

## Alcune considerazioni sul testo del Disegno di Legge num 189

Angela Favaro

Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione  
Azienda Ospedaliera di Padova  
Università degli Studi di Padova

Il presente Disegno di Legge promuove un passo importante nella definizione del ruolo delle Istituzioni pubbliche nella prevenzione, 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. Infine, il Disegno di Legge dà alcune indicazioni riguardo alla necessità di migliorare i canali di riconoscimento precoce di queste patologie ed istituire a livello regionale reti di servizi atte a fornire trattamenti efficaci e multidisciplinari.

### Disturbi dell'alimentazione e loro trattamento

Come riportato nell'introduzione al Disegno di Legge, i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati) possono essere considerate come malattie sociali (o meglio malattie nella cui complessa eziopatogenesi hanno un ruolo anche fattori di tipo sociale) e rappresentano un fenomeno grave che colpisce in modo subdolo e drammatico soprattutto adolescenti e giovani donne assieme alle loro famiglie. I dati della letteratura riportano che nel mondo occidentale circa una ragazza ogni 6 o 7 soffre di un qualche tipo di disturbo dell'alimentazione (i dati in Italia riportano 1 ogni 10) e che l'anoressia nervosa rappresenta tra questi disturbi il più cronico e disabilitante. Tra le malattie croniche che colpiscono gli adolescenti, l'anoressia nervosa è, assieme al diabete di tipo 1, il più frequente e quello con la più alta mortalità. Gli altri disturbi dell'alimentazione - la bulimia nervosa e il binge eating disorder - aumentano significativamente il rischio di obesità e di tutte le complicanze e la morbilità collegate all'obesità.

I disturbi dell'alimentazione pur non essendo in aumento per quanto riguarda la loro incidenza (cioè il numero di nuovi casi per anno) colpiscono i giovani ad una età sempre più precoce. Uno studio svolto a Padova su oltre 3,000 pazienti (di cui 1,800 con anoressia nervosa) dimostra che gli esordi sotto i 16 anni sono più che raddoppiati nelle generazioni più giovani. Lo studio dimostra inoltre che il picco di esordio per l'anoressia nervosa è unico ed è a 15-16 anni, mentre per la bulimia nervosa è a 17 anni. 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 dei neurocircuiti cerebrali (che viene completata solo dopo i 20 anni di età). I soggetti di sesso maschile sono circa il 5-10% di tutti i casi e non ci sono dati per affermare che l'incidenza nel sesso maschile sia in aumento.

Interventi di trattamento precoci sono fondamentali per ottenere una remissione completa, ma nella realtà molti casi presenti nella comunità non vengono riconosciuti e curati, se non nelle fasi tardive.

Le caratteristiche fondamentali dei trattamenti efficaci sono la tempestività e la multidisciplinarietà. La tempestività implica mettere in atto interventi di prevenzione secondaria (riconoscimento precoce dei casi e creazione di percorsi che facilitino la richiesta di trattamento) e la presenza di una rete di servizi in grado di intervenire in tempi brevi con trattamenti specifici la cui efficacia sia dimostrata qualsiasi sia l'intensità di cura richiesta (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale). La multidisciplinarietà invece 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.

Ho alcune perplessità sulla inclusione, alla pari dei disturbi dell'alimentazione, di queste due situazioni - l'ortoressia e la vigoressia - all'interno del Disegno di legge. Esse infatti non fanno parte dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, raramente richiedono una attenzione clinica e non

sono delle vere e proprie entità diagnostiche all'interno della classificazione delle malattie psichiatriche.

Se per entrambe queste entità sarebbe importante approfondire il ruolo dei social-media e di alcune figure professionali (personal-trainer, nutrizionisti, dietisti) nell'instillare in persone vulnerabili una preoccupazione eccessiva o addirittura ossessiva nei confronti del 'cibo sano' o del 'corpo in piena forma', ritengo non ci siano gli estremi per inserire queste due entità all'interno del Disegno di Legge come se avessero pari importanza, frequenza e gravità dei disturbi dell'alimentazione.

## Il modello Veneto e le Linee di Indirizzo Nazionali

Il Ministero della Salute ha promosso negli ultimi anni il lavoro di commissioni di esperti che hanno portato finora alla stesura di 4 documenti:

- Appropriatazza 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 primo di questi documenti è stato scritto utilizzando il modello Veneto come riferimento per l'organizzazione di una rete territoriale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Il modello prevede l'istituzione di una rete di servizi provinciali che garantiscano:

