

# SALUTE E ASSISTENZA

## 1. SALUTE E SERVIZI

5° rapporto di aggiornamento 2011-2012



74

i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

### e) Disturbi del comportamento alimentare dell'età evolutiva

In questi ultimi anni i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno subito un notevole incremento, tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale per i Paesi del mondo occidentale e quindi anche per l'Italia. Circa tre milioni di persone in Italia soffrono di DCA<sup>84</sup>; nello specifico, l'Anoressia nervosa (AN) e la Bulimia nervosa (BN) continuano a crescere in modo esponenziale e ad oggi, negli USA, costituiscono ancora la prima causa di morte per malattia mentale<sup>85</sup>.

L'Anoressia Nervosa è considerata, difatti, la terza malattia cronica più comune tra le ragazze tra i 15 e 19 anni<sup>86</sup>. Ad essa sono associate importanti complicazioni mediche<sup>87</sup>, il suo tasso di mortalità supera l'incidenza attesa di morte per tutte le altre cause nelle donne tra i 15 e i 24 anni<sup>88</sup> e viene stimata nell'8-12% dei pazienti di età più adulta<sup>89</sup>.

Dati recenti del Servizio Sanitario Canadese stimano che negli ultimi 25 anni il 2% della popolazione affetta da disturbi alimentari (DCA), ha avuto un incremento del 34% delle ospedalizzazioni di ragazzi con meno di 15 anni e del 29% tra i 15 e i 29 anni.

84 Associazione Italiana Bulimia Anoressia (ABA).

85 Birmingham C.L., Su J., Hlynsky J.A., Goldner E.M., Gao M., 2005, *The mortality rate from anorexia nervosa*, «International Journal of Eating Disorders», 38(2):143-6.

86 Lucas A.R., Beard C.M., O'Fallon W.M. e altri, *50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study*, «American Journal of Psychiatry», n.148, 1991, pagg. 917-922.

87 Becker A. E., Grinspoo S. K., Klibanski A., Heroz D. B., *Eating disorders*, «New England Journal of Medicine», 340(14), 1999, pagg. 1092-1098.

88 Sullivan P., *Mortality in Anorexia Nervosa.*, «American Journal of Psychiatry», 152 (7), 1995, pagg. 1073-1074.

89 Herzog et al., 2000. *Mortality in Eating Disorders: A descriptive study*, «International Journal of Eating Disorders», 28, 20-26.



Secondo i dati epidemiologici statunitensi nella popolazione femminile la prevalenza dell'Anoressia (AN) si aggira tra lo 0,5 e il 3,7%, mentre quella della Bulimia (BN) varia tra l'1,1 e 4,2%.

In Italia gli studi pubblicati sono in linea con i dati forniti dagli altri paesi, confermando la prevalenza per AN tra 0,2 e 0,8% e per BN tra 1 e 5%. Da una stima recente si evince che in Italia i disturbi del comportamento alimentare coinvolgono approssimativamente due milioni di giovani: su 100 adolescenti circa 10 ne soffrono; di questi, 1-2 presentano forme conclamate e più gravi come l'AN e la BN, mentre gli altri hanno manifestazioni cliniche transitorie e incomplete<sup>90</sup>.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi e per la maggior parte limitati a realtà regionali. Uno studio del 2003 di Favaro ed altri, condotto nel Nord-Est su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni, stima per l'AN una prevalenza puntuale dello 0,3% ed una prevalenza *life time* del 2%. La prevalenza della BN era dell'1,8% mentre quella *life time* del 4,6%. Risultano nettamente in aumento le forme atipiche o sottosoglia. Uno studio analogo effettuato nella provincia toscana (Faravelli ed altri, 2006) evidenzia valori leggermente discordanti, riportando dati di prevalenza *life time* pari a 1,21% per tutti i DCA, di cui 0,42% AN, 0,32% BN e 0,32% DCA NAS in un campione costituito da 2.355 rappresentanti della popolazione con età superiore ai 14 anni.

L'età di esordio, negli anni, è diventata sempre più precoce, con manifestazioni cliniche che possono comparire già dall'età di 8 anni e di entità talmente seria da richiedere il ricovero ospedaliero. Secondo recenti dati di un'agenzia americana<sup>91</sup>, le ospedalizzazioni negli ultimi 10 anni per DCA hanno subito un incremento del 24% e per le forme ad esordio precoce sotto i 12 anni si è assistito ad un incremento del 72%.

