che rendono difficile mantenere la stabilità relazionale e familiare:

“Le maggiori sfide sono le bugie quotidiane, perché davanti all'evidenza negano...”. (Genitore 02)

L'impatto emotivo è intenso: molti genitori sperimentano paura, senso di impotenza, ansia e preoccupazione

costante, spesso amplificati dai pensieri autolesivi riportati dai figli e dall'incertezza del percorso terapeutico:

“...mi ripete spesso che è davvero molto difficile vivere con il disturbo e che preferirebbe farla finita”. (Genitore 05)

“Per me non è facile, sapere che lei non sta bene e che non è felice non mi fa stare bene per niente, sono molto preoccupata, [...], ho paura per le possibili ricadute e che non riesca a guarire del tutto”. (Genitore 04)

Nonostante la sofferenza, nel discorso dei genitori emerge anche un elemento di speranza e resilienza, legato al desiderio di migliorarsi e di rafforzare il proprio ruolo di supporto nel percorso di cura:

“Spero che con il tempo di migliorare anche io e di essere più di aiuto per mia figlia”. (Genitore 07)

DISCUSSIONE

Questo studio esplora le esperienze e i significati attribuiti dai genitori al percorso di cura dei DNA, facendo emergere cinque nuclei tematici che convergono su un punto chiave: la famiglia è coinvolta e attiva, confermando e ampliando le evidenze esistenti sul coinvolgimento centrale della famiglia nel percorso terapeutico [15].

Nel nostro studio, i genitori descrivono il riconoscimento del disturbo come un processo graduale e caratterizzato da confusione iniziale e ambiguità dei sintomi, evidenziando difficoltà nell'interpretare segnali iniziali spesso normalizzati, come cambiamenti alimentari o attenzione al corpo. Questo risultato si pone in linea con la letteratura, da cui si evince come la presentazione precoce dei DNA sia spesso subdola e facilmente confondibile con comportamenti socialmente accettati [17], e come in tali situazioni, i genitori non dispongano inizialmente delle conoscenze e competenze necessarie per comprendere la natura del disturbo [33]. Tuttavia, il presente studio offre un'ulteriore chiave interpretativa, indicando che le difficoltà dei genitori non sembrano riconducibili a disattenzione o negligenza, quanto piuttosto a un processo interpretativo complesso, caratterizzato da incertezza e da strategie di razionalizzazione.





Un altro aspetto rilevante, emerso dalle interviste, riguarda la ridefinizione delle dinamiche familiari e sociali, mostrando come il disturbo alteri profondamente la vita quotidiana e le interazioni sociali, creando tensioni interne e isolamento. I genitori descrivono come il bisogno di monitorare costantemente la figlia influenzi anche le più semplici abitudini familiari, riducendo le occasioni di socialità e aumentando il timore del giudizio esterno. Tali risultati sono coerenti con la letteratura, che descrive i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione come condizioni in grado di determinare un importante carico assistenziale per la famiglia, con ripercussioni sulle relazioni, sui livelli di stress e sulla conflittualità familiare [18,22].

I genitori non sono solo caregiver passivi, ma diventano progressivamente *esperti esperienziali* della malattia e vogliono essere utili per altri genitori, proponendo strategie di “sopravvivenza” e mettendo in luce come le competenze pratiche e relazionali per affrontare il disturbo si sviluppino nel tempo. I suggerimenti emersi, quali il tempestivo ricorso a centri specialistici, l'evitare interventi autonomi, la modulazione della comunicazione (ad esempio rispetto a cosa dire e cosa evitare di dire) e l'adozione di specifiche strategie comportamentali (ad es., nella gestione dei pasti), delineano alcuni elementi potenzialmente utili per affrontare la malattia. Tali indicazioni sottolineano inoltre la rilevanza del mantenimento di relazioni familiari solide e del ricorso a reti di supporto. I risultati evidenziano come i genitori tendano a rielaborare in modo critico la propria esperienza, trasformandola in un patrimonio di conoscenze condivisibili e potenzialmente utile ad altri caregiver. Tale evidenza si colloca in continuità con il *New Maudsley Model*, che pone l'accento sullo sviluppo di competenze comunicative e di regolazione emotiva nei caregiver [11,24,33]. Tuttavia, il presente studio suggerisce che tali competenze possano emergere non esclusivamente nell'ambito di interventi strutturati, ma anche come esito di un processo di adattamento sviluppato nel contesto della quotidianità.