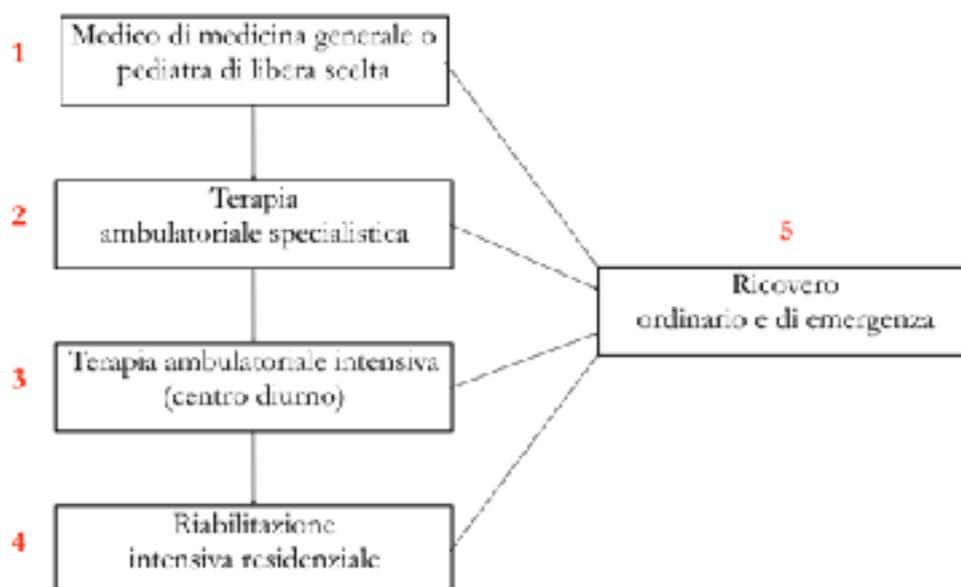
- 1) una valutazione multidisciplinare in grado di fornire diagnosi e indicazioni al trattamento;
- 2) livelli meno intensivi di cura (terapia ambulatoriale e, possibilmente, semiresidenziale);
- 3) interventi di prevenzione e trattamento delle complicanze mediche;
- 4) terapie psicoeducative e di supporto alla famiglia;
- 5) invio e collaborazione con centri specialistici che garantiscano i livelli di maggiore intensità di cura (circa il 20-30% dei pazienti con anoressia nervosa)

Il Veneto ha anche istituito due Centri Regionali che, alle funzioni di Centro Provinciale, uniscono funzioni di gestione dei casi più complessi, coordinamento di progetti di ricerca scientifica ed osservatorio epidemiologico.

Tale rete deve garantire i diversi livelli di intervento necessari nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione (Figura). Ogni rete dovrebbe garantire tutti i livelli di intensità di cura.



## I livelli d'intervento



La Regione Veneto dispone infine di posti letto specifici per la Riabilitazione Nutrizionale Intensiva (presso comunità terapeutiche e presso Case di Cura private convenzionate) dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. A questo proposito, sia per i trattamenti residenziali che semiresidenziali, la Regione ha delineato specifici criteri di appropriatezza di ricovero (disponibili sul sito della Regione) e specifiche indicazioni riguardo al ruolo dei Centri pubblici provinciali e regionali per l'invio e la presa in carico successiva.

La rete regionale per il Trattamento dei disturbi dell'alimentazione del Veneto ha anche funzione di coordinamento, monitoraggio epidemiologico, di riduzione della migrazione sanitaria, di miglioramento delle pratiche di trattamento, di formazione del personale. Negli anni, la rete ha prodotto una cartella clinica unificata e aggiornata, un sito internet ([www.disturbialimentariveneto.it](http://www.disturbialimentariveneto.it)) con materiale educativo per utenti e famiglie, ha istituito un Master di secondo livello che ha visto la collaborazione di tutti i Centri, ha partecipato a progetti di ricerca (primo tra tutti la costituzione di una Biobanca Genetica per lo studio delle cause genetiche dei disturbi dell'alimentazione).

## **Perplessità rispetto al Disegno di Legge sul Reato d'istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia**

Problemi principali:

1. **Art. 1 perplessità sulla inclusione, alla pari dei disturbi dell'alimentazione, di ortoressia e vigoressia all'interno del Disegno di legge. Esse infatti non fanno parte dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, raramente richiedono una attenzione clinica e non sono delle vere e proprie entità diagnostiche all'interno della classificazione delle malattie psichiatriche**
2. **Art. 2: "Chiunque, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a pratiche di restrizione alimentare prolungata, idonee a procurare l'anoressia o la bulimia, e ne agevola l'esecuzione...." Vi è una oggettiva difficoltà nello stabilire in modo univoco quali messaggi o comportamenti siano inclusi in questa definizione e quali vadano esclusi. Credo sarebbe necessario che gli esperti stabiliscano dei criteri oggettivi che facilitino il lavoro della Polizia Postale.**
3. **Art. 2: "Qualora il soggetto di cui al primo comma si trovi, previo accertamento medico, in uno stato psicologico di disturbo del comportamento alimentare, la sanzione della pena detentiva è commutata in trattamento sanitario obbligatorio". Questa parte dell'articolo non tiene conto della specifica legislazione riguardo al trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Inoltre non tiene conto del fatto, attualmente, i TSO possono essere fatti solo all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che non garantiscono né la multidisciplinarietà necessaria né le competenze e gli spazi per un trattamento di riabilitazione nutrizionale che richiede degenze lunghe. Andrebbe sostituito con una vigilanza sul fatto che la paziente intraprenda un trattamento presso una struttura specialistica per i disturbi dell'alimentazione (eventualmente con l'approntamento di un piano terapeutico personalizzato da parte del Servizio di competenza territoriale).**
4. **Art. 3 e 4: Questi articoli dovrebbe fare specifico riferimento ai documenti già prodotti a livello nazionale che stabiliscono i livelli di appropriatezza e le priorità da garantire in materia di disturbi dell'alimentazione.**
5. **Art. 3: "reindirizzando in forma anonima l'utente automaticamente al portale digitale [www.disturbialimentarionline.it](http://www.disturbialimentarionline.it)." Questo sito non rappresenta in modo equo e oggettivo la realtà italiana, ma solo la Regione Umbria e l'associazione "Consulta-noi". Credo debba essere individuato un sito adatto.**

Padova, 30 ottobre 2018