



---

# I disturbi del comportamento alimentare | Focus: Lombardia

## ANALISI e PROPOSTE

**ROSARIA IARDINO**

---

**Presidente Fondazione The Bridge**

# La costruzione | PERCHE'

## ALLARME NAZIONALE

È un'urgenza dal punto di vista epidemiologico

Sollecitazione di IFEL

## LOMBARDIA

Legge 2/2021

Ha fatto «dignità» alla patologia  
VS

Segnalazione alcune criticità  
rispetto a :

Servizi

Dati

Criteri

Misurazione esiti

OTTICA del lavoro:

- confronto
- ausilio per RL

## ATTENZIONE A

Stato dell'arte (dato non pubblico)

Mappatura dell'arte (dato non pubblico)

Definizione di DCA in un'ottica clinico-gestionale (patologia a sé stante)

Ipotesi di modello ad hoc di presa in carico

Ipotesi requisiti e condizioni specifiche per DCA

Elementi necessari a ipotizzare un sistema di tariffazione legato a outcome clinico e value-based



# La costruzione

## CHI

Esperti e stakeholder di diversi ambiti

- Psichiatria
- Neuropsichiatria
- Scienze della nutrizione
- Psicologia / psicoterapia
- Medicina interna
- Economia sanitaria
- Aspetti strategico-organizzativi
- Diritto amministrativo e diritto sanitario

## COSA

Un anno di lavoro:

- Analisi letteratura grigia (dati, epidemiologia, incidenza, impatto Covid, focus adolescenti) > Stima Lombardia
- Analisi normativa (confronto regionale)
- Analisi linee guida (internazionali, nazionali, regionali),
- Mappatura (nazionale VS Stato dell'arte in Lombardia)
- Definizione del percorso di presa in carico dedicato (WIP)
- Identificazione dei requisiti e delle condizioni di accreditamento specifici

# Qualche numero (1/2)

## IN ITALIA

- **3,5 milioni**, numero di **persone** in Italia colpite da Disturbi del Comportamento Alimentare ogni anno;
- **3,3%** : percentuale della popolazione italiana affetta da **Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa**;
- **7%** : percentuale della popolazione italiana affetta da **Obesità**;
- **4.000** : numero di **morti** all'anno per Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa;
- **8-12** anni di età, periodo di insorgenza dei DNA nella fascia adolescenziale della popolazione.

## COVID come fattore predittivo

- **680.569 casi** (anoressia, bulimia e *binge eating*) intercettati nel **2019**;
- **superato il milione nel 2021**
- **1.450.567** nel 2022.
- **+35/40%**: percentuale di crescita dei D.C.A. durante la pandemia

## FOCUS ADOLESCENTI

- **61%**: percentuale degli adolescenti di tutto il mondo che prova avversione per il proprio aspetto fisico;
- **32%** : percentuale delle ragazze insoddisfatte del proprio peso;
- **seconda causa di morte** tra gli adolescenti dopo gli incidenti stradali.

# Qualche numero (2/2)

## LOMBARDIA

Non esistono dati e analisi (pubbliche) rispetto a

- Epidemiologia
- Numero totale di persone che soffrono di disturbi del nutrimento residenti in regione
- Numero persone prese in carico nei diversi setting in regione
- Numero di persone lombarde in cura «fuori regione»

## STIME

Nel corso della presentazione della neonata legge regionale 2/2021 era stato dichiarato che nel “2019 i **minori affetti da disturbi alimentari e presi in carico dal Servizio sanitario lombardo sono stati circa 1.500, 3.000 invece gli adulti**”

**VS** si stima che, durante la pandemia, i casi siano aumentati del 35%

**VS** si tratta dei dati conosciuti > punta iceberg > sottostima

### LA NOSTRA STIMA

sulla base di una **prevalenza** del 5%: persone con DNA = **497.500**, di cui quasi 50.000 affetti da anoressia e poco più del doppio da bulimia nervosa.

guardando all'**incidenza** dell'anoressia nervosa, approssimando a 10 l'incidenza generale rispetto al numero di abitanti, si può stimare **995 nuovi casi all'anno in Lombardia**

