

# Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa

## Compulsory treatment in anorexia nervosa

P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze,  
Università di Padova  
Centro Regionale per i Disturbi  
del Comportamento Alimentare,  
Azienda Ospedaliera di Padova

### Key words

Anorexia nervosa • Eating disorders  
• In-patient treatment • Compulsory  
treatment

### Summary

*Anorexia nervosa is a potentially fatal disorder with low insight into the consequences of persisting lack of food intake. Hence, it may need sometimes involuntary hospitalisation to avoid severe medical complications and death. The author reviewed international literature focusing on compulsory treatment in anorexia nervosa and compared it to the available epidemiological evidence in the Veneto region, north-eastern Italy. He found the compulsory treatment rate for anorexia*

*nervosa in the Veneto region (less than 4%) to be considerably lower than the figures reported from the United Kingdom (between 16 and 30%), Australia (about 30%), and Iowa (USA) (more than 15%). The author attributes the discrepancy to differences in the laws regulating compulsory treatment, which in Italy allow the patient to be hospitalised in a psychiatric unit only, whereas in other countries, general hospital management or specific anorexia nervosa units for multidisciplinary treatment are available.*

### Introduzione

Il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici è sempre stato oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico e, per l'anoressia nervosa, la questione è, per molti aspetti, ancora più complessa.

Tra i disturbi psichiatrici, l'anoressia nervosa è quello che presenta i più alti indici di mortalità<sup>1</sup>, con valori che, negli studi di follow-up a lungo termine, sono compresi tra 10 e 20%; il suicidio è tra le più frequenti cause di morte<sup>2,3</sup>. In alcune pazienti la negazione della malattia e della gravità delle condizioni mediche, la paura di ingrassare, il disturbo dell'immagine corporea, l'inflessibilità cognitiva, inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio per la sopravvivenza. Nonostante non vi sia una compromissione del funzionamento globale della persona, in una minoranza di pazienti, le alterazioni del comportamento, del pensiero e della capacità di giudizio, il disturbo dell'immagine di sé e l'incapacità di rispondere alle normali necessità di sopravvivenza, sono tali da indurre molti clinici a considerare l'obbligatorietà della cura. Come per altre patologie psichiatriche, la decisione riguardo alla valutazione della capacità di consenso dovrebbe derivare da un accurato bilanciamento tra la necessità di rispettare l'autonomia del paziente e la necessità di proteggere le persone con alterazione cognitive dalle conseguenze di una decisione sbagliata<sup>4</sup>.

#### Corrispondenza:

Paolo Santonastaso, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, via Giustiniani 5, 35128 Padova, Italia • Tel. 0498213833 • E-mail: paolo.santonastaso@unipd.it.

## Aspetti legislativi

Nel Regno Unito la Commissione per il *Mental Health Act* ha fornito un'indicazione per la cura dell'anoressia nervosa <sup>5</sup>, riconoscendo che si tratta di un disturbo mentale e che in alcune pazienti la capacità di consenso può essere compromessa dalla paura di ingrassare o dalla negazione delle conseguenze delle proprie azioni, nonostante il mantenimento della capacità di capire la natura, gli obiettivi e il probabile effetto della cura. Nelle indicazioni pubblicate nel 2006 <sup>6</sup> la Commissione afferma che "in rari casi, quando la salute fisica o la vita del paziente è in grave pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, può essere necessario il trattamento obbligatorio". Secondo Ayton et al. <sup>7</sup> in queste affermazioni l'anoressia è vista in modo diverso dalle altre malattie mentali perché si prendono in considerazione i problemi fisici piuttosto delle condizioni psicopatologiche generali previste per il trattamento obbligatorio: gli autori si chiedono se vi sia una qualche ragione teorica per presumere che l'autonomia del paziente sia più importante nell'anoressia nervosa di quanto non lo sia, ad esempio, nella schizofrenia o nella depressione. Nello stato dello Iowa, si applicano all'anoressia nervosa gli stessi requisiti (simili a quelli di molti altri stati americani) che si applicano agli altri disturbi psichiatrici per l'obbligo legale ad un trattamento non volontario: 1) la presenza di un disturbo psichiatrico; 2) il disturbo mette in pericolo la vita del paziente o per autolesioni o per incapacità di prendersi cura di sé, causate dal disturbo; 3) il rifiuto delle cure. Per la salvaguardia dei diritti dell'individuo è prevista una petizione alla corte da parte di un familiare o di un medico e la valutazione da parte di un medico che non ha relazione con i richiedenti per determinare la presenza, la gravità e il rischio per la vita della malattia <sup>8</sup>.

