



## **DISEGNO DI LEGGE**

d'iniziativa dei senatori **RIZZOTTI, CALIENDO, BARBONI, PICHETTO  
FRATIN, PEROSINO, BERUTTI, MASINI, MALLEGNI, FLORIS e TESTOR**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Introduzione dell'articolo 580-*bis* del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare

Michele Pier Luca Guarino

*«Dal punto di vista medico la misura può essere attuata nella scuola con l'introduzione di specifici corsi per insegnanti, al fine di migliorare le loro conoscenze in queste tematiche e con il supporto di uno psicologo scolastico che permetta di diagnosticare tempestivamente la malattia e porvi gli opportuni rimedi.*

*Lo Stato e le regioni possono intervenire nella fase della prevenzione e della cura fornendo ai cittadini opportuni rimedi sul piano sanitario e sul piano più propriamente psicologico fornendo aiuto gratuito alle famiglie e ai soggetti colpiti da questa grave malattia che può portare anche in casi estremi alla morte.»*



#### DISEGNO DI LEGGE

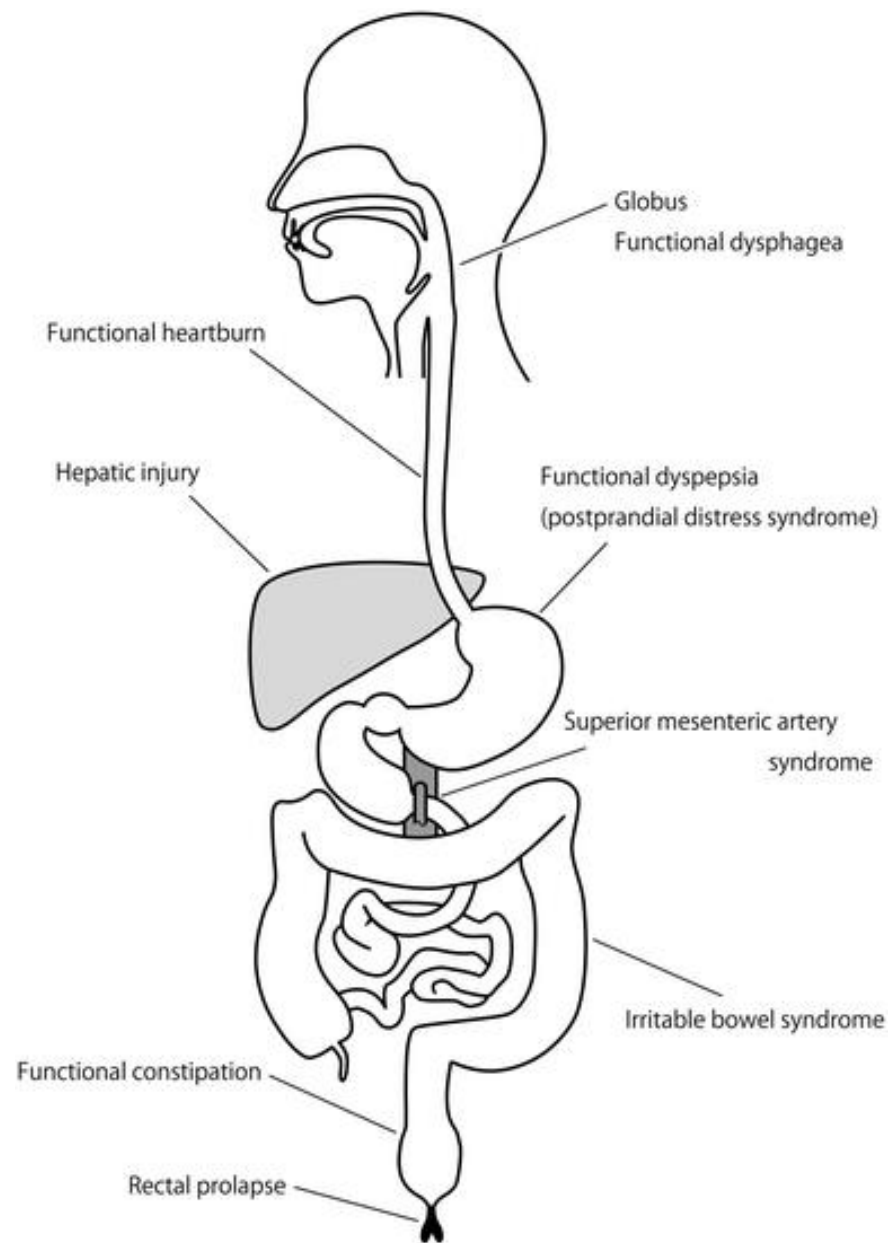
d'iniziativa dei senatori RIZZOTTI, CALIENDO, BARBONI, PICHETTO  
FRATIN, PEROSINO, BERUTTI, MASINI, MALLEGNI, FLORIS e TESTOR