Ad oggi sono ancora poche le strutture di riferimento per la cura dei DCA in età evolutiva e le prime risposte terapeutiche sono prevalentemente affidate

all'iniziativa di singole figure professionali (pediatri, psicologi, dietologi etc.) che per lo più tentano di rispondere al problema solo focalizzandosi sull'aspetto concreto dell'alimentazione. La stragrande maggioranza degli interventi non avviene ancora con modalità integrata e multidisciplinare. Inoltre, l'impegno prevalente si è spostato sul piano della prevenzione e soprattutto nell'ambito dell'obesità. In realtà un intervento non corretto rischia di rinforzare il sintomo e di favorirne l'evoluzione verso la cronicità. La mancanza di un approccio psicologico informato sull'età evolutiva ha portato, ad esempio, a un'enfasi eccessiva sugli aspetti medici del trattamento e a trascurare l'importanza delle famiglie e dei genitori in particolare nella cura dei DCA in bambini e adolescenti.

Inoltre, la maggior parte degli studi sui trattamenti psichiatrici dei DCA sono focalizzati sull'età adulta, così come lo sono le attuali linee guida internazionali (NICE, 2004; APA, 2006) per l'*assessment*<sup>92</sup> e il trattamento di tali patologie<sup>93</sup>. Da alcune ricerche<sup>94</sup> si evince come solo il 40% dei soggetti adulti affetti da anoressia nervosa viene riconosciuto dai medici di base e il 79% di questi arriva alla cura; solo l'11% dei soggetti affetti da bulimia viene riconosciuto dai medici di base e la metà di questi arriva alla cura.

La diagnosi precoce e la cura dei disturbi del comportamento alimentare richiedono, stante la loro complessità, un approccio multidisciplinare integrato che solo una efficiente rete di servizi socio-sanitari può assicurare. Nel 2010 Donini, Cuzzolaro, Spera ed altri studiosi, in un documento promosso dal Dipartimento di Fisiopatologia Medica dell'Università «Sapienza» di Roma, in collaborazione con la SIO (Società Italiana dell'Obesità) e la SISDCA (Società Italiana Studio Disturbi del Comportamento Alimentare), hanno pubblicato<sup>95</sup> alcune indica-

92 National Institute for Clinical Excellence (NICE), *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*, London 2004.

93 American Psychiatric Association (APA); *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd ed. Washington (DC): 2006 Jun., pag. 128.

94 Hoek & van Hoeken, *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*, «International Journal of Eating Disorders», 34, 2003, pagg. 383-396.

95 L.M. Donini, M. Cuzzolaro, G. Spera e altri, *Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document*, «Eating Weight Disorders» 15: 1-31., Editrice Kurtis, 2010.

90 Dalla Ragione L., *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005.

91 Zhao Y., Encinosa W., *An Update on Hospitalizations for Eating Disorders, 1999 to 2009.*, 2011 Sep. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Brief.



76

i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

zioni specifiche in merito al trattamento dei DCA che ipotizzano cinque livelli di assistenza a seconda delle necessità di intervento (medici di base, ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera), prospettando una rete di assistenza su tutto il territorio nazionale. Le Regioni si sono mosse, ma non tutte con uguale passo, così come si può evincere dallo studio promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali dal titolo *Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Studio della normativa regionale*<sup>96</sup>.

Il riconoscimento e la gestione dei disturbi del comportamento alimentare è attualmente affidato ad una serie molteplice di strutture e di servizi: Dipartimenti materno-infantili, Consultori adolescenziali e familiari, Servizi per la salute mentale in età evolutiva, Dipartimenti di salute mentale, Dipartimenti di igiene e prevenzione, Servizi di riabilitazione, Servizi per le tossicodipendenze, Servizi ambulatoriali e ospedalieri di medicina generale o specialistica e, in numero sempre crescente, al settore privato. Queste strutture operano spesso senza una precisa definizione dei limiti rispettivi di competenza, quindi con vuoti e sovrapposizioni e, soprattutto, senza canali precostituiti e fluidi per scambi di informazioni e collaborazione. Inoltre, cosa fondamentale, manca ancora un registro nazionale della malattia specifico per l'età evolutiva, mentre primi passi si stanno muovendo per quanto riguarda l'età adulta.

all'interno della Regione per la gestione del disturbo in età pediatrica.

**Pertanto il Gruppo CRC raccomanda:**

1. Al **Ministero della Salute** di attivare un programma di formazione per tutte le figure impegnate nella diagnosi e nel trattamento di tali disturbi (medici, psicologi, nutrizionisti, dietisti), potenziando il coinvolgimento di medici di base e pediatri, per contribuire a individuare forme precoci di Anoressia e Bulimia anche con il coinvolgimento della scuola;
2. Alle **Regioni** di attivare percorsi assistenziali individuando almeno un Centro di riferimento

<sup>96</sup> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare*, Studio della normativa regionale, 2009.