Nella legislazione italiana l'anoressia nervosa può essere considerata come una delle malattie psichiatriche in cui si possono verificare le condizioni previste dalla legge 833/78 (art. 34) per l'applicazione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO): la presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", l'impossibilità di "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere" e la negazione del consenso da parte del paziente. A questo proposito è stato sottolineato <sup>9</sup> che nell'anoressia il motivo urgente dell'ospedalizzazione è più spesso costituito

dalla grave compromissione fisica che richiede un trattamento di carattere medico e/o la rialimentazione forzata, e non da alterazioni psichiche tali da richiedere, di per sé, un trattamento urgente, come previsto dalla legge. È vero però che sono le "alterazioni psichiche" che impediscono al paziente una valutazione adeguata del proprio stato di salute e del conseguente rischio per la vita, e che tali alterazioni vanno trattate, in primo luogo, con la riabilitazione nutrizionale: in generale, tra i pazienti psichiatriche, la mancanza di insight, intesa come non consapevolezza della malattia e della necessità di trattamento, uno dei più importanti predittori di incapacità <sup>4</sup>. A proposito dell'utilizzazione del sondino naso-gastrico e di procedure di alimentazione forzata, si deve dire prima di tutto che un ricovero obbligatorio non significa necessariamente il ricorso alla alimentazione forzata: nessuna delle 81 pazienti ricoverate obbligatoriamente nello studio di Ramsay et al. <sup>10</sup> è stata trattata con l'alimentazione forzata tramite sondino. Secondo la legislazione italiana il TSO è possibile nell'anoressia nervosa perché il rifiuto del trattamento della malattia fisica è il sintomo di una malattia psichica; secondo un'interpretazione restrittiva della legge, il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche e non sarebbe quindi possibile una rialimentazione forzata. Ma si deve anche considerare che nel caso dell'anoressia un apporto nutrizionale adeguato e il miglioramento della salute fisica sono le principali condizioni per un miglioramento del quadro psichiatrico e, pertanto, in rari casi, si potrebbe procedere in questo senso.

## Dati clinici internazionali

Negli ultimi anni la letteratura sulla coercizione e sui trattamenti senza consenso nell'anoressia è cresciuta, ma non sono molti i lavori che riportano la percentuale di trattamenti obbligatori, sul totale dei ricoveri. Robinson <sup>11</sup>, in un'inchiesta condotta tra tutte le unità specialistiche per i disturbi alimentari in Inghilterra e Galles (n. 21), ha rilevato che nel 1989 il 32% (n. 160) di tutte le pazienti con diagnosi di *anoressia nervosa* (n. 499) è stato ospedalizzato e che i ricoveri obbligatori erano il 10% sul totale dei ricoveri. Un altro studio inglese condotto dal gruppo di Gerald Russell <sup>10</sup> ha trovato che il 16% dei ricoveri totali (n. 506) effettuati nell'unità per i disturbi alimentari di Londra tra il 1983 e il 1995 erano obbligatori. In uno studio america-