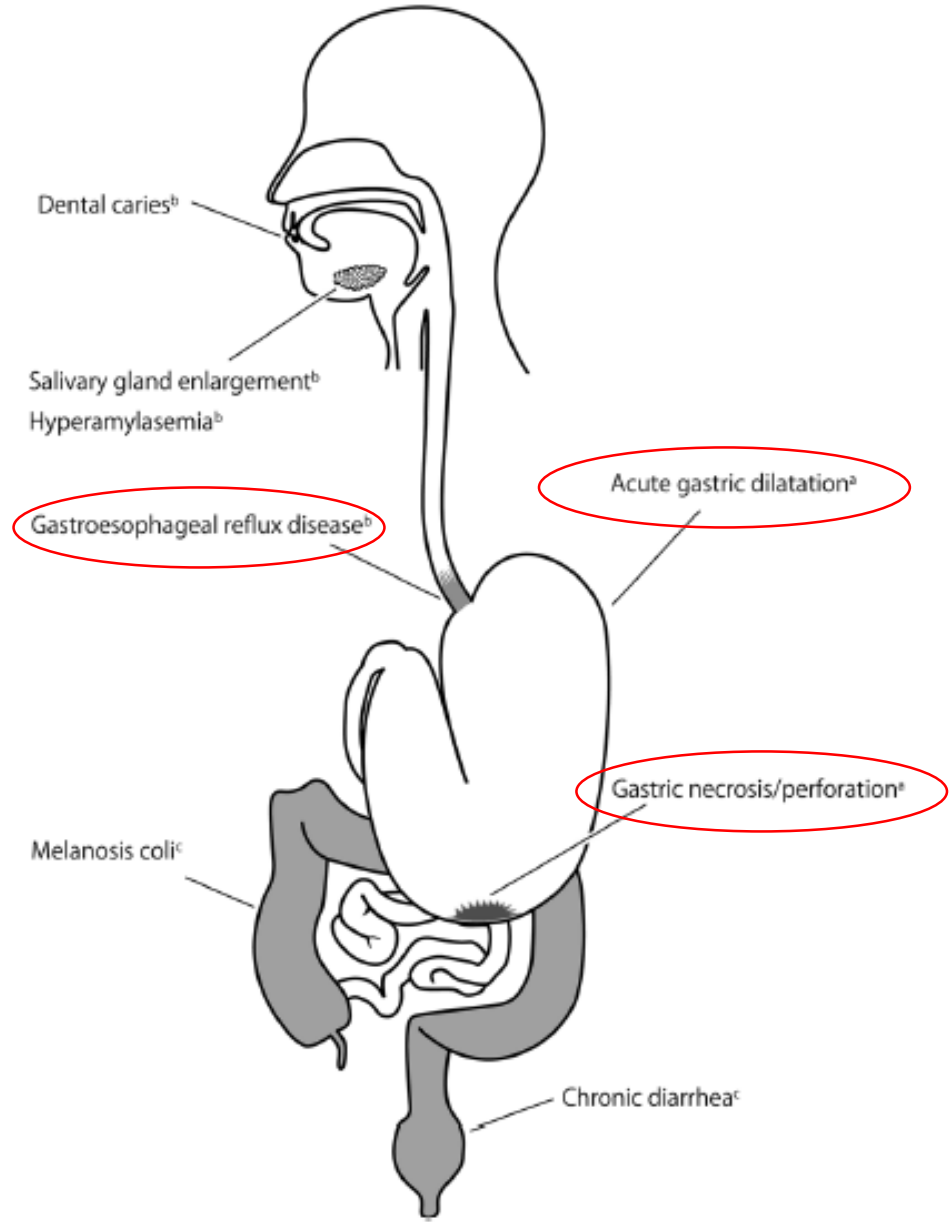
COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare

## Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders

Yasuhiro Sato<sup>1</sup> · Shin Fukudo<sup>1,2</sup>





**Fig. 2** Gastrointestinal-related binge–purge behavior by patients with eating disorders. **a** Disorders induced by binge eating, **b** disorders induced by self-induced vomiting, **c** disorders induced by laxative abuse



---

## Gastrointestinal symptoms in anorexia nervosa: A prospective study

Bruce D. Waldholtz, Arnold E. Andersen 

Sebbene i sintomi gastrointestinali gravi siano comuni nell'anoressia nervosa, migliorano significativamente con la rialimentazione

Spesso sintomi  
GI sono presenti  
sin dall'esordio o  
coesistono.....

**Table 1.** Functional Gastrointestinal Disorders

**A. Esophageal Disorders**

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| A1. Functional chest pain   | A4. Globus               |
| A2. Functional heartburn    | A5. Functional dysphagia |
| A3. Reflux hypersensitivity |                          |

**B. Gastroduodenal Disorders**

- |                                           |                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| B1. Functional dyspepsia                  | B3. Nausea and vomiting disorders            |
| B1a. Postprandial distress syndrome (PDS) | B3a. Chronic nausea vomiting syndrome (CNVS) |
| B1b. Epigastric pain syndrome (EPS)       | B3b. Cyclic vomiting syndrome (CVS)          |
| B2. Belching disorders                    | B3c. Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS)  |
| B2a. Excessive supragastric belching      | B4. Rumination syndrome                      |
| B2b. Excessive gastric belching           |                                              |

**C. Bowel Disorders**

- |                                           |                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| C1. Irritable bowel syndrome (IBS)        | C2. Functional constipation                  |
| IBS with predominant constipation (IBS-C) | C3. Functional diarrhea                      |
| IBS with predominant diarrhea (IBS-D)     | C4. Functional abdominal bloating/distension |
| IBS with mixed bowel habits (IBS-M)       | C5. Unspecified functional bowel disorder    |
| IBS unclassified (IBS-U)                  | C6. Opioid-induced constipation              |

**D. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain**

- D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS)  
D2. Narcotic bowel syndrome (NBS)/  
    Opioid-induced GI hyperalgesia

**E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders**

- E1. Biliary pain  
    E1a. Functional gallbladder disorder  
    E1b. Functional biliary SO disorder  
E2. Functional pancreatic SO disorder

**F. Anorectal Disorders**

- |                                            |                                       |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| F1. Fecal incontinence                     | F2c. Proctalgia fugax                 |
| F2. Functional anorectal pain              | F3. Functional defecation disorders   |
| F2a. Levator ani syndrome                  | F3a. Inadequate defecatory propulsion |
| F2b. Unspecified functional anorectal pain | F3b. Dyssynergic defecation           |

## Constipation

Constipation is one of the most common GI symptoms among patients with eating disorders. Functional constipation is an FGID with difficult, infrequent, and incomplete defecation that does not fulfill the criteria for IBS [16], i.e., without abdominal pain or discomfort. On the basis of the Rome II or Rome III criteria, 11–24 % of patients with eating disorder are diagnosed with functional constipation [17, 23, 53]. Constipation has been reported in 67–83 % of AN patients [55, 56] and 62.8 % of BN patients (Fig. 1) [14].

## **Irritable bowel syndrome**

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most frequent FGIDs. IBS patients have abdominal pain or discomfort that is relieved with defecation, altered frequency of bowel movement, and altered stool consistency [16]. Four subtypes of IBS have been defined—with diarrhea (IBS-D), with constipation (IBS-C), mixed (IBS-M), and unsubtyped (IBS-U). Approximately 41–52 % of patients with eating disorders have IBS [17, 23, 53], with 68.8 % of BN





Medico si focalizza su sintomi  
come espressione di patologia GI

**Difficile fare diagnosi**

Paziente si focalizza su sintomi  
come espressione di patologia GI e  
«maschera» altri disturbi

Genitore si focalizza su sintomi  
come espressione di patologia GI

**BRIEF REPORT****Outcome parameters associated with perceived helpfulness of family-based treatment for adolescent eating disorders**Simar Singh BA<sup>1</sup>  | Erin C. Accurso PhD<sup>1</sup>  | Lisa Hail PhD<sup>1</sup> |Andrea B. Goldschmidt PhD<sup>2</sup>  | Daniel Le Grange PhD<sup>1,3</sup> 

**Discussion:** Both patients and their parents perceived FBT as helpful, but patients seemed to prioritize cognitive improvements while mothers prioritized physical improvements in rating their satisfaction with FBT.

