Convegno VII giornata Fiocchetto Lilla  
16 Marzo 2018, Perugia

***Riflessioni e criticità relative all’applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio  
nei Disturbi del Comportamento Alimentare.***

La prima parte del convegno, è stata dedicata alla tematica del TSO nei DCA da un punto di vista normativo, con l’avvocato Laura Tanganelli referente della zona del Trasimeno per l’UNC, in particolare l’utilizzo del TSO nell’anoressia nervosa. In generale il TSO si configura essere come un ricovero forzato e coatto del paziente con problemi psichiatrici ed è stato introdotto con la Legge Basaglia affinché possa essere attuato nel pieno rispetto della dignità di persona. Vediamo infatti come ora vi sia la possibilità di ricovero coatto in rare situazione, altrimenti serve il consenso della persona stessa. Il TSO ha per legge la durata di 7 giorni e nelle condizioni di degenza ospedaliera, le modalità di svolgimento del TSO riguardano i luoghi, il procedimento e il funzionamento concreto. Per quanto riguarda i primi, vediamo che può essere attuato in luoghi extraospedalieri ma solitamente il paziente viene portato in servizi psichiatrici di cura; il procedimento si attua con l’ordinanza del Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria e il quale emanerà un’ordinanza di TSO solo in presenza di due certificazioni mediche che attestino che la persona si trova in una situazione di alterazione tale da necessitare urgenti interventi terapeutici, che gli interventi proposti vengono rifiutati e che non è possibile adottare tempestive misure. Questo è ciò che avviene a livello normativo nel TSO ma vediamo infatti come nella pratica si può evidenziare come il paziente possa presentare un disturbo acutizzato a livello sociale in quanto il più delle volte a richiedere un TSO sono i familiari del paziente o persone a lui vicine, per cui quest’ultimo è poco consapevole del suo stato. Un ricovero coatto si configura essere un evento traumatico che può portare l’individuo a minacce di suicidio o isolamento sociale. Per quanto riguarda il TSO nell’anoressia nervosa, vediamo che non vi è una legge generale a livello legislativo infatti vi sono delle misure protettive diverse da ciò, come la figura dell’amministratore di sostegno. Nonostante i danni fisici e psicosociali determinati dall’anoressia nervosa, le persone che ne sono colpite spesso non vedono il basso peso e la restrizione calorica estrema come un problema e sono ambivalenti nei confronti del trattamento. Alcune arrivano a non accettare le cure o non rispondono ai trattamenti disponibili, mettendo a serio rischio la loro salute fisica. Come gestire queste situazioni è ancora fonte di incertezza e dibattito aperto: alcuni ad esempio sostengono che sottoporre un paziente ad una nutrizione forzata sia una pratica utilizzata a livello invasivo e che può minare la relazione terapeutica avendo così un impatto sull’esito della malattia. In questo scenario si è inserito l’intervento di Laura Dalla Ragione, Direttore Rete DCA Usl Umbria1, la quale in primo luogo ha evidenziato come il DCA sia sì una patologia psichiatrica, ma è un disturbo focalizzato su una alterazione della percezione del corpo. Viene spesso sottovalutato il fatto che il DCA sia una vera e propria malattia e che in molti casi porti alla morte: in Italia oggi sono più di 3 milioni le persone che soffrono di disturbo del comportamento alimentare del quale si evidenzia anche la sua cronicità in quanto la persona può non morire e riprendere peso nel corso del tempo, ma questo non coincide spesso con la totale guarigione in quanto oltre a livello dell’organismo, è una malattia che colpisce anche gli aspetti sociali della persona stessa. Nella praticità, si nota infatti come ad esempio risulti più difficile guarire una persona che soffre di DCA da dieci anni, rispetto a una persona che ne soffre da due anni. I pazienti con DCA sono infatti apparentemente capaci, individui intelligenti con livello cognitivo integro ma vediamo che a livello neurofisiologico troviamo dei cambiamenti in quanto, sotto un certo peso, il sistema nervoso centrale non è più integro. Tornando infatti al TSO e alla capacità volontaria di scegliere e di decidere, vediamo che pazienti con DCA, anche se persone globalmente intelligenti, sul piano della malattia non sono in grado di decidere, in quanto il DCA risulta essere una patologia egosintonica dove quindi il paziente sta bene con il sintomo e risulta quindi difficile dire “la paziente può decidere”. È stato inoltre sottolineato come studi dimostrino che il TSO, che può essere presente solo in presidi ospedalieri, ambienti dove non sono presenti strutture che in questo caso si occupino di DCA, viceversa succede in luoghi dove sono presenti più strutture. Ciò è dovuto anche a un fattore culturale: si nota come in altri paesi il TSO è molto frequente in quanto in Italia nessuno si sente in grado di prendersi la responsabilità e anche perché obiettivamente al paziente viene tolta la sua integrità come persona.   
L’ultimo intervento è stato eseguito da Ettore Corradi, Direttore f.f: S.C. Dietetica e Nutrizione clinica ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il quale oltre ad aver fatto riferimenti tecnici su come lavora generalmente questa clinica ed averne riportato esempi di alcuni ricoveri, ha posto rilievo anche all’importanza del cervello e malnutrizione sottolineando come spesso i sintomi siano legati anche a quest’ultima e non tanto al disturbo in sé.   
L’utilizzo del TSO nelle forme di anoressia più estreme è già in vigore ed è già utilizzato. Studi inglesi sulla mortalità, non mostrano differenze tra pazienti che si sono sottoposti a un trattamento volontario a chi invece ha avuto un trattamento coatto. A livello pratico possiamo infatti concludere che, non vi sono prove circa l’efficacia del TSO come “**salva vita**” in caso di DCA, almeno non più delle tradizionali terapie ed è quindi opportuno e necessario riflettere sulla reale fattibilità di ricorso al TSO.