

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4511

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BORGHESE, MERLO

Introduzione dell'articolo 580-*bis* del codice penale, concernente il reato di istigazione a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e diagnosi precoce dei disturbi alimentari

Presentata il 25 maggio 2017

ONOREVOLI COLLEGHI! — I disturbi del comportamento alimentare, suddivisibili in anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata e disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati, sono ormai considerati una vera epidemia sociale che riguarda soprattutto il mondo occidentale, con una spiccata predilezione per il sesso femminile.

Un esempio molto frequente è il decesso nell'ambito del lezioso mondo della moda di giovani donne anoressiche, considerate un modello di bellezza che ha portato prepotentemente alla ribalta un problema sempre più diffuso nella società civile: l'anoressia nervosa.

Questa patologia viene diagnosticata, nella maggior parte dei casi, a pazienti di

sesso femminile. Si manifesta, in genere, nella fascia di età compresa tra dodici e venticinque anni, con due picchi di maggiore frequenza tra quattordici e diciotto anni. Negli ultimi dieci anni si è assistito, tuttavia, a un numero sempre maggiore di casi con soggetti di età inferiore, anche sotto i dieci anni, e a un'incidenza sempre maggiore di questa patologia negli individui di sesso maschile. Le cause che portano allo sviluppo dell'anoressia nervosa possono essere molteplici: di natura sia biologica, che sociale e psicologica, alle quali si sovrappongono altri fattori che portano allo sviluppo conclamato della malattia. Tra le cause che possono scatenare questo tipo di disturbi — che ormai sono una vera emergenza sociale — è importante evidenziare le seguenti: avere un familiare che

soffre, o ha sofferto, di un disturbo del comportamento alimentare, crescere in una famiglia dove esiste un'oggettiva difficoltà di comunicare e di esprimere le emozioni, appartenere a un gruppo sociale « a rischio » per il controllo del peso, vivere in un'area urbana di un Paese occidentale dove la magrezza viene enfatizzata come un valore sociale positivo e soffrire di un disturbo della personalità. Inoltre, sono da considerare la frequenza a sottoporsi a diete ferree e poi, sicuramente, la difficoltà di adattarsi ai cambiamenti e agli eventi stressanti che la vita impone come, ad esempio, una sofferenza nella vita privata affettiva, una bocciatura a scuola, un licenziamento dal lavoro o la perdita di una persona cara.

Secondo i dati del Ministero della salute, ogni 100 ragazze tra dodici e venticinque anni di età circa 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione che si manifesta con grossi squilibri nel modo di mangiare e in un alterato rapporto con il proprio corpo, al punto che l'alimentazione può assumere caratteristiche ossessive.

Il dato più allarmante è che tali patologie hanno un'elevata incidenza di mortalità che, nell'anoressia nervosa, può arrivare fino al 25 per cento, di cui il 5 per cento è dovuto al suicidio.

Interessanti fatti emergono dal risultato di un'indagine epidemiologica, condotta in Italia fra 500 adolescenti di età compresa tra quattordici e diciotto anni di sei scuole, che confermano i dati generali con una prevalenza dello 0,3 per l'anoressia e del 4 per cento per la bulimia nervosa. Nonostante i dati epidemiologici siano così rilevanti, non bisogna dimenticare che esiste un mondo sommerso, di gran lunga superiore, che vive in silenzio e lotta contro il proprio peso. Sono i soggetti affetti da sindromi parziali, circa il 10 per cento, che difficilmente giungono all'osservazione clinica.

I disturbi del comportamento alimentare costituiscono un gruppo solo apparentemente eterogeneo di patologie che, pur interessando un'ampia parte della popolazione giovanile, si trovano in una condi-

zione di paradossale contraddizione: infatti, all'attenzione e alla conseguente preoccupazione che periodicamente manifestano i *mass media* e gli operatori della salute, non corrisponde un adeguato interesse da parte del sistema socio-assistenziale, con il risultato che troppo spesso il livello qualitativo e quantitativo delle iniziative messe in campo si presenta del tutto inadeguato alle necessità.

In Parlamento non è facile affrontare a livello legislativo un problema così complesso che investe la sfera più intima del rapporto tra la persona e il proprio corpo e, più in generale, il suo relazionarsi con gli altri. Né può trascurarsi che questi disturbi, oltre ad avere un impatto devastante sulla vita della persona che ne soffre, condizionano pesantemente la quotidianità della sua famiglia (coniuge, genitori, figli). Non solo il soggetto portatore del sintomo, ma l'intera rete delle sue relazioni familiari necessita, quindi, di aiuto, sostegno e, talvolta, anche di trattamento.

