



## L'Anoressia Nervosa

Negli ultimi decenni l'Anoressia nervosa (AN) è oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e degli operatori sanitari e sociali, in virtù della diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e dell'eziologia multifattoriale complessa (biologica, psicologica e socioculturale).

Rappresenta un problema di salute rilevante, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi occidentali.

È segnalato un aumento dei casi a esordio precoce, in età prepubere, con importanti rischi evolutivi, sostenuto sia dai nuovi modelli educativi familiari sia dall'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza (Quaderni del Ministero della Salute n. 17/22, 2013).

Gli studi epidemiologici evidenziano un aumento dell'incidenza nelle femmine di età compresa tra 12 e 25 anni, e stimano, nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza intorno allo 0.2-0.9%. In adolescenza incidenza e prevalenza aumentano notevolmente e la popolazione tra 12 e 16 anni è considerata a rischio.

Tra le ragazze di 18-24 anni sono affette da Anoressia 2 su 100 (40.000 in Italia; 2.600 in Piemonte) mentre altre 4,5 su 100 (90.000 in Italia e poco meno di 6.000 in Piemonte) presentano Bulimia, un disturbo del comportamento alimentare che spesso si alterna con l'Anoressia. In **Piemonte** tra le ragazze di 18-24 anni ne sono affette 2.600, mentre poco meno di 6.000 presentano Bulimia, un disturbo del comportamento alimentare che spesso si alterna con l'Anoressia. Secondo i dati da noi raccolti nelle Scuole superiori piemontesi, circa il 25% delle allieve è in sottopeso; di queste 1 su 5 ritiene di essere normopeso, mentre almeno 1 su 4 delle ragazze in normopeso ritiene di essere grassa. È una conseguenza della forte spinta all'ipersnellezza, *drive for thinness*, presente nel mondo occidentale e evidentemente molto attiva nella nostra Regione. È da rilevare che quando il sottopeso è dovuto a volontaria restrizione alimentare il rischio di Anoressia aumenta di 8 volte.

Il rapporto maschi-femmine è di 9 a 1, la distribuzione sociale uniforme, il rischio di cronicizzazione del 20%; è presente un alto tasso di mortalità (5%), 5-10 volte superiore a quello delle persone sane di uguale età e sesso.

Gli aspetti critici della rilevazione epidemiologica, non solo in Italia, risiedono nella particolarità di un disturbo la cui prevalenza nella popolazione generale è molto bassa, ma può raggiungere tassi elevati in sottopopolazioni specifiche (sesso femminile, età adolescenziale, atlete, modelle) e nella tendenza delle persone affette a occultare il proprio disturbo e ad evitare, almeno per un lungo periodo, l'aiuto di professionisti e la possibilità di un progetto di cura tempestivo.

L'Anoressia si caratterizza per consistente perdita di peso corporeo, intensa paura di ingrassare nonostante il sottopeso e disturbi dell'immagine corporea; sono frequenti complicanze mediche a carico di diversi organi e apparati, difficoltà nelle relazioni interpersonali, scolastiche, lavorative ed è frequente l'associazione con altre patologie psichiatriche (depressione, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, dipendenza da alcool o da sostanze).

Se non trattata tempestivamente comporta un elevato rischio di cronicizzazione con pesanti conseguenze sulla qualità della salute e della vita dei soggetti affetti e delle loro famiglie, costi sanitari e sociali elevatissimi.

## La Prevenzione

Nell'ultimo decennio si è attribuita grande enfasi alla necessità di sviluppare programmi di prevenzione basati su evidenze scientifiche che possano svolgere un'azione protettiva e di contrasto rispetto ai fattori di rischio e di diffusione (in particolare stili di vita e modelli culturali), pur con importanti limiti particolarmente in età adolescenziale.

Vi sono tre forme di Prevenzione:

- La **primaria** pone le premesse perché si riduca il rischio della patologia;
- La **secondaria** è volta a cogliere la patologia in fase precoce così da permettere un tempestivo e assai più efficace intervento terapeutico; la precocità della diagnosi e degli interventi d'appoggio psicologico e nutrizionistico è di grande importanza in quanto consente di ridurre le situazioni di aggravamento e cronicizzazione;
- La **terziaria** è volta a minimizzare le ricadute, le complicanze e le sequele della malattia.

La **prevenzione primaria**, finalizzata a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio), è rivolta all'educazione, sensibilizzazione e informazione. Questa deve mirare a fornire ai ragazzi, e ai loro genitori, un'educazione alimentare che porti ad evitare sia il sovrappeso sia il sottopeso. Inoltre è opportuno insegnare alle ragazze a riconoscere le esigenze del proprio organismo tramite i 'messaggi' che questo invia, ad esempio la regolarità o meno dei flussi mestruali. Evidenziando nel contempo quanto sia importante, soprattutto in prospettiva, che queste esigenze siano rispettate, al di là delle mode e delle pressioni 'culturali' verso l'ipersnellenza (*"drive for*

*thinness*”). Particolare importanza viene riconosciuta, in adolescenza, allo sviluppo di competenze critiche rispetto ai messaggi dei mass-media sui modelli alimentari, corporei, di identità femminile, su informazioni e convinzioni non corrette, e al potenziamento di fattori protettivi (stima di sé, problem solving, capacità di comunicazione).

