

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2944

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MORETTO, GIULIETTI, MARCO DI MAIO, CAMANI, MARCHETTI, TENTORI, MAGORNO, IACONO, ZARDINI, VAZIO, CAPONE, CIRACÌ, FITZGERALD NISSOLI, FRAGOMELI, CENSORE, MATTEO BRAGANTINI, PIERDOMENICO MARTINO, CAON, PRATAVIERA**

Introduzione dell'articolo 34-*bis* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per la cura di gravi disturbi del comportamento alimentare

*Presentata il 10 marzo 2015*

ONOREVOLI COLLEGHI! — I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche molto diffuse, soprattutto tra giovani e giovanissimi di sesso femminile. Secondo le odierne definizioni clinico-diagnostiche, fanno parte dei DCA svariati quadri clinici: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (DAI). Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza *lifetime* dello 0,9 per cento per l'anoressia nervosa, dell'1,5 per cento per la bulimia nervosa e del 3,5 per cento per il DAI. È stato segnalato un aumento dei casi a esordio precoce, fattore

che può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione.

Pur essendo primariamente disturbi psichici, i DCA producono complicanze fisiche anche molto serie che sono la conseguenza dei comportamenti alimentari restrittivi ovvero delle condotte messe in atto per controllare il peso e la forma del corpo.

Le persone con anoressia nervosa hanno una mortalità tra 5 e 10 volte maggiore di quella delle persone sane della stessa età e sesso. Secondo la letteratura scientifica va incontro a morte il 6-10 per cento delle persone affette da anoressia e

almeno la metà di queste morti è conseguenza della malnutrizione e delle sue complicità.

Molte persone affette da DCA rifiutano, stabilmente o periodicamente, i trattamenti. In modo particolare vi è spesso un rifiuto dei trattamenti nutrizionali anche quando essi rivestono caratteristiche di cure salva vita o, comunque, in condizioni di grave malnutrizione.

La normativa attuale prevede l'erogazione di cure in regime di obbligatorietà solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dal paziente e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Non vi è alcuna menzione alla necessità di obbligatorietà dei trattamenti nutrizionali. Per questo motivo, nella pratica clinica quando i pazienti si oppongono ai suddetti trattamenti non vi è la possibilità di disporre un trattamento obbligatorio. Nei casi in cui questo venga disposto, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura non risultano dotati di competenze nutrizionali

(competenze talvolta neppure reperibili in ospedali di piccole dimensioni), mentre i reparti internistici non sono dotati delle necessarie misure di sicurezza e delle competenze necessarie alla gestione di pazienti oppositivi.

Ne risulta che i trattamenti obbligatori finalizzati anche alla cura delle complicanze organiche o del rifiuto a nutrirsi, seppur spesso assolutamente salva vita, nel nostro Paese non vengono erogati.

La presente proposta di legge ha l'obiettivo di rendere possibile il trattamento sanitario obbligatorio per fare fronte alla necessità di trattamenti salva-vita a fronte di complicanze organiche che siano la conseguenza diretta di DCA e che vengano rifiutati a causa della patologia psichiatrica in atto.

Viene prevista l'individuazione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che, in ciascuna regione, siano delegati a questa forma di trattamenti e si specifica che i ricoveri vengano gestiti da una *équipe* multiprofessionale che comprenda almeno psichiatri, esperti in nutrizione clinica e pediatri.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

Dopo l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è inserito il seguente:

« ART. 34-bis. — (*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale che provochi disturbi del comportamento alimentare*). — 1. Limitatamente ai casi di disturbi del comportamento alimentare, il ricovero conseguente a trattamento sanitario obbligatorio di cui all'articolo 34 può essere attuato per fare fronte a necessità urgenti di trattamenti salvavita che il paziente, a causa della patologia psichica, rifiuta. Il trattamento sanitario obbligatorio, anche finalizzato al trattamento delle complicanze organiche o del rifiuto a nutrirsi, avviene presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura o presso specifiche strutture ospedaliere deputate al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in fase di acuzie. Per una migliore presa in carico del paziente i servizi ospedalieri e i reparti nei quali possono essere effettuati i trattamenti sanitari obbligatori sono individuati dalle singole regioni entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione secondo aree di attività di livello regionale.

2. Ogni regione, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, individua nella dotazione di posti letto ospedalieri esistenti i posti letto dedicati al trattamento sanitario obbligatorio dei DCA avendo cura che siano dotati delle opportune misure di sicurezza per l'incolumità fisica degli utenti. I posti letto individuati devono essere gestiti da una *équipe* multiprofessionale costituita, almeno, da medici psichiatri, medici esperti in nutrizione clinica e pediatri.

3. Per quanto compatibili si applicano le disposizioni sul trattamento sanitario obbligatorio di cui agli articoli 33, 34 e 35 ».

€ 1,00



\*17PDL0031030\*