I genitori identificano il supporto dei professionisti e il confronto con altri caregiver come elementi fondamentali nel percorso di cura. In particolare, l'alleanza terapeutica e il coinvolgimento attivo della famiglia emergono come

fattori rilevanti per il raggiungimento di esiti clinici favorevoli. Ciò è coerente con evidenze qualitative precedenti che evidenziavano il bisogno di supporto e la vulnerabilità dei genitori, spesso caratterizzata da isolamento e difficoltà nella gestione del percorso di cura [22] e con studi sugli approcci family-based, che mostrano un miglioramento degli outcomes nei pazienti [15]. I risultati del presente studio risultano coerenti con Crowther et al. [22], mettendo in luce come i genitori assumano progressivamente un ruolo sempre più attivo nella gestione della malattia, attraverso la ricerca autonoma di informazioni e lo sviluppo di competenze pratiche a supporto del figlio. I partecipanti riportano inoltre la necessità di un maggiore coinvolgimento nel percorso terapeutico e di un riconoscimento del proprio ruolo nel processo di cura, in linea con quanto osservato nel presente studio.

Emerge, quindi, un impatto emotivo rilevante nei partecipanti in relazione alle problematiche dei propri figli, coerentemente con quanto in letteratura [23]. Il presente studio, tuttavia, mette in evidenza la coesistenza di vulnerabilità e risorse positive, suggerendo una concezione della resilienza come processo dinamico piuttosto che come tratto stabile, influenzato nel tempo anche dal supporto ricevuto.

Nel loro complesso, i risultati del presente studio mostrano significative convergenze con studi precedenti condotti sui genitori di persone con DNA. In particolare, analogamente a quanto riportato da Crowther et al. [22], emergono le difficoltà nel riconoscimento precoce dei sintomi, il bisogno di orientamento durante il percorso di cura e il senso di isolamento vissuto dai caregiver. Coerentemente con studi precedenti [5], i genitori risultano essere spesso i primi osservatori dei segnali di malattia e sperimentano un significativo impatto emotivo e relazionale lungo il percorso terapeutico.

Limiti dello studio

Pur avendo raccolto un numero contenuto di interviste, il materiale narrativo ottenuto si è rivelato sufficientemente ricco e articolato, idoneo a consentire lo sviluppo dei temi e il raggiungimento degli obiettivi conoscitivi dello studio. La limitata adesione è verosimilmente riconducibile al





delicato e profondo coinvolgimento emotivo dei genitori, i quali si trovano ad affrontare una fase particolarmente complessa del percorso di cura del proprio figlio.

Va inoltre considerato che il percorso psicoeducativo viene proposto nelle fasi iniziali della presa in carico: di conseguenza, i genitori intervistati si trovavano in un momento di recente attivazione del trattamento, spesso caratterizzato da elevata vulnerabilità emotiva, incertezza e bisogno di orientamento. La forte componente emotiva del tema potrebbe aver portato anche alcuni genitori a filtrare o contenere le proprie narrazioni, per proteggere sé stessi o gli operatori, generando possibili effetti di desiderabilità sociale.

Inoltre, lo studio ha raccolto esclusivamente il punto di vista dei genitori, senza includere prospettive complementari quali quelle di fratelli, partner o caregiver secondari, limitando così la possibilità di una comprensione più ampia e sistemica del fenomeno.

