



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori Ignazio MARINO, BATTISTA, BENCINI, CHITI, CIRINNÀ, COMPAGNONE, DE PIN, FAVERO, GIACOBBE, GRANAIOLA, LO GIUDICE, MANCONI, MARAN, PAGLIARI, PEZZOPANE, PIGNEDOLI, PUPPATO, SCAVONE, SPILABOTTE, STEFANO e VACCARI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013**

Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell’obesità e dei disturbi dell’alimentazione

ONOREVOLI SENATORI. - L'obesità e i disturbi dell'alimentazione (DA) si possono annoverare tra le patologie croniche che più caratterizzano la popolazione del mondo occidentale.

Le analisi epidemiologiche registrano un'elevata prevalenza dei soggetti affetti da queste patologie in rapporto alla popolazione totale.

In Italia il 10,1 per cento della popolazione adulta è affetto da obesità (di questi un 10 per cento circa - vale a dire 500-600.000 individui - presenta un'obesità complicata da gravi patologie sul piano cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare e dismetabolico).

Inoltre circa la metà dei pazienti che richiede un trattamento per i disturbi dell'alimentazione è affetto da disturbi di gravità clinica che non rientrano tra i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa.

Sono ben 52.000 i decessi all'anno attribuibili all'obesità, mentre i disturbi dell'alimentazione fanno registrare il livello più alto di mortalità dopo le politossicodipendenze tra i disturbi mentali (0,5 per cento per anno).

Questi dati testimoniano un aumento rilevante della morbosità in relazione alla presenza di tali patologie, con gravi ripercussioni sulle aspettative di vita dei soggetti obesi e sulla loro stessa qualità di vita fisica e psicosociale, poiché tali patologie sono spesso legate a varie forme di disabilità, che possono svilupparsi anche indipendentemente dalla presenza di comorbidità.

Il dato preoccupante è che negli ultimi decenni si è assistito a un aumento progressivo di tali patologie che scaturiscono dalla

combinazione di cause predisponenti (di natura biologica, sociale e psicologica), fattori scatenanti e fattori perpetuanti.

La patogenesi dell'obesità e dei DA è, infatti, multifattoriale. È legata all'interazione di vari fattori che possono intervenire nel corso della vita di un paziente, come fattori genetici predisponenti, fattori ambientali (familiari, lavorativi, micro e macro-sociali), lo stile di vita (abitudini alimentari scorrette combinate con un ridotto dispendio energetico), alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità.

A ciò si deve aggiungere che la prevalenza dell'obesità ha raggiunto livelli tali da gravare in modo incisivo sullo stato di salute della popolazione e sui bilanci della sanità. Così come l'obesità, anche i disturbi dell'alimentazione presentano sia costi diretti (ospedalizzazione, riabilitazione, eccetera) sia indiretti (inabilità al lavoro, mortalità precoce, eccetera).

Tali costi, seppur molto elevati, sono verosimilmente sottostimati, perché si devono considerare anche i costi sociali legati alla ridotta produttività lavorativa dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione (giorni di lavoro persi, inabilità ad alcune mansioni, incremento degli incidenti sul lavoro e del pensionamento anticipato) e i costi non direttamente quantificabili in termini economici, ma che rappresentano un *vulnus* in termini di uguaglianza e di pari opportunità, che colpiscono questi pazienti (minor rendimento scolastico, discriminazione lavorativa, difficoltà psicosociali, scarsa qualità della vita).

Il quadro descritto rende auspicabile una disciplina della materia, poiché le caratteri-

stiche di cronicità e comorbidità, i costi elevati in termini di disabilità e il grave impatto complessivo sulla qualità della vita impongono di associare alle iniziative di prevenzione primaria un'efficace «presa in carico» di tipo terapeutico e riabilitativo, sia per l'obesità, sia per i disturbi dell'alimentazione.

Obesità e disturbi dell'alimentazione presentano importanti ed evidenti aree di sovrapposizione: in effetti, i «disturbi da alimentazione non-omeostatica» sono una categoria che si estende dall'emaciazione anoressica alla grande obesità che comprende tutto lo spettro dei pesi corporei.

Tali disturbi hanno forti somiglianze tra di loro e spesso si rilevano «frequenti migrazioni transdiagnostiche» in tempi diversi della vita, ovvero passaggi da una categoria diagnostica all'altra dei disturbi dell'alimentazione (ad esempio, da anoressia nervosa a bulimia nervosa e a disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati), ma anche dall'obesità ai disturbi dell'alimentazione e viceversa; uno stesso paziente dunque può essere affetto in tempi diversi da tutte le patologie che rientrano nei disturbi dell'alimentazione non omeostatici e della regolazione del peso corporeo.

