

**MEMORIA PER LA COMMISSIONE PARLAMENTARE IGIENE E SANITA',  
SENATO DELLA REPUBBLICA**

Dott.ssa Valeria Zanna

Referente per i Disturbi Alimentari  
IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Oggetto:** Disturbi Alimentari, Anoressia e Bulimia – audizione del 28 Marzo 2017

Secondo le attuali linee guida nazionali e internazionali (American Psychiatric Association, 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2004; Ministero della Salute, 2013; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014), l'assistenza sui Disturbi Alimentari deve prevedere tre diverse direttive di intervento:

1. **livelli di cura diversificati** per gravità con cui si manifesta la patologia;
2. **approccio multidisciplinare**, che preveda la presenza di più figure specialistiche che permettano l'integrazione dell'aspetto psichiatrico-psicologico con l'aspetto fisico e internistico;
3. **rete assistenziale** che permetta la transizione da un livello di cura ad un altro, garantendo la continuità del trattamento.

### **Livelli di cura**

Gli interventi assistenziali si articolano su cinque livelli di cura:



In tutte le fasce d'età, e in modo particolare nell'età evolutiva, i maggiori interventi di trattamento dovrebbero essere garantiti in regime ambulatoriale o di Day Hospital, per assicurare una cura inserita nel proprio contesto di vita e nel proprio contesto familiare.

La residenzialità, per questa fascia d'età, dovrebbe essere confinata solo a quelle condizioni in cui si sono dimostrati fallimentari i trattamenti terapeutici di minore intensità e dovrebbe attuarsi secondo precisi criteri che regolano l'inserimento nei diversi livelli di cura.

L'ospedalizzazione dovrebbe essere limitata alle situazioni più severe in cui vi è una importante compromissione del funzionamento psicofisico con l'obiettivo di ripristinare al più presto una maggiore stabilità clinica.

L'aumento rapido dei Disturbi Alimentari negli ultimi anni non è stato parallelamente accompagnato dallo sviluppo di adeguati Servizi sul territorio nazionale; di conseguenza, si è osservata una importante mobilitazione dei pazienti da una regione all'altra, con una rilevante ricaduta in termini di risorse economiche e di disagio da parte del sistema familiare. Inoltre, la mancanza di strutture assistenziali dedicate all'età evolutiva, ha fatto sì che la maggior parte dei DA si trovi quindi ad essere presa in carico nelle strutture dedicate agli adulti, che hanno ampliato la loro assistenza

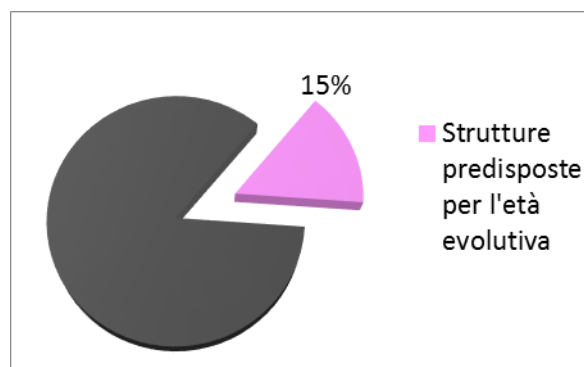
anche verso i minori. Questo favorisce, soprattutto in regime di residenzialità, un confronto con patologie che hanno già assunto caratteristica di cronicità e che quindi possono influenzare negativamente l'evoluzione della patologia in età evolutiva.

Ulteriore punto critico è rappresentato dall'assenza di supporto assistenziale al momento delle dimissioni, quando il paziente, rientrato nella regione di appartenenza, si trova nuovamente privo di punti di riferimento con rischio di ricaduta clinica.

### ***La multidisciplinarietà professionale***

La disomogeneità dell'assistenza si osserva anche nella realizzazione dell'equipe multidisciplinare integrata. La maggior parte delle strutture è in grado di assicurare una equipe completa ma una discreta quota assistenziale ancora oggi non si è adeguata alle indicazioni delle linee guida.

Tale criticità appare ancora più evidente in età evolutiva laddove il coinvolgimento del Dipartimento Materno-Infantile risulta essere estremamente basso.



Dati tratti dal Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio e Regione Umbria "Le buone pratiche di cura nei DCA"

Sarebbe utile, quindi, che ad una implementazione delle strutture assistenziali corrisponda anche una differenziazione dei percorsi di cura per l'età evolutiva rispetto a quelli per gli adulti, in modo che vengano garantiti modelli di intervento adeguati ai bisogni emergenti delle diverse fasce d'età e luoghi di cura specifici.

### ***Rete assistenziale***

Sarebbe auspicabile che le strutture assistenziali siano inserite all'interno di una rete coordinata di interventi che assicuri la continuità e l'integrazione delle cure.

Se questo tipo di rete si è costruito all'interno dell'intervento assistenziale sui pazienti più adulti, risulta ad oggi ancora da costruire per quanto riguarda l'età evolutiva dove l'area materno-infantile a tutt'oggi è solo raramente coinvolta nell'assistenza, così come la rete dei servizi socio-assistenziali educativi (Servizi Sociali, scuola) e soprattutto i pediatri di libera scelta, che dovrebbero essere in realtà il focus dell'intervento, il punto cardine della rete assistenziale.

Roma, 28 marzo 2017

Dott.ssa Valeria Zanna