La ricerca è stata condotta all'interno di un unico servizio dedicato ai DNA, i risultati, dunque, sono situati nel contesto culturale e organizzativo di questa specifica realtà ed è possibile che, in un setting diverso, caratterizzato da altre risorse, modelli clinici o culture professionali, possano emergere narrazioni e vissuti differenti. Infine, i risultati rappresentano una fotografia puntuale del fenomeno, pertanto sarebbe interessante approfondire l'argomento mediante studi longitudinali, al fine di comprendere l'evoluzione del vissuto genitoriale nel tempo.

CONCLUSIONI

Questo studio qualitativo ha evidenziato come i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione coinvolgano profondamente non solo la persona affetta, ma l'intero nucleo familiare. I genitori hanno descritto difficoltà nel riconoscimento precoce dei sintomi, un rilevante carico emotivo e una progressiva riorganizzazione della vita quotidiana, caratterizzata da isolamento, tensioni relazionali e costante attenzione ai comportamenti alimentari. Parallelamente, emerge la capacità di sviluppare strategie pratiche, relazionali ed emotive per affrontare la malattia e sostenere il proprio figlio. Il supporto

dell'équipe multidisciplinare e il confronto con altri genitori sono risultati elementi fondamentali lungo il percorso di cura. I risultati sottolineano l'importanza di un approccio multidisciplinare e orientato alla famiglia, che riconosca i genitori come parte integrante del processo terapeutico e promuova interventi di supporto dedicati ai caregiver.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. DSM Library [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 7]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Amiri S, Ab Khan M. Is eating disorders a risk agent for all-cause mortality: a meta-analysis. *Eat Disord.* 2025;33(5):602–36. doi:10.1080/10640266.2024.2402634 PubMed PMID: 39305155.
3. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord.* 2023 May 30;11(1):85. doi:10.1186/s40337-023-00801-3 PubMed PMID: 37254202; PubMed Central PMCID: PMC10228434.
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Jul;68(7):714–23. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22 PubMed PMID: 21383252; PubMed Central PMCID: PMC5546800.
5. Wilksch SM. Toward a more comprehensive understanding and support of parents with a child experiencing an eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2023 Jul;56(7):1275–85. doi:10.1002/eat.23938 PubMed PMID: 36942822.





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



6. Ministero della Salute/Regione Lombardia. Progetto di studio multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale [Internet]. 2019. Available from: <https://www.epid.ifc.cnr.it/project/disturbi-dell-alimentazione/>
7. Istituto Superiore di Sanità. Disturbi alimentari, i dati aggiornati dell'ISS e la mappa dei servizi accreditati in Italia [Internet]. 2022. Available from: <https://amblav.it/disturbi-alimentari-i-dati-aggiornati-delliss-e-la-mappa-dei-servizi-accreditati-in-italia/>
8. Ministero della Salute. Ministero della Salute [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 25]. Classificazione dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Available from: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA>
9. National Institute of Mental Health. Disturbi alimentari - Istituto nazionale di salute mentale (NIMH) [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>
10. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primer*. 2015 Nov 26;1(1):1–21. doi:10.1038/nrdp.2015.74
11. Wittek T, Zeiler M, Truttmann S, Philipp J, Kahlenberg L, Schneider A, et al. The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and emerging adults: A multi-centre cohort study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2025 Nov;33(6):1117–32. doi:10.1002/erv.2996 PubMed PMID: 37302134; PubMed Central PMCID: PMC12547371.
12. Gumz A, Reuter L, Löwe B, Voderholzer U, Schwennen B, Fehrs H, et al. Factors influencing the duration of untreated illness among patients with anorexia nervosa: A multicenter and multi-informant study. *Int J Eat Disord*. 2023 Dec;56(12):2315–27. doi:10.1002/eat.24069 PubMed PMID: 37814447.
13. Ali K, Fassnacht DB, Farrer L, Rieger E, Feldhege J, Moessner M, et al. What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord*. 2020 Jun;53(6):894–906. doi:10.1002/eat.23266 PubMed PMID: 32239776.
14. Ciao A, Pascual S, Hodges G. The Role of Parents and Other Caregivers in the Early Detection of Eating Disorders. In: *Eating Disorders* [Internet]. Springer, Cham; 2023 [cited 2026 Feb 7]. p. 283–312. Available from: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-031-16691-4_19 doi:10.1007/978-3-031-16691-4_19
15. Stewart MP, Baumann O. The Effectiveness of Adolescent-Focused Therapy and Family-Based Therapy for Anorexia Nervosa. *Psychol Rep*. 2026 Feb;129(1):7–28. doi:10.1177/00332941241226687 PubMed PMID: 38239005; PubMed Central PMCID: PMC12717302.
16. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Nov;48(11):977–1008. doi:10.1177/0004867414555814 PubMed PMID: 25351912.
17. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med*. 2020 Jun 2;81(6):1–8. doi:10.12968/hmed.2020.0099
18. Treasure J, Smith G, Crane A. Prendersi cura di una persona cara affetta da disturbo alimentare. Come diventarne capaci. SEID. edizione italiana a cura di Maria Grazia Martinetti e Maria Cristina Stefanini; 2014. 205 p.
19. Cripps S, Serpell L, Pugh M. Processes of change in family therapies for anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *J Eat Disord*. 2024 Jul 25;12(1):104. doi:10.1186/s40337-024-01037-5 PubMed PMID: 39054560; PubMed Central PMCID: PMC11270895.
20. Diot T, Loisel A, Moro MR, Blanchet C. Parental engagement in an early intervention program for anorexia nervosa: a qualitative study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.