Tali dati allarmanti indicano l'urgenza e l'indispensabilità di prevedere, oltre ad interventi di rilevazione epidemiologica ed attività di prevenzione, percorsi terapeutici interdisciplinari e multidimensionali, spesso lunghi e articolati, in grado di far fronte in modo adeguato ai sintomi, alle cause e alle complicanze di queste malattie nel *setting* di cura di volta in volta più adeguato e che prevedano il coinvolgimento dei nuclei familiari. Tali *setting* di cura dovranno integrarsi in una rete assistenziale che prevede diversi livelli: dalla medicina territoriale (medici di medicina generale e servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione - SIAN), ai servizi specialistici ambulatoriali semiresidenziali (*day hospital* diagnostici e terapeutico-riabilitativi), per arrivare alla ria-

bilitazione intensiva residenziale e infine ai ricoveri ospedalieri «H24».

L'assistenza al paziente e alla famiglia, laddove necessario, così articolata e complessa richiede la creazione di un'efficiente rete di servizi sociosanitari con finalità di prevenzione, cura e riabilitazione, presenti in tutto il territorio nazionale e una struttura di coordinamento degli interventi regionali.

La letteratura scientifica evidenzia l'importanza degli interventi preventivi e terapeutico-riabilitativi intensivi e dimostra come questi siano in grado di modificare la «storia naturale» dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione e di ridurre l'incidenza di complicanze o di procrastinarne la comparsa, con vantaggi evidenti per la salute e la qualità di vita del soggetto e per i costi sanitari diretti e indiretti.

Scopo dell'intervento terapeutico-riabilitativo è, infatti, non solo il recupero funzionale biologico, ma soprattutto il ripristino delle abilità, inteso anche come recupero occupazionale e lavorativo e più in generale come miglioramento della qualità di vita.

In concomitanza con gli interventi di cura e riabilitazione il disegno di legge prevede misure atte a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da obesità attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche che a tutt'oggi costituiscono un incivile ostacolo alla mobilità di alcune categorie di persone.

La legge statale è del tutto idonea a disciplinare la materia oggetto del presente disegno di legge perché la disciplina in materia di livelli essenziali di assistenza per i pazienti affetti da obesità e disturbi dell'alimentazione è di competenza dello Stato, come prescrive l'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione. Infatti, pur rientrando la materia della salute in una potestà legislativa concorrente, alla luce del dettato costituzionale è stato attribuito al legislatore statale «un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul

piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto» (Corte costituzionale, sentenza n. 134 del 31 marzo 2006). Pertanto, è del tutto legittimo che lo Stato appronti una disciplina generale per attribuire a tutti i destinatari, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle (Corte costituzionale, *ex plurimis*, sentenze nn. 10 del 2010, 322 del 2009 e 282 del 2002). È pertanto conforme a Costituzione in questo specifico ambito che i livelli essenziali di assistenza siano anche idonei a limitare alcuni aspetti dell'autonomia legislativa delle regioni al fine di assicurare un livello uniforme di godimento di diritti civili e sociali tutelati dalla stessa Costituzione.

È ugualmente legittima la previsione di un fondo statale specifico per i pazienti affetti da obesità e disturbi dell'alimentazione. La stessa Corte costituzionale ha ritenuto conforme a Costituzione la previsione di fondi statali vincolati che prescrivono alle regioni il rispetto del vincolo quando si tratta di provvedimenti che abbiano carattere di generalità e che riguardino senza distinzioni tutti gli aventi diritto (Corte costituzionale, sentenza n. 10 del 15 gennaio 2010). Tale fondo rispetta in pieno la ripartizione delle potestà legislative in materia concorrente se ha lo scopo di garantire un'adeguata uniformità di trattamento sul piano nazionale (Corte costituzionale, sentenze nn. 134 del 2006, 322 del 2009 e 282 del 2002), e risponde a una esigenza unitaria (Corte costituzionale, *ex plurimis*, sentenze nn. 10 del 2010 e 322 del 2009), condizioni tutte rispettate in questo caso, poiché il fondo ha lo scopo di ripristinare l'uniformità di trattamento di tali pazienti, favorendo una parità di accesso alle cure e un'eguaglianza sostanziale tra tutti i cittadini, compresi quelli affetti da obesità e disturbi dell'alimentazione.