Considerando, inoltre, che le cause dei disturbi del comportamento alimentare possono essere molteplici, comportando una combinazione di fattori socio-culturali, familiari, psicologici, si comprende come sia riduttivo pensare di risolvere tali gravi patologie attraverso iniziative finalizzate a condizionare i canoni estetici del momento, senza contemporaneamente offrire efficaci strumenti di contrasto del problema e di supporto assistenziale.

L'articolo 1 della presente proposta di legge riconosce l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa e le altre patologie relative ai disturbi del comportamento alimentare come malattie sociali in quanto comportano impedimenti gravi del comportamento dell'individuo. La proposta di legge disciplina, inoltre, i contenuti e le procedure di elaborazione dei progetti di vita individualizzati per i soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Il progetto di vita individualizzato prevede due distinti percorsi: il primo dedicato all'assistenza diagnostica e specialistica ambulatoriale per una presa in carico globale di tutti i problemi fisici, psicologici e psichiatrici dei soggetti; il secondo di integrazione sociale,

al fine di favorire il reinserimento del singolo all'interno dei contesti di vita formativi, lavorativi, culturali, ludico-ricreativi e sportivi.

La proposta di legge istituisce, all'interno dei consultori familiari, apposite unità operative semplici dedicate ai disturbi del comportamento alimentare, in cui è garantita la presenza di uno psicologo o di un medico specializzato nel settore. Le unità operative, nel collaborare con le altre strutture dell'azienda sanitaria locale di appartenenza, garantiscono il coinvolgimento delle

organizzazioni di volontariato e delle altre realtà del privato sociale impegnate nella lotta all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa.

Si prevede inoltre la realizzazione di case – famiglia sul territorio nazionale che, anche attraverso la stipula di convenzioni con gli enti locali, offrono l'opportunità di un'assistenza residenziale per i casi più gravi.

Si definiscono, infine, le modalità di copertura degli oneri derivanti dall'attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. La presente legge riconosce come malattie sociali l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e le altre patologie inerenti i disturbi gravi del comportamento dell'individuo legati all'alimentazione.

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

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

4. Il Ministro della salute provvede, con proprio decreto da emanare 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.

1. Dopo l'articolo 580 del codice penale è inserito il seguente:

« ART. 580-bis. — (*Istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia*). — 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 è punito con la reclusione fino a un anno.

Se il reato di cui al primo comma è commesso nei confronti di una persona minore degli anni quattordici o di una persona priva della capacità di intendere e di volere, si applica la pena della reclusione fino a due anni ».

ART. 3.

1. Lo Stato, avvalendosi del Servizio sanitario nazionale, 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 a 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;
- b) migliorare le modalità di cura dei soggetti affetti dalle malattie di cui all'articolo 1, comma 1;
- c) effettuare la prevenzione delle complicanze;
- d) agevolare l'inserimento dei soggetti affetti dalle malattie di cui all'articolo 1, comma 1, 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 adeguati strumenti di ricerca.

3. Il Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali, sentite le associazioni più rappresentative a livello nazionale dei fornitori di connettività alla rete *internet*, stabilisce, con proprio decreto da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità per impedire l'accesso ai siti *internet* 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 a diffondere le malattie di cui all'articolo 1, comma 1.

ART. 4.

(Diagnosi precoce e prevenzione).

1. Ai fini della diagnosi precoce e della prevenzione delle complicanze delle malattie di cui all'articolo 1, comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i piani sanitari e gli interventi di cui all'articolo 3, commi 1 e 2, tenuto conto dei criteri e delle metodologie stabiliti con specifico atto di indirizzo e coordinamento del Ministro della salute, sentito l'Istituto superiore di sanità, indicano alle aziende ospedaliere e alle aziende sanitarie locali gli interventi operativi più idonei a:

a) definire un programma articolato che permetta di assicurare la formazione e l'aggiornamento professionali del personale medico sulla conoscenza delle malattie di cui all'articolo 1, comma 1, al fine di facilitare l'individuazione dei soggetti affetti da tali malattie;

b) prevenire le complicanze e monitorare le patologie associate alle malattie di cui all'articolo 1, comma 1;

c) definire *test* diagnostici e di controllo per i soggetti affetti dalle malattie di cui all'articolo 1, comma 1.

2. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1, le aziende sanitarie locali si avvalgono dei presidi accreditati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, con documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica, nonché di centri regionali e provinciali di riferimento, ai quali spetta il coordinamento dei presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi, anche mediante l'adozione di controlli concordati a livello nazionale.

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.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per il medesimo anno dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, 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 2017, 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.



17PDL0052820