La **prevenzione secondaria**, volta all'identificazione tempestiva della patologia, seguita da un immediato intervento terapeutico efficace atto a interrompere o rallentare il decorso, ha come obiettivo la riduzione della morbilità e della cronicizzazione del disturbo attraverso il riconoscimento precoce dei sintomi nella consapevolezza condivisa che la prognosi correla con la tempestività della diagnosi e la continuità delle cure.

È importante la sensibilizzazione sui primi sintomi, non solo di medici, insegnanti, genitori, ma anche dei ragazzi stessi che devono essere informati delle conseguenze sfavorevoli del sottopeso e della restrizione alimentare; inoltre, il miglioramento della comunicazione tra diverse istituzioni (scuola-famiglia-sanità) e la possibilità di accesso a centri specialistici.

I centri specialistici devono offrire una gestione ambulatoriale caratterizzata da facilità di accesso, continuità delle cure, approccio multidisciplinare (neuropsichiatra infantile/psichiatra, dietologo, dietista, psicologo/psicoterapeuta, ginecologo endocrinologo): è necessario avviare l'intervento di cura, consentire la ripresa delle condizioni nutrizionali, formulare la diagnosi psichiatrica e il progetto terapeutico, avviare l'intervento psicoterapeutico individuale e/o familiare.

La **Prevenzione terziaria**, volta al controllo e al contenimento degli esiti complessi di una patologia, ha come obiettivo il trattamento e la riduzione dei sintomi della patologia conclamata (importante difetto nutrizionale, complicanze cardiovascolari, osteoporosi, grave isolamento relazionale, ritiro scolastico, disturbi psichiatrici in fase di scompenso). Necessita del potenziamento di strutture sanitarie (day-hospital, ricovero ospedaliero, residenzialità extra-ospedaliera) in grado di gestire la fase acuta, le ricadute e il trattamento a lungo termine. Anche per queste strutture l'intervento deve prevedere un approccio multidisciplinare.

## **Scopi dell'Associazione**

L'Associazione Pr.A.To. (Prevenzione Anoressia Torino) si è costituita nel 2003 con lo *scopo di promuovere e favorire le varie forme di prevenzione, sostenendo nel contempo l'attività delle strutture pubbliche di diagnosi e cura dell'Anoressia.*

In particolare, l'Associazione, che opera nell'ambito della Regione Piemonte, ha i seguenti scopi:

1. Informare e aggiornare sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce dell'AN medici di base, medici specialisti, psicologi, insegnanti e genitori e studenti

delle scuole superiori mediante organizzazioni di convegni, conferenze, seminari, incontri nelle scuole, ecc.;

2. Contribuire a formare giovani medici specializzandi in neuropsichiatria infantile, psichiatria, pediatria, ginecologia, dietologia e nutrizione clinica, psicologia clinica, nonché giovani psicologi con orientamento clinico e psicoterapeutico;
3. Promuovere e realizzare studi e ricerche sugli strumenti di prevenzione, diagnosi e terapia più idonei ed efficaci;
4. Favorire il contatto delle adolescenti, delle giovani donne e dei genitori con le strutture sanitarie mediante campagne di sensibilizzazione;
5. Sostenere l'attività e promuovere il potenziamento delle strutture dedicate alla diagnosi precoce e al trattamento dell'Anoressia nei vari stadi.

Questi obiettivi sono perseguiti dall'Associazione sia direttamente attraverso i propri soci, sia tramite varie forme di collaborazione con Enti pubblici e privati (accordi di programma, coordinamento di progetti di ricerca, ecc.), anche nella prospettiva di ottenere finanziamenti specifici indispensabili per realizzare i programmi, informativi e formativi, decisi dal Consiglio direttivo dell'Associazione.

## **Associazione Pr.A.To.** Prevenzione Anoressia Torino

Presidente onorario: Evelina Christillin

Presidente: Carlo Campagnoli

Vicepresidenti: Anna Peloso e Roberto Rigardetto

Comitato scientifico - Presidente onorario: Gian Giacomo Rovera, Responsabili:

Secondo Fassino e Benedetto Vitiello

Segretario generale: Maria Simona Sacco

Tesoriere: Anna Rosa Opezzo

Consiglieri: Paolo Emilio Ferreri, Maria Gioia, Laura Lesca, Wanda Pandolfi, Clementina Peris, Maria Cristina Zandano, Paola Zunino

Revisori dei conti: Laura Aldovrandi, Alessandro Braja, Lionello Jona

## **Associazione Pr.A.To.**

[prevenzioneanoressia.to@gmail.com](mailto:prevenzioneanoressia.to@gmail.com)