Per quanto riguarda la copertura finanziaria del fondo per l'obesità e i disturbi dell'alimentazione si deve ricordare che molte delle attività di ricerca, di diagnosi precoce e di cura di questi disturbi non richiedono spese aggiuntive perché non è necessario prevedere l'accreditamento di nuovi posti letto. La creazione di strutture multidisciplinari per la diagnosi e cura può, almeno in parte, avvenire attraverso la riconversione di strutture già esistenti: quelle di lungodegenza possono trasformarsi in comunità terapeutiche e i posti letto già accreditati nelle strutture pubbliche o private accreditate possono essere utilizzati per la riabilitazione intensiva ospedaliera. D'altro canto, dovranno essere promossi programmi di gestione integrata delle cure primarie (secondo le diverse modalità organizzative) e potenziare le unità operative dedicate alla cura di obesità e disturbi del comportamento alimentare oltre che i servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, per far fronte a una sempre maggiore incidenza dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione nella popolazione.

Il presente disegno di legge si pone l'obiettivo di offrire una risposta esaustiva ai problemi esposti.

A tal fine, l'articolo 2 prevede l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, dell'assistenza ai soggetti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione.

L'articolo 3 stabilisce che il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predisponga ogni tre anni un «Piano nazionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione».

Il Piano definisce una serie di importanti finalità fra cui le linee guida relative alla «presa in carico» dei pazienti affetti da obe-

sità o da disturbi dell'alimentazione e delle loro famiglie ed ai criteri di qualità, comprensivi dei percorsi clinici, cui le strutture di diagnosi e cura accreditate con il Servizio sanitario nazionale devono attenersi.

Un'importante novità è rappresentata dalla predisposizione, prevista dall'articolo 4, da parte delle regioni di un sistema di sorveglianza regionale e interregionale dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione e di percorsi assistenziali mediante l'istituzione di una Rete regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione, costituita da strutture multidisciplinari integrate di vario livello collegate tra loro attraverso un Centro di coordinamento regionale.

L'articolo 5 prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, del «Fondo per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'a-

limentazione», con una dotazione pari a 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014, finalizzato a dare attuazione a quanto stabilito nel Piano nazionale.

L'articolo 6 prevede l'istituzione dei registri dei centri di cura e riabilitazione delle persone affette da obesità e DA, comprensivi dei registri dei centri di chirurgia bariatrica, accreditati secondo dotazioni e *standard* quantitativi e qualitativi stabiliti con decreto del Ministro della salute.

Si ritiene, infine, opportuno prevedere la copertura finanziaria del provvedimento a valere sulla quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione.

Il presente disegno di legge rappresenta una risposta concreta ad un problema fortemente diffuso con gravi conseguenze, come esposto in premessa, non solo sul piano personale, familiare e relazionale, ma anche sul piano sociale ed economico.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

*(Principi e finalità)*

1. La presente legge detta i principi fondamentali in materia di prevenzione e cura dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione, al fine di garantire la tutela della salute, la riabilitazione e il miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione.

## Art. 2.

*(Livelli essenziali di assistenza per i soggetti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione)*

1. Al fine di garantire ed assicurare l'equità nell'accesso alle cure, l'assistenza ai soggetti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione rientra nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002.

## Art. 3.

*(Piano nazionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione)*

1. Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e avvalendosi della consulenza di società scientifiche, università, centri di ricerca, strutture assistenziali quali-

ificate nel settore e associazioni di pazienti, predispone, con cadenza triennale, un «Piano nazionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione», di seguito denominato «Piano». In sede di prima applicazione il Piano è adottato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il Piano, sulla base di una periodica rilevazione epidemiologica dell'incidenza e della prevalenza dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione e del monitoraggio delle patologie associate, effettuata ogni anno dal Ministero della salute, definisce:

a) le linee guida relative:

1) all'assistenza dei soggetti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione e delle loro famiglie, comprensiva della prevenzione, diagnosi, cura e terapia riabilitativa;

2) ai criteri di qualità, comprensivi dei percorsi clinici, cui le strutture pubbliche e private di diagnosi e cura accreditate con il Servizio sanitario nazionale devono attenersi;

3) alla definizione degli accertamenti diagnostici, dei prodotti dietetici o integratori alimentari e dei farmaci specifici finalizzati alla diagnosi e alla cura dei soggetti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione;

b) le modalità di coordinamento a livello nazionale della Rete regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione, di cui all'articolo 4, mediante l'istituzione di un Centro di coordinamento nazionale per l'obesità e i disturbi dell'alimentazione;

c) le finalità e le modalità di svolgimento delle campagne e dei programmi di informazione sui danni e sulle conseguenze derivanti dall'obesità e dai disturbi dell'alimentazione, nonché sulle modalità di insorgenza della malattia, sulle modalità di pre-

venzione, di diagnosi e di cura, in particolare nelle scuole di ogni ordine e grado;

d) le modalità di formazione e di aggiornamento per i medici di medicina generale, per i pediatri di libera scelta e per il personale del Servizio sanitario nazionale, in particolare per il personale che si occupa, a diverso titolo, dell'assistenza dei pazienti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione e che interviene nei processi di prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione;

e) le attività finalizzate alla promozione di programmi di ricerca in tema di obesità e di disturbi dell'alimentazione che prevedano la collaborazione di università, società scientifiche, aziende sanitarie locali, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN), associazioni di pazienti, enti ed istituti pubblici e privati;

f) le misure volte a incentivare l'inserimento e il reinserimento, attraverso programmi terapeutici e di riabilitazione e mediante specifici ausili e sostegni, delle persone affette da obesità e da disturbi dell'alimentazione nelle attività scolastiche, lavorative e sportive.