**TABLE 2** Regression analyses using change scores and ratings of FBT helpfulness

	Change score <sup>a</sup> × FBT helpfulness		
	B	t	p
<b>Adolescent report</b>			
%EBW	-.145	-.705	.49
EDE weight concerns	-.493	-3.054	.005**
EDE shape concerns	-.474	-2.896	.007**
EDE restraint concerns	-.316	-1.792	.08
EDE eating concerns	-.518	-3.263	.003**
EDE global score	-.554	-3.585	.001***
<b>Mother report</b>			
%EBW	.481	2.513	.02*
EDE weight concerns	.109	.548	.59
EDE shape concerns	-.128	-.644	.53
EDE restraint concerns	.106	.533	.60
EDE eating concerns	.140	.705	.49
EDE global score	-.100	-.503	.62
<b>Father report</b>			
%EBW	.238	.647	.54
EDE weight concerns	.312	1.040	.32
EDE shape concerns	-.226	-.735	.48
EDE restraint concerns	.045	.142	.89
EDE eating concerns	-.314	-1.046	.32
EDE global score	-.228	-.742	.48

Note. FBT = family based treatment; %EBW = percent expected body weight; EDE = eating disorder examination.

<sup>a</sup>Change score calculated as difference between end-of-treatment and baseline scores.

\*Significant at  $p < .05$ ; \*\*very significant at  $p < .01$ ; \*\*\*extremely significant at  $p < .001$ .



## Importanza della diagnosi precoce

Maggiore consapevolezza della prevalenza di questi disturbi da parte di:

- Medici
- Popolazione (pazienti e famiglie)
- Scuole
- Istituzioni

**Istituire valide reti territorio/medici specialisti/centri specializzati**



## HELP & SUPPORT

[Screening Tool](#)

[Contact the Helpline](#)

[Find Treatment](#)

[Where Do I Start?](#)

[How Do I Help?](#)

[Free & Low Cost Support](#)

[Recovery & Relapse](#)

### Call the helpline now

Call our toll-free, confidential helpline, Monday - Thursday from 9:00 am - 9:00 pm and Friday from 9:00 am - 5:00 pm (EST). Holiday Closures.

1-800-931-2237

[CALL HELPLINE NOW](#)



### Screening Tool

This short eating disorders screening – appropriate for ages 13 and up – can help determine if it's time to seek professional help.

[Read more >](#)



### Contact the Helpline

The NEDA Helpline is available Monday-Thursday from 9AM to 9PM ET, and Friday from 9AM to 5PM ET. Contact the Helpline for support, resources and treatment options for yourself or a loved one. Helpline volunteers are trained to help you find the information and support you are looking for. Reach out today!

[Read more >](#)



### Find Treatment

NEDA has a database of treatment providers across the country. Use our finder tool to locate options near you.

[Read more >](#)



### Where Do I Start?

You've decided it's time to seek help and we're so glad you did. NEDA is here to support you on your journey. These resources can help you take the first step to getting the help you deserve.

[Read more >](#)



### How Do I Help?

Having a strong support network is important to recovery. Whether you're a loved one or a professional, there are steps you can take to offer support.

[Read more >](#)



### Free & Low Cost Support

Everyone deserves support for their eating concerns, and NEDA wants to connect you with resources that can help in addition to professional help. These free and low cost support options offer ways to connect with others and provide tools to promote recovery. Please note that these options do not replace professional treatment. We are listing them as additional support options to supplement recovery or maintenance.

[Read more >](#)

## Possible lo screening??

### Table 4. The SCOFF Questionnaire: Screening for Eating Disorders in Adults

---

Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?

Do you worry you have lost control over how much you eat?