no su 397 pazienti ricoverati tra il 1991 e il 1998 nell'unità per i disturbi alimentari del University of Iowa Hospital, il 16,6% dei pazienti era stato ricoverato non volontariamente<sup>8</sup>. Nei due studi più recenti, l'evoluzione a breve termine dei pazienti ricoverati obbligatoriamente non è diversa da quella dei pazienti che hanno accettato il trattamento. Ma lo studio inglese riporta dati di un follow-up a 5,7 anni, in cui la percentuale di mortalità è superiore nei pazienti ricoverati non volontariamente; questo sarebbe dovuto al fatto che il rifiuto del trattamento implica una selezione di casi la cui natura è più difficilmente trattabile. Questo d'altro canto si verifica anche in altre patologie psichiatriche in cui è stato osservato che coloro che rifiutano il trattamento sono più gravi, e il loro funzionamento è a un livello più basso<sup>12</sup>. In entrambi gli studi è sottolineato che l'obbligatorietà della cura non compromette lo sviluppo di una valida alleanza terapeutica; nello studio americano<sup>8</sup> molti pazienti, alla fine del trattamento ospedaliero, hanno riconosciuto la necessità del ricovero. Nello studio australiano di Carney et al.<sup>13</sup>, si rileva una percentuale del 28% di trattamenti obbligatori sul totale dei ricoveri per anoressia effettuati in una unità per i disturbi alimentari nell'arco di 5 anni (n. 96). Un ultimo studio inglese<sup>7</sup> è stato pubblicato recentemente e riguarda 50 pazienti con esordio precoce e un'età media di 16 anni: il 32% è stato ricoverato obbligatoriamente con il ricorso al *Mental Health Act*. L'evoluzione a breve termine e al follow-up a un anno, anche in questo studio, non è diversa tra pazienti ricoverati obbligatoriamente rispetto ai pazienti volontari; al follow-up sono decedute due pazienti, entrambi tra quelle ricoverate volontariamente. Se questo dato venisse confermato in campioni più ampi, potrebbe implicare che nei soggetti ad esordio precoce la necessità di un ricovero non volontario si presenta con maggiore frequenza. Poiché studi recenti hanno evidenziato che l'età d'esordio dell'anoressia nervosa negli ultimi anni si è progressivamente abbassata<sup>14</sup>, la conferma di questa ipotesi potrebbe comportare un progressivo aumento della necessità di ricoveri obbligatori per pazienti con esordio precoce.

### Dati preliminari in nella Regione Veneto

In Italia disponiamo di alcuni dati sulla percentuale di TSO sul totale dei ricoveri psichiatrici<sup>15</sup>, ma non sono disponibili dati sul TSO nell'AN.

Il Centro Regionale per i disturbi alimentari di Padova ha condotto una ricerca sul TSO nella Regione Veneto<sup>16</sup>. Con una popolazione di 4.832.340 residenti (2007) per una superficie di 18.364 km<sup>2</sup>, il Veneto è una delle Regioni più grandi e più densamente popolate d'Italia. I dati sono stati ricavati dal Registro Regionale Informativo relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera, che riportavano come diagnosi principale di dimissione una diagnosi psichiatrica nell'arco di sette anni, dal 2000 al 2007.

Nel periodo considerato, sono stati effettuati in tutte strutture sanitarie pubbliche e private del Veneto (reparti internistici e specialistici, reparti psichiatrici, case di cura, strutture riabilitative ospedaliere) 2.978 ricoveri (372/anno) per disturbi del comportamento alimentare (pubblico e privato), di cui 2463 (82,7%) per anoressia nervosa (308/anno). Nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono stati effettuati 302 ricoveri per disturbi alimentari, di cui 207 (68,6%) per anoressia nervosa (26/anno). Tra il 2000 e il 2007, i TSO in pazienti con anoressia nervosa sono stati 7, che corrisponde alla percentuale di 0,28% del totale dei ricoveri per anoressia e al 3,4% dei ricoveri per anoressia effettuati nei SPDC. I ricoveri effettuati nei SPDC corrispondono alla percentuale di 8,4% su tutti i ricoveri per anoressia nervosa. Per valutare correttamente questi dati è necessario confrontarli con quelli relativi al TSO in tutte le altre patologie psichiatriche: in Veneto, la percentuale rilevata di TSO sul totale dei ricoveri nei servizi di diagnosi e cura è di 5,2%.

### Osservazioni e suggerimenti

La diversità tra i dati riportati nella letteratura internazionale e i dati rilevati nella Regione Veneto va interpretata con una certa cautela: innanzi tutto occorre ricordare che se in Italia la percentuale di trattamenti obbligatori sul totale delle ospedalizzazioni psichiatriche pubbliche nel 2001 è stata di 12,9%<sup>15</sup>, nel Regno Unito, nello stesso anno, è stata di 30%<sup>17</sup>. In Europa, la percentuale di trattamenti obbligatori sul totale delle ospedalizzazioni psichiatriche varia da 3,2% in Portogallo a 30% in Svezia, con un valore mediano di 13,2%<sup>18</sup>. Nella Regione Veneto questa stessa percentuale, secondo i nostri dati, risulta ancora inferiore (5,2%). In Italia quindi, in generale, i trattamenti obbligatori per le patologie psichiatriche sono meno frequenti

che nel Regno Unito, e in Veneto risultano ancor meno frequenti della media nazionale <sup>19</sup>.

Nei diversi Paesi si riscontra dunque una notevole eterogeneità nel ricorso ai ricoveri obbligatori; questo è ovviamente il riflesso di diversità culturali e legislative, di una diversa attenzione alla questione etica delle libertà personali, e di pratiche cliniche diverse, che si sono consolidate nel tempo, anche in rapporto all'organizzazione e all'accessibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione. Nonostante le cautele insite in queste osservazioni, la lettura complessiva dei dati disponibili indica chiaramente che le percentuali di ricoveri obbligatori rilevate in Veneto per l'anorexia nervosa, sono le più basse tra quelle descritte in letteratura.

Questa osservazione da un lato potrebbe essere valutata positivamente per la capacità dei centri per i disturbi alimentari di trattare una quota più elevata di pazienti senza fare ricorso al trattamento obbligatorio, dall'altro potrebbe indicare che una percentuale non trascurabile di pazienti più gravi, che rifiutano il trattamento, non viene adeguatamente trattata.

Oltre alla diversità nelle legislazioni dei diversi Paesi, che sembrano comunque ispirarsi agli stessi principi di tutela della salute e di tutela dei diritti della persona malata, il dato potrebbe essere ragionevolmente attribuito ad una diversità nelle procedure operative adottate per realizzare il trattamento obbligatorio e soprattutto alla diversità delle strutture in cui l'ospedalizzazione può essere effettuata. In Italia, infatti, il TSO può essere effettuato soltanto nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (in realtà la legge non esclude di poter effettuare un trattamento obbligatorio in altri reparti, ma i problemi clinici ne escludono la fattibilità). In Australia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti i pazienti con anoressia che necessitano di un trattamento ospedaliero, ma non lo accettano, vengono ricoverati in strutture specifiche finalizzate al trattamento dei disturbi alimentari, che prevedono l'utilizzazione di un programma di trattamento e di un approccio terapeutico in cui gli aspetti internistici, la riabilitazione nutrizionale, l'educazione alimentare sono integrati con gli aspetti psicopatologici e psichiatrici e vengono trattati da un'équipe multidisciplinare specificamente formata. Uno studio recente attribuisce il miglioramento della sopravvivenza di pazienti con anoressia nervosa, che si è manifestato in Svezia negli ultimi anni,

proprio alla costituzione di queste unità di cura specializzate <sup>20</sup>. I servizi di diagnosi e cura appaiono per diversi motivi inadeguati alla cura di tali patologie: si tratta di servizi con 15 letti, dedicati al trattamento di fasi acute di malattia, con turnover relativamente rapido e con la presenza di pazienti che possono presentare notevole agitazione psicomotoria e comportamenti violenti. Il personale dei servizi psichiatrici non è formato per la gestione di pazienti con esigenze così particolari dal punto di vista del comportamento alimentare e delle complicanze mediche; inoltre il periodo di degenza necessario per un adeguato recupero e una stabilizzazione del peso non può essere breve come quello della maggior parte dei ricoveri effettuati nei servizi di diagnosi e cura. A questo proposito è stato osservato che una permanenza più lunga nel corso della prima ospedalizzazione è associata ad una evoluzione migliore <sup>3</sup>. Per questi motivi, molti psichiatri e molti operatori che si occupano di disturbi alimentari non ritengono indicato il ricovero di questi pazienti in tali strutture e questo trova conferma nel fatto che i ricoveri nei servizi di diagnosi e cura corrispondono in Veneto alla percentuale di 8,4% del totale dei ricoveri per anoressia nervosa.

Una delle possibili conseguenze di questa situazione è che con alcuni pazienti vengano messe in atto forme di coercizione più "subdola", che probabilmente garantiscono i diritti della persona molto meno di quanto non lo facciano le procedure che vengono messe in atto per disposizione di legge. Un'altra possibile conseguenza è che il mancato intervento porti ad un aumento della cronicizzazione, di gravi complicanze e della stessa mortalità. Uno studio sulla mortalità per anoressia nervosa in rapporto alla popolazione del Veneto potrebbe consentire un confronto con i dati della letteratura e una verifica di questa eventualità.

In un momento in cui la legislazione italiana sui trattamenti senza consenso è oggetto di dibattito nelle aule parlamentari, nella comunità degli psichiatri e nei media, voglio sottolineare che non si tratta di proporre modificazioni alla legislazione attuale, né di evocare la necessità di un TSO "dedicato" per l'AN, ma della opportunità di istituire ambienti clinici dedicati, adatti al trattamento di casi particolarmente gravi, inclusi quelli in cui la psicopatologia del paziente è tale da indurlo a negare il consenso al trattamento. I reparti, per ricoveri a breve/medio termine, non potrebbero

non essere collocati in ambito ospedaliero, dove è possibile utilizzare un ampio spettro di interventi specialistici (cardiologia, rianimazione etc.) con la necessaria intensità di cura, sia dal punto di vista internistico che da quello psichiatrico.

Naturalmente, come per ogni altra patologia psichiatrica, il TSO dovrebbe essere utilizzato secondo il principio della beneficalità della cura: i vantaggi del trattamento ospedaliero devono essere prevedibilmente superiori ai rischi che possono insorgere intervenendo contro la volontà del paziente <sup>21</sup>.

## Bibliografia

- 1 Millar HR, Wardell F, Vyvyan, JP, Naji SA, Prescott GJ, Eagles JM. *Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999*. Am J Psychiatry 2005;162:753-7.
- 2 Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. *Predictors of mortality in eating disorders*. Arch Gen Psychiatry 2003;60:179-83.
- 3 Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. *Excess mortality, causes of death and prognostic*. Br J Psychiatry 2009;194: 10-7.
- 4 Appelbaum PS. *Assessment of patient's competence to consent to treatment*. N Engl J Med 2007;357:1834-40.
- 5 Mental Health Act Commission. *Guidance on the treatment of anorexia nervosa under the Mental Health Act 1983 (Guidance Note 3)*. Nottingham: Mental Health Act Commission 1997.
- 6 Mental Health Act Commission. *Guidance on the treatment of anorexia nervosa under the Mental Health Act 1983*. Nottingham: Mental Health Act Commission 2006.
- 7 Ayton A, Keen C, Lask B. *Pros and Cons of Using the Mental Health Act for Severe Eating Disorders in Adolescents*. Eur Eat Disorders Rev 2008;17:14-23.
- 8 Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. *Involuntary treatment of eating disorders*. Am J Psychiatry 2000;157:1806-10.
- 9 Marinozzi L, Troiani S, Borsetti G, Rodriguez D. *Alimentazione forzata nei pazienti anoressici tra etica e scienza*. Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 2000;3:180-9.
- 10 Ramsay RR, Ward A, Treasure J, Russell GFM. *Compulsory treatment in anorexia: short-term benefits and long-term mortality*. Br J Psychiatry 1999;175:147-53.
- 11 Robinson P. *Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part I. A survey of specialist services*. Eat Disorders Rev 1993;1:4-9.
- 12 Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T, Lehtinen V. *Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment*. Eur Psychiatry 2000;15:213-9.
- 13 Carney T, Tait D, Richardson A, Touyz S. *Why (and When) Clinicians Compel Treatment of Anorexia Nervosa Patients*. Eur Eat Disorders Rev 2008;16:199-206.
- 14 Favaro A, Caregato L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. *Time trends in age of onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J Clin Psychiatry, in press.
- 15 De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, et al. *Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy*. Br J Psychiatry 2007;191:170-7.
- 16 Palleschi A. *Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa. Tesi di specializzazione in Psichiatria*. Università di Padova 2007.
- 17 Keown P, Mercer G, Scott J. *Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006*. BMJ 2008;337:a1837.
- 18 Salize HJ, Dressing H. *Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?* Curr Opin Psychiatry 2005;18:576-84.
- 19 Gaddini A, Biscaglia L, Bracco R, de Girolamo G, Miglio R, Norcio B, et al. *A one-day census of acute psychiatric inpatient facilities in Italy: findings from the PROGRES-Acute Project*. Psychiatr Serv 2008;59:722-4.
- 20 Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. *Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients*. Am J Psychiatry 2006;163:1433-5.
- 21 Appelbaum PS, Rumpf T. *Civil commitment of the anorexia patient*. Gen Hosp Psychiatry 1998;20:225-30.

## Ringraziamenti

A Gerald Russell per le discussioni sull'argomento e ad Andrea Angelozzi e Lucia Ceschin per la collaborazione nella raccolta e nell'aggiornamento dei dati.