#### Art. 4.

*(Rete regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni provvedono alla predisposizione di un sistema di sorveglianza regionale e interregionale e di percorsi assistenziali dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione mediante l'istituzione della «Rete regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione», di seguito denominata «Rete», costituita da strutture multidisciplinari integrate

di vario livello collegate tra loro attraverso un Centro di coordinamento regionale.

2. Le strutture che costituiscono la Rete sono organizzate nei seguenti cinque livelli assistenziali:

- a) medicina di base e SIAN;
- b) ambulatori specialistici multidisciplinari o in rete interdisciplinare, comprendenti le aree internistico-metabolico-nutrizionale e psicologico-psichiatrica;
- c) *day hospital* e *day service* ad indirizzo diagnostico e terapeutico-riabilitativo;
- d) riabilitazione intensiva residenziale e riabilitazione psichiatrica, incluse le comunità terapeutico-riabilitative;
- e) ricoveri ospedalieri 24 ore su 24 e chirurgia bariatrica e plastico-ricostruttiva.

3. Ai fini di cui al comma 2, le regioni provvedono a censire, entro il 31 dicembre di ogni anno, le attrezzature diagnostiche complesse adatte a pazienti con grave obesità nelle strutture assistenziali pubbliche e private accreditate con il Servizio sanitario nazionale e, in caso di mancanza delle attrezzature necessarie, provvedono all'istituzione di uno o più centri di diagnostica avanzata per i pazienti affetti da obesità, sulla base dei dati risultanti dalla rilevazione epidemiologica di cui all'articolo 3, comma 2.

#### Art. 5.

*(Fondo nazionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione)*

1. A decorrere dall'anno 2014, presso il Ministero della salute è istituito il «Fondo per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione», di seguito denominato «Fondo», con una dotazione pari a 20 milioni di euro annui.

## 2. Il Fondo è finalizzato:

a) all'istituzione delle strutture multidisciplinari per la diagnosi e cura, di cui all'articolo 4, comma 2, lettere b), c) e d), anche attraverso la riconversione di strutture già esistenti;

b) allo svolgimento delle campagne e dei programmi di prevenzione e di informazione di cui all'articolo 3, comma 2, lettera c), e al coinvolgimento delle farmacie e delle parafarmacie nelle stesse;

c) al finanziamento e alla predisposizione dei corsi di aggiornamento di cui all'articolo 3, comma 2, lettera d);

d) alla realizzazione di specifici programmi di ricerca, di cui all'articolo 3, comma 2, lettera e), idonei a migliorare le conoscenze cliniche sull'obesità e sui disturbi dell'alimentazione, ai fini dell'aggiornamento delle misure e delle strategie di diagnosi, cura e prevenzione e della relativa applicabilità nel territorio e nelle cure primarie, avvalendosi della collaborazione delle associazioni qualificate già operanti nel settore;

e) alla realizzazione di interventi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche e di ogni altro intervento utile a garantire la mobilità dei pazienti obesi e con disturbi dell'alimentazione;

f) all'acquisto, da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate con il Servizio sanitario nazionale, di apparecchiature e attrezzature, nonché di arredi, idonei per la cura di pazienti obesi con particolare riferimento al trattamento in urgenza.

## Art. 6.

### *(Istituzione dei registri dei centri di chirurgia bariatrica)*

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono istituiti i registri nazionale e regionali dei centri di

cura e riabilitazione delle persone affette da obesità e da disturbi dell'alimentazione, comprensivi dei registri dei centri di chirurgia bariatrica.

2. I registri nazionale e regionali di cui al comma 1 sono istituiti rispettivamente dal Ministro della salute, con atto di natura regolamentare, e dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri quantitativi e qualitativi ai fini dell'accreditamento dei centri di cui al comma 1.

4. Ogni anno, sulla base dei dati risultanti dalla rilevazione epidemiologica di cui all'articolo 3, comma 2, il Ministro della salute, con proprio decreto, determina la chiusura dei centri di cui al comma 1 non conformi ai criteri di cui al comma 3.

#### Art. 7.

##### *(Copertura finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013 quanto all'articolo 4 e a 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014 quanto all'articolo 5, si provvede a valere sulla quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione.

