

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1256

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PANIZZUT, LAZZARINI, LOIZZO, MATONE, ANDREUZZA, BARABOTTI, CAVANDOLI, FURGIUELE, MONTEMAGNI, OTTAVIANI, PIERRO, PRETTO

Disposizioni in materia di diagnosi, cura e integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone affette dal disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività

Presentata il 28 giugno 2023

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, noto con la sigla italiana «DDAI» (o «ADHD» — *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), è una condizione del neurosviluppo caratterizzata da iperattività, impulsività e incapacità a concentrarsi che si manifesta generalmente prima dei sette anni di età.

L'Istituto superiore di sanità nel proprio sito *internet* rammenta come i criteri diagnostici del DDAI siano stati descritti e definiti dagli psichiatri e dai pediatri statunitensi nel manuale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), pubblicato dall'*American Psychiatric Association*, utilizzato come referenza psichiatrica a livello internazionale.

La più recente descrizione del disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività è contenuta nell'ultima edizione del citato manuale, DSM-V, secondo il quale per poter confermare la diagnosi di DDAI un bambino deve presentare almeno sei dei nove sintomi caratterizzanti tale disturbo per un periodo minimo di sei mesi e in almeno due contesti (scuola, casa eccetera). Inoltre, è necessario che tali manifestazioni si verifichino prima dei sette anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico o sociale.

Nell'impostazione del DSM-V, al soggetto che presenta esclusivamente sei dei nove sintomi riferiti alla disattenzione è attribuita la diagnosi di DDAI — sottotipo disattento; a chi presenta esclusivamente

sei dei nove sintomi di iperattività-impulsività è attribuita la diagnosi di DDAI – sottotipo iperattivo-impulsivo, mentre a chi presenta entrambe le problematiche è attribuita la diagnosi di DDAI – sottotipo combinato.

Applicando un criterio diagnostico più restrittivo, l'*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) dell'Organizzazione mondiale della sanità definisce la presenza di « disordine ipercinetico » quando sono compresenti sintomi di iperattività, di comportamenti impulsivi e di *deficit* di attenzione.

Queste differenze nei criteri diagnostici adottati dalle due citate pubblicazioni spiegano, in parte, la diversità nella frequenza di diagnosi di DDAI registrate nei Paesi del Nord-America e in quelli europei.

Va sottolineato altresì come la condizione in esame si manifesti in modo differente nei bambini e nelle bambine: da un lato, infatti, il bambino è incapace di stare fermo, ha attacchi di impulsività e di iperattività, dall'altro lato, invece, la bambina è estremamente docile, persa nei propri pensieri nonché incapace di ascolto e riflessione su ciò che le viene assegnato. Due atteggiamenti completamente diversi, eppure riconducibili alla stessa condizione.

In una percentuale rilevante di casi, il DDAI si presenta in associazione con altri disturbi o patologie quali il disturbo oppositivo provocatorio (dal 30 al 40 per cento dei casi), i disturbi dell'apprendimento (dal 30 al 50 per cento dei casi), il disturbo della condotta, i disturbi d'ansia, la depressione e i frequentissimi disturbi del sonno. Con la crescita e il passaggio tra l'adolescenza e l'età adulta, inoltre, possono comparire patologie psichiatriche come il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo bipolare, i disturbi alimentari quali anoressia e bulimia, le dipendenze da sostanze e l'autolesionismo.

Le comorbidità possono aggravare la condizione, provocando un diverso decorso del disturbo nel tempo, e generare anche una diversa risposta alla terapia. Da qui l'importanza della loro valutazione in fase diagnostica.

Date le premesse, è opportuno precisare come il DDAI non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare e non va nemmeno considerato come il risultato di una disciplina educativa inefficace o di una sorta di cattiveria insita nel bambino. Il DDAI è, appunto, un disturbo del neurosviluppo che se non adeguatamente individuato può determinare pesanti ricadute nella vita individuale, socio-emozionale e scolastica, con esiti anche gravi e potenzialmente drammatici.

A sostegno di quanto esposto si richiamano i risultati di un recente studio condotto da Irene Strada, Vincenza Tesoro ed Elena Anna Maria Vegni, pubblicato nella *Rassegna italiana di criminologia* (anno XV, n. 2, anno 2021), dal quale emerge come il DDAI incida pesantemente sulla popolazione carceraria, con una percentuale che oscilla dal 25 al 45 per cento dei detenuti.

Il DDAI può rappresentare, quindi, un ostacolo reale per l'individuo e per il conseguimento dei suoi obiettivi personali, generando sconforto e *stress* anche nei genitori e negli insegnanti che possono trovarsi impreparati nella gestione del comportamento del bambino.

In questo quadro, diventa fondamentale far capire agli adulti quale sia la reale natura dell'iperattività, affinché sia possibile interagire nel modo più corretto con questi bambini, senza pregiudizi o limiti, anche mediante il sostegno di professionisti che, individuata la condizione, accompagnino la persona e la famiglia verso la soluzione più idonea.

Non bisogna