2025 Jul 31. doi:10.1007/s00787-025-02827-1 PubMed PMID: 40742553.

21. Le Grange D, Eckhardt S, Dalle Grave R, Crosby RD, Peterson CB, Keery H, et al. Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: a non-randomized effectiveness trial. *Psychol Med*. 2020 Dec 3;52(13):1–11. doi:10.1017/S0033291720004407 PubMed PMID: 33267919; PubMed Central PMCID: PMC9647542.

22. Crowther E, Lewis V, Minehan M, Joshua PR. Knocking on locked doors; a qualitative investigation of parents' experiences of seeking help for children with eating disorders. *Clin Psychol*. 2024 Oct;28(3):297–307. doi:10.1080/13284207.2024.2404123

23. Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, Treasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eat Behav*. 2014 Aug;15(3):464–77. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.001 PubMed PMID: 25064301.

24. Treasure J, Rhind C, Macdonald P, Todd G. Collaborative Care: The New Maudsley Model. *Eat Disord*. 2015;23(4):366–76. doi:10.1080/10640266.2015.1044351 PubMed PMID: 26010051.

25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology [Internet]. 2006. Available from: <https://psychology.ukzn.ac.za/?mdocs-file=1176>

26. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019 Aug 8;11(4):589–97. doi:10.1080/2159676X.2019.1628806

27. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *Int J Transgender Health*. 2022;24(1):1–6. doi:10.1080/26895269.2022.2129597 PubMed PMID: 36713144; PubMed Central PMCID: PMC9879167.

28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007

Dec;19(6):349–57. doi:10.1093/intqhc/mzm042 PubMed PMID: 17872937.

29. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant*. 2022 Jun;56(3):1391–412. doi:10.1007/s11135-021-01182-y

30. Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2021 Mar 4;13(2):201–16. doi:10.1080/2159676X.2019.1704846

31. Parlamento europeo. Regolamento (UE). OJ L [Internet]. 2016 Apr 27. Available from: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

32. WMA. Dichiarazione di Helsinki della WMA – Principi etici per la ricerca medica che coinvolge partecipanti umani [Internet]. 2024 Oct 19 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

33. Treasure J, Schmidt U, Macdonald P. La Cura Collaborativa Nei Disturbi Alimentari Guida Per Il Clinico. edizione italiana a cura di Maria Grazia Martinetti e Maria Cristina Stefanini. SEID; 2015. 355 p.



Corresponding author:

Roberta Anello: robertanring@gmail.com SC Pediatria, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) Strada di Fiume 447 34149, Trieste (TS)



Milano University Press