



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BINI, FARAONE e BOLDRINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 OTTOBRE 2018

Disposizioni in materia di prevenzione e di cura delle patologie
e dei disturbi del comportamento alimentare

ONOREVOLI SENATORI. – I disturbi alimentari, nelle varie espressioni che li caratterizzano, rappresentano la patologia più diffusa nella società occidentale dell'ultimo ventennio. In Italia sono circa 2 milioni le persone che soffrono di problemi legati all'alimentazione; un fenomeno in rapido aumento con 8.500 nuovi casi all'anno.

Si assiste ad un'anticipazione dell'età d'esordio in età prepubere (bambini sui sette anni possono manifestare anoressia nervosa con un'incidenza significativa di maschi in questa giovane età) e ad un incremento dei casi ad esordio tardivo (su 1.000 donne italiane fra dodici e venticinque anni si stimano tre casi di anoressia nervosa, dieci casi di bulimia nervosa e settanta casi subclinici); in aumento anche i casi maschili adolescenziali (rappresentano un decimo di quelli femminili per l'anoressia nervosa).

Si tratta di patologie gravi, con un decorso prolungato, tendenza alla cronicizzazione nel 20-30 per cento dei casi ed un'alta morbilità con altri disturbi psichici, soprattutto disturbi dell'umore, d'ansia e disturbi da uso di sostanze.

Oltre il costo individuale di queste patologie va considerato quello familiare e sociale, con impoverimento della qualità della vita, perdita della capacità di individuare risorse e di utilizzare fonti di aiuto.

Disturbi definiti da «una persistente alterazione del comportamento alimentare, o del comportamento finalizzato al controllo del peso, che danneggia significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale» (Walsh, 2002), si identificano come disturbi che feriscono profondamente «corpo e anima».

Visti l'entità del fenomeno ed il forte impatto sulla qualità di vita, emerge la necessità di azioni di promozione della salute finalizzate a modificare quegli stili di vita che potrebbero facilitare l'insorgenza o la cronicizzazione dei disturbi alimentari, così come di interventi volti a favorire l'intercettazione dei primi sintomi di malattia e la diagnosi precoce.

La terapia dei disturbi alimentari si pone ancora oggi come una vera e propria sfida per i terapeuti, dal momento che sono patologie complesse, di lunga durata e dagli esiti anche gravi.

Fondamentale per la diagnosi e la cura di questi disturbi la costituzione di una rete assistenziale che preveda i cinque livelli di trattamento indicati dalle linee guida internazionali (linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence-NICE*, 2017):

- 1) ambulatoriale ordinario (MMG, PLS);
- 2) ambulatoriale specialistico;
- 3) *day hospital*/semiresidenziale;
- 4) ricovero ordinario in acuzie;
- 5) residenziale – riabilitativo.

Lo stesso paziente potrà aver bisogno nel corso degli anni di diverse modalità assistenziali in relazione al momento e al decorso di malattia.

I diversi tentativi terapeutici effettuati nel corso degli anni si sono dimostrati variabili, sia per l'esito diretto sui sintomi, sia per l'efficacia sui nuclei psicopatologici fondamentali che sostengono queste malattie.

Ciò che è invece condiviso dalla comunità scientifica internazionale per i risultati a medio e lungo termine è l'utilizzo di un approccio terapeutico integrato, in cui più fi-

gure si occupino a livelli diversi del soggetto portatore della patologia, così come dei familiari.

I disturbi alimentari nascondono spesso infatti, dietro a comportamenti distorti rispetto a peso, cibo e corpo, profondi disagi di tipo «evolutivo/esistenziale», che impediscono al soggetto di superare il momento di crisi e rendono estremamente facile la cronicizzazione del disturbo.

Gli studi che hanno confrontato l'efficacia dei trattamenti combinati rispetto ai trattamenti singoli hanno sempre dimostrato la superiorità di un approccio integrato multi-professionale che, per quanto oneroso in termini economici e di risorse umane, resta quello da preferire.

Il presente disegno di legge si pone l'obiettivo di dare una risposta a questo grave problema che affligge molte famiglie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Definizioni)

1. La presente legge riconosce come malattie sociali l'anoressia, la bulimia e le altre patologie inerenti i disturbi gravi del comportamento alimentare.

2. L'anoressia consiste in un disturbo del comportamento alimentare per cui il malato rifiuta il cibo.

3. La bulimia consiste in un disturbo del comportamento alimentare per cui il malato sente il bisogno di assumere spropositate quantità di cibo.

4. L'ortoressia consiste in un disturbo del comportamento alimentare che determina nella persona un'ossessione psicologica da mangiare sano.

5. Il disturbo da abbuffate compulsive (*Binge Eating Disorder-BED*) consiste in un disturbo particolarmente diffuso nell'infanzia e nell'adolescenza e rappresenta nella maggior parte dei casi la prima manifestazione patologica di bulimia e anoressia in età adulta.

6. Il disturbo evitante e restrittivo dell'assunzione di cibo (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder ARFID*) è un disturbo che colpisce soggetti molto giovani e che comporta l'evitamento del cibo e la grave perdita di peso non accompagnati a distorsione dell'immagine corporea.

7. Ai fini di cui al comma 1, il Ministro della salute provvede con proprio decreto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, a modificare il decreto del Ministro della sanità 20 dicembre 1961, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 73 del 20 marzo 1962,

relativo alle forme morbose da qualificare come malattie sociali.

Art. 2.

(Piano di interventi)

1. Lo Stato, avvalendosi del Servizio sanitario nazionale, nonché le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e nei limiti indicati nel Fondo sanitario nazionale, predispongono progetti obiettivi, azioni programmatiche e idonee iniziative dirette a prevenire e curare le malattie di cui all'articolo 1, comma 1.

2. Gli interventi nazionali e regionali di cui al comma 1 perseguono i seguenti obiettivi:

a) effettuare la diagnosi precoce mediante la formazione specifica dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e delle agenzie educative;

b) migliorare le modalità di cura dei soggetti colpiti;

c) effettuare la prevenzione delle complicanze;

d) agevolare l'inserimento dei soggetti colpiti nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;

e) migliorare l'educazione sanitaria e alimentare della popolazione;

f) provvedere alla preparazione e all'aggiornamento professionali del personale sanitario e scolastico;

g) predisporre gli strumenti di ricerca opportuni;

h) attivare percorsi specifici e programmi dedicati alla formazione e al sostegno dei nuclei familiari delle persone con disturbi del comportamento alimentare, in particolar modo per quanto concerne l'aspetto psichiatrico e psicologico, sia durante la fase delle acuzie che in quella successiva.

3. Ai fini di cui al comma 2, lettera *b*), gli interventi nazionali e regionali provvedono a:

a) definire procedure e protocolli che garantiscano livelli adeguati di omogeneità nei trattamenti erogati su tutto il territorio nazionale al fine di superare le difformità regionali e, laddove ciò non sia possibile, prevedere trattamenti sostenuti dal Servizio sanitario nazionale a cui si possa accedere con procedure celeri, nonché possibilità di scegliere le strutture terapeutico-riabilitative secondo criteri di appropriatezza da valutare caso per caso;

b) individuare strutture specifiche dedicate alla gestione delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave, evitando che tali strutture siano a contatto con pazienti terminali, con persone molto anziane o con pazienti che presentano gravi problemi internistici e frequenti urgenze mediche, nonché prevedere a tal fine la formazione adeguata del personale sanitario;

c) organizzare i servizi sanitari in un'unità funzionale di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza (UFSMIA) fino ai venticinque anni.

4. Ai fini di cui al comma 2, lettera *f*), gli interventi nazionali e regionali provvedono a fornire una specifica formazione, da parte anche di riconosciute società scientifiche del settore, per il personale che opera per la cura dei disturbi alimentari e per il personale amministrativo.

5. Ai fini di cui al comma 2, lettera *g*), gli interventi nazionali e regionali provvedono a supportare studi clinici coordinati a livello universitario con il coinvolgimento dei centri specializzati sul territorio nazionale.

6. Ai fini di cui al comma 2, lettera *h*), gli interventi nazionali e regionali provvedono ad affidare alle realtà associative percorsi specifici dedicati al sostegno alla fami-

glia e programmi di informazione e sensibilizzazione da diffondere a livello territoriale.

7. Il Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali e sentite le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei fornitori di connettività alla rete *internet*, stabilisce con proprio decreto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità per impedire l'accesso ai siti che diffondono tra i minori messaggi suscettibili di rappresentare, per il loro contenuto, un concreto pericolo di istigazione al ricorso a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a provocare e diffondere le patologie di cui all'articolo 1, comma 1, reindirizzando l'utente, automaticamente e in forma anonima, al portale digitale www.disturbialimentarionline.it.

8. La Polizia postale e delle comunicazioni provvede al monitoraggio dei siti di cui al comma 7.

Art. 3.

(Istituzione della Giornata nazionale contro i disturbi del comportamento alimentare)

1. La Repubblica riconosce il 15 marzo quale «Giornata nazionale contro i disturbi del comportamento alimentare».

2. La giornata di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla legge 27 maggio 1949, n. 260.

Art. 4.

(Disposizioni sull'utilizzo professionale dell'immagine femminile per campagne pubblicitarie)

1. Le agenzie di moda e pubblicitarie non possono avvalersi di modelle che non presentano certificato medico.

2. Le agenzie di moda e pubblicitarie non possono avvalersi di modelle il cui certifi-

cato medico attesta che l'indice di massa corporea (IMC-BMI) è di grave magrezza o forte sottopeso.

3. Le agenzie di moda e pubblicitarie che contravvengono alle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 sono soggette a una sanzione amministrativa da euro 50.000 a euro 100.000.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

Art. 5.

(Relazione annuale alle Camere)

1. Il Ministro della salute presenta alle Camere una relazione annuale di aggiornamento sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche sulle malattie di cui all'articolo 1, comma 1, con particolare riferimento ai problemi concernenti la diagnosi precoce e il monitoraggio delle complicanze.

Art. 6.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2018-2020, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2018, allo scopo parzialmente

utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

€ 1,00