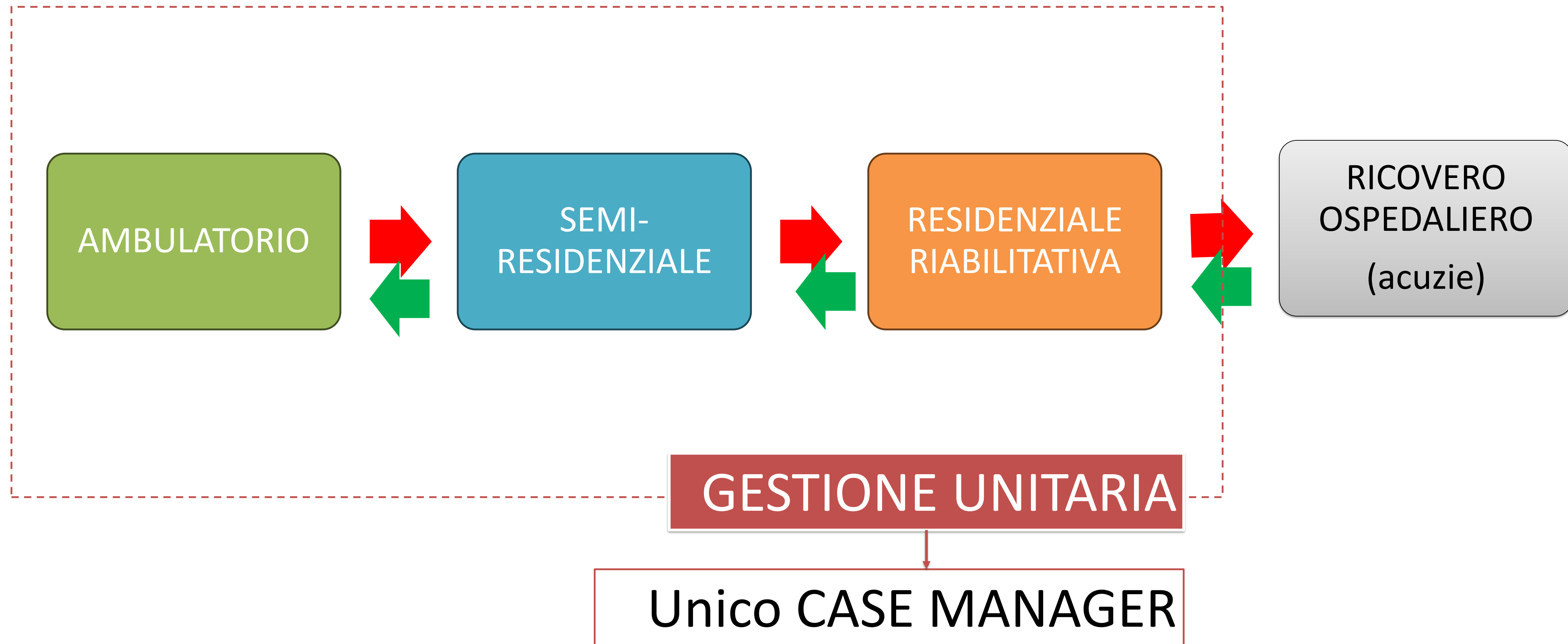
# Indicazioni normative: Confronto nazionale

Regione	Legge	Linee guida/PDTA
ABRUZZO	X	X
BASILICATA	X	
CALABRIA	X	
CAMPANIA	X	
EMILIA ROMAGNA	X	X
FRIULI VENEZIA GIULIA	X	X
LAZIO	X	X
LIGURIA	X	X
LOMBARDIA	X	
MARCHE	X	X
PIEMONTE	X	X
PUGLIA	X	
SARDEGNA	X	X
SICILIA	X	X
VALLE D'AOSTA	X	
VENETO	X	X

# Richieste

1. Pubblicizzazione dati e informazioni
2. Riconoscimento della patologia in senso proprio
3. Sperimentazione di un modello di presa in carico

# Il modello che si propone





# Necessità di criteri specifici | Caratteristiche generali

- Proposta ideale dovrebbe prevedere che **uno stesso soggetto** sia in grado di offrire diversi livelli di assistenza (ambulatoriale, centro diurno, ricovero riabilitativo in residenza), seppur non necessariamente fisicamente nella stessa unità, garantendo un continuum di cura.
- Tenendo, inoltre, conto tanto l'attuale epidemiologia, quanto la letteratura e le evidenze cliniche circa il trattamento in fase di transizione sarebbe opportuno raccomandare che la struttura riabilitativa garantisca la **compresenza di almeno due nuclei, uno destinato alla popolazione adulta, l'altra a quella dei minori**. Tale soluzione, oltre a tener conto di vantaggi in termini di continuità di cura, avrebbe esiti positivi anche rispetto ai temi di efficacia e sostenibilità.
- La struttura residenziale, collocata in zona residenziale o semi-residenziale di facile raggiungibilità, dovrebbe essere raggiungibile con mezzi pubblici e garantire la possibilità di raggiungere un DEA in un tempo massimo di 20 minuti.
- Nel caso di struttura per minori, deve poter essere garantito l'assolvimento dell'obbligo scolastico.
- Il rispetto della condizione delle persone accolte nella struttura e degli obiettivi caratterizzanti la struttura stessa impongono una concezione architettonica e spaziale atta a ricreare condizioni di vita ispirate migliorarne la qualità. In quest'ottica la struttura dovrà risultare familiare e accogliente oltre che strutturato e organizzato in modo adeguato.
- Dovrebbe rappresentare un hub di assistenza, prevedendo protocolli di collaborazione attiva con i principali punti di accesso del paziente affetto da DCA al servizio.
- Costi ipotizzati per residenzialità: adulto 250€, minore 261 €