

## Considerazioni sui DDL 599 e 990

Angela Favaro

Membro del Direttivo Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione  
Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione  
Azienda Ospedale Università di Padova

### Premessa

Entrambi i Disegni di Legge sono apprezzabili in quanto promuovono passi importanti nel riconoscere l'impatto sociale dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e nella definizione del ruolo delle Istituzioni pubbliche nel riconoscimento precoce e nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione.

L'individuazione del reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia nervosa potrebbe permettere di ridurre l'esposizione - attraverso i social-media - a pressioni verso il culto patologico della magrezza cui le giovani adolescenti sono particolarmente vulnerabili. Inoltre introdurrebbe un principio di tutela verso le giovani donne (o le adolescenti) che intraprendono la carriera di modella (vedi DDL 990).

Nel mio intervento, oltre ad alcune considerazioni generali sul fenomeno dei disturbi dell'alimentazione e del loro trattamento, vorrei sottolineare quali sono le maggiori criticità riscontrate nel territorio per quanto riguarda l'erogazione dei trattamenti appropriati e alcune osservazioni sui due DDL.

### Impatto sociale dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e recenti cambiamenti epidemiologici

I disturbi dell'alimentazione sono disturbi psichiatrici con un alto impatto sulla società: colpiscono adolescenti e giovani donne e hanno una durata media stimata di almeno sei anni. La loro frequenza è alta: in Italia, almeno l'11% delle giovani donne soffre o ha sofferto di un disturbo dell'alimentazione. I soggetti di sesso maschile sono circa il 5-10% di tutti i casi (la percentuale cresce al 25-30% negli adolescenti più giovani per quanto riguarda l'anoressia nervosa) e non ci sono per il momento dati per affermare che l'incidenza nel sesso maschile sia in aumento. La mortalità di chi soffre di disturbi dell'alimentazione è doppia rispetto alla popolazione generale e, per l'anoressia nervosa, è 6 volte maggiore di quella di persone di pari sesso, età e condizione economica. Oltre ad una alta mortalità, questi disturbi sono caratterizzati da alti tassi di cronicità associati spesso a disabilità lavorativa e difficoltà relazionali che comportano un notevole carico per le famiglie, sia in termini psicologici che economici e sociali. Le complicanze della malnutrizione nella fase sia acuta che cronica sono gravi e frequenti: tra le malattie croniche che colpiscono gli adolescenti, l'anoressia nervosa è, assieme al diabete di tipo 1, la più frequente e quella con la più alta mortalità. Gli altri disturbi dell'alimentazione - la bulimia nervosa e il disturbo da binge eating - aumentano significativamente il rischio di obesità e di tutte le complicanze e la morbilità collegate all'obesità.

I disturbi dell'alimentazione, pur essendo caratterizzati da una importante vulnerabilità genetica (più del 50% del rischio di ammalarsi di anoressia nervosa è legato a fattori genetici), sono anche estremamente sensibili ai cambiamenti ambientali e questo ha recentemente determinato dei cambiamenti nell'epidemiologia di questi disturbi. L'osservatorio del Centro Regionale di Padova è stato il primo, già nel 2009, a documentare la progressiva diminuzione dell'età di esordio di queste patologie nelle nuove generazioni. Un esordio precoce ha potenziali conseguenze negative a lungo termine sulla crescita in statura, sulla mineralizzazione delle ossa (che non è completa fino ai 20-25 anni) e sulla maturazione del cervello (che viene completata solo dopo i 20 anni di età).

La pandemia da Covid-19 ha reso la diminuzione dell'età di esordio ancora più evidente, poiché ha provocato un aumento delle presentazioni acute di malattia che stanno impegnando i reparti di pediatria di tutto il Paese (e nel mondo occidentale). La pandemia ha però anche aggravato o riacutizzato la situazione di molti casi con malattia di lunga durata, aumentando i ricoveri anche di questo gruppo di pazienti.

L'aumento dei casi dei disturbi dell'alimentazione nel nostro Paese va visto in un quadro più ampio e molto preoccupante che vede, in tutto il mondo occidentale, un grande aumento dei problemi di salute mentale negli adolescenti e che richiede una rapida risposta da parte delle politiche sanitarie per le potenziali possibili conseguenze sociali ed economiche dei nostri Paesi (vedi a questo proposito l'editoriale del 31 gennaio 2024 pubblicato sulla più importante rivista scientifica di psichiatria JAMA Psychiatry: "Age-Not just a number in youth mental health").

## **La prevenzione e il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: principi generali e criticità nel territorio**

Per quel che la ricerca ha potuto fino ad oggi dimostrare, gli interventi preventivi più efficaci consistono nel riconoscere precocemente i casi a rischio o gli esordi di malattia e indirizzarli ad un trattamento specialistico condotto da persone esperte nel campo dei disturbi dell'alimentazione. Interventi di prevenzione primaria nelle scuole non hanno dimostrato efficacia e, anche nel caso in cui si trattasse di esperienze positive e istruttive, non sono economicamente sostenibili su larga scala. Formare e sensibilizzare gli insegnanti al riconoscimento dei casi in collaborazione con gli psicologi scolastici e con le famiglie è sicuramente utile e importante, così come sarebbe importante, in generale, formare gli studenti ad un atteggiamento critico nei confronti dei social media e dei mass media e limitare l'accesso ai social media nelle fasce di età più precoci (quando gli adolescenti sono più influenzabili e hanno meno capacità critica).

Per quanto riguarda il trattamento, le caratteristiche fondamentali dei trattamenti efficaci sono la tempestività e la multidisciplinarietà. La tempestività implica la presenza di una rete di servizi in grado di intervenire in tempi brevi con trattamenti specifici sulla cui efficacia ci siano delle evidenze, qualsiasi sia l'intensità di cura richiesta (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale). La multidisciplinarietà a sua volta è requisito fondamentale affinché venga garantita una presa in carico globale degli aspetti psichiatrici, psicologici, familiari e internistico-nutrizionali. L'equipe multidisciplinare deve avere alti livelli di comunicazione e condivisione dei progetti terapeutici.

Il Ministero della Salute negli anni ha promosso il lavoro di commissioni di esperti che hanno portato finora alla stesura di 4 documenti che contengono le raccomandazioni e le evidenze sui trattamenti:

- Appropriata clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute (2013)
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (2017)
- Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbo della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: Raccomandazioni per familiari

Il modello ritenuto più appropriato è l'organizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, che prevede: 1) la presenza di ambulatori e centri di riferimento multidisciplinari distribuiti nel territorio che siano in grado di fare approfondimenti diagnostici e i livelli meno intensivi di cura (incluso il supporto alla famiglia e la prevenzione delle complicanze mediche); 2) la presenza di centri per la riabilitazione intensiva residenziale e/o semiresidenziale per i casi che non rispondono alle terapie ambulatoriali; 3) collaborazione con reparti medici e psichiatrici per i ricoveri acuti. Ogni rete dovrebbe garantire tutti i livelli di intensità di cura e tutti i territori dovrebbero essere coperti.

Infine, la legge 30 dicembre 2021, n.234 - legge di bilancio 2022 - ha istituito, presso il Ministero della salute, un Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in cui vengono ribaditi i principi basilari del trattamento, come l'importanza degli interventi di supporto e psicoeducativi ai familiari, la multidisciplinarietà dei trattamenti, l'utilizzo di trattamenti basati sulle evidenze, la promozione di interventi ad intensità crescente per passi successivi, la formazione del personale.

La legge 234 del 30 dicembre 2021 ha avuto il merito di promuovere in tutto il territorio nazionale l'adozione di un PDTA e la costituzione di Tavoli regionali che coinvolgano le associazioni di utenti e familiari. Questi passi hanno permesso di fare una rilevazione ed un monitoraggio della situazione nazionale nell'ambito dei trattamenti per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il quadro che è emerso mostra che:

- Alcune Regioni non hanno un PDTA e solo grazie al finanziamento hanno istituito ambulatori multidisciplinari dedicati.
- Le carenze di personale (presenti in tutta l'area della salute mentale) spesso non permettono una presa in carico tempestiva. Le liste di attesa possono essere lunghe. Essendo la psicoterapia l'unica terapia efficace è indispensabile il reclutamento di sufficiente personale con una specifica formazione nel campo.
- Anche le Regioni più virtuose sono state messe in difficoltà dall'aumento dei casi acuti dopo la pandemia e molti pazienti vengono ricoverati in reparti di medicina e in reparti di pediatria che purtroppo non hanno competenze specifiche.
- In tutto il territorio nazionale mancano reparti multidisciplinari che abbiano competenze e DRG adatti per il ricovero di casi estremi (ricoveri salva-vita).
- Nonostante la letteratura internazionale sottolinei l'importanza di trattamenti continuativi nel passaggio tra età evolutiva ed età adulta, esiste una disomogeneità nel territorio nazionale per quanto riguarda questo punto (a volte sono centri diversi, a volte le diverse età vengono trattate nello stesso centro).
- Non ci sono stime aggiornate del fabbisogno di posti letto residenziali e semi-residenziali per la riabilitazione intensiva. Spesso le liste di attesa sono lunghe. Non sempre sono presenti criteri di appropriatezza per accesso a strutture intensive e non sempre c'è un adeguato coordinamento e continuità tra strutture territoriali ambulatoriali e strutture residenziali.
- Non esistono percorsi dedicati per il trattamento dei casi di lunga durata che vanno incontro a periodiche riacutizzazioni o che mantengono alti bisogni di intensità di cura. Tali percorsi dovrebbero implicare una collaborazione stretta con i dipartimenti di salute mentale, come per i casi con comorbidità psichiatrica.

## Osservazioni ai Disegni di Legge 599 e 990

1. Art. 2 DDL 599 e in modo simile Art 2 DDL 990: "*Chiunque, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a condotte alimentari, idonee a provocare o a rafforzare i disturbi del comportamento alimentare, e ne agevola l'esecuzione....*"  
**Credo vi sia una oggettiva difficoltà nello stabilire in modo univoco quali messaggi o comportamenti siano inclusi in questa definizione e quali vadano esclusi dalla Polizia Postale. Per esempio, alcuni messaggi salutisti o usati per la prevenzione dell'obesità possono essere "interpretati" da persone vulnerabili come un invito a pratiche di restrizione alimentare. Allo stesso modo le "chat" tra pazienti spesso contengono messaggi di questo tipo. Forse va delimitato il campo con degli esempi pratici? Per esempio pubblicità o vendita di prodotti anoressizzanti/lassativi/diuretici senza indicazione medica?**
2. Art. 2 DDL 990: "*Qualora il soggetto di cui al primo comma si trovi, previo accertamento medico, affetto da disturbo del comportamento alimentare, la sanzione della pena detentiva è commutata nella segnalazione ... agli organismi sanitari competenti... che avviano la presa in carico del soggetto medesimo e attuano le procedure diagnostico-terapeutiche del caso*".  
**Questa parte dell'articolo mostra l'impossibilità di applicare questa legge in tutti quei casi in cui il reato consiste nel passaparola tra pazienti o da parte di pazienti verso persone vulnerabili. La segnalazione del caso è ovviamente utile, ma non implica che la persona accetti e quindi tragga giovamento dal trattamento stesso né può essere obbligata ad aderirvi andando alle visite se dovesse rifiutare (a meno che non rientri nello stato di necessità).**
3. Art. 3 e 4 DDL 990 e art. 4 DDL 599: **Questi articoli dovrebbero fare specifico riferimento ai documenti già prodotti dal Ministero della Salute (e sopra citati) che indicano le azioni terapeutiche più appropriate e soprattutto (come fa art.8 DDL 990) indicare la necessità di fondi strutturali dedicati.**
4. Art. 4 DDL 599: "*reindirizzando in forma anonima l'utente automaticamente al portale digitale [www.disturbialimentarionline.it](http://www.disturbialimentarionline.it)*". **Questo sito appartiene alla Regione Umbria e non può essere usato come riferimento nazionale.**