Have you recently lost more than one stone (14 lb) in a three-month period?

Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?

Would you say that food dominates your life?

---

*NOTE: One point is given for every "yes" answer; a score of  $\geq 2$  indicates the patient likely has anorexia nervosa or bulimia nervosa.*

*Adapted with permission from Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467.*

# Dieta=Osessione

*«L'ortoressia è un disturbo che riguarda l'ossessione per il mangiare sano e, come altri disturbi, caratterizza il comportamento. Chi ne soffre iper-controlla la propria alimentazione e seleziona ogni cibo minuziosamente, preferendo un alimento per i suoi benefici e per il gusto. Il fanatismo alimentare conduce chi ne è vittima a sentirsi profondamente in colpa se non mangia alimenticonsiderati sani, e sviluppa di conseguenza un senso di superiorità, basato sul cibo, verso chi non segue lo stesso regime alimentare. L'ortoressia diventa un rischio per la salute perché solitamente i valori alimentari sono basati sul sentito dire e la privazione di alcuni nutrienti causa degli squilibri significativi fino a rendere necessari interventi medici.»*



## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori RIZZOTTI, CALENDO, BARBONI, PICCHETTO FRATIN, PEROSINO, BERUTTI, MASINI, MALLEGNI, FLORIS e TESTOR

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare

Nella società moderna vi è una attenzione eccessiva all'alimentazione e ricorso a:

- Dietisti/nutrizionisti

## Sempre nuovi input

Diete *gluteen free*

Diete senza lattosio

FODMAPS "Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols"

Allergie alimentari

.....

← ↑ Patologie funzionali GI







## Celiachia, 6 milioni di italiani mangiano «gluten free» (ma non ne hanno bisogno)

Spesi 105 milioni di euro di prodotti privi di glutine senza necessità clinica. I casi di celiaci certificati sono 200 mila, ma si sospetta che siano 500 mila. In molti credono ancora che eliminare il glutine faccia dimagrire

di *Cristina Marrone*



Per ogni italiano che soffre di celiachia certificata ce ne sono 30 che consumano alimenti privi di glutine pur senza averne bisogno, con un rischio per la salute e una spesa inutile pari a complessivi 105 milioni di euro. È quanto è emerso al congresso nazionale di Sinuc (Società italiana di nutrizione clinica e metabolismo) in corso a Torino.

### **Le conseguenze di una dieta povera di glutine**

In Italia i casi di celiachia diagnosticati sono 200 mila, ma secondo il Ministero della Salute si sospetta che della malattia soffrano senza saperlo oltre 500 mila persone. Eppure si stima che 6 milioni di italiani consumino

## Sempre maggiore ricorso a test veloci indicatori di «salute»

- Test rapidi celiachia
- Test rapidi metabolismo
- Test per disbiosi
- Test per intolleranze alimentari
- .....

REVIEW

International Journal of  
**EATING DISORDERS**

## Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review

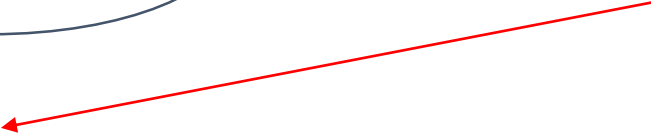
Jenny H. Conviser PsyD<sup>1</sup> | Sheehan D. Fisher PhD<sup>1</sup>  | Susanna A. McColley MD<sup>2</sup>

Results: **Diet-treated CI was associated with disordered eating and ED.** Diet-treated CI had onset prior to disordered eating in most studies, except for inflammatory bowel diseases. Disordered eating and unhealthy weight management practices put children at risk for poor medical outcomes.

Discussion: Interventions for diet-treated CI require a focus on diet and weight, but may increase the risk for disordered eating. **Future research is needed to elucidate the mechanisms that transform standard treatment practices into pathological eating,** including characteristics and behaviors of the child, parents/care providers, family, and treatment providers.

**Educazione**

Famiglia  
Medici  
Scuole



Multidisciplinarietà requisito fondamentale

Facilità di accesso a Strutture per una prima diagnosi/inquadramento

**Controllo/Rigore**

**Informazione**

Diete/Cibo  
Malattia/Salute..... Ritardata diagnosi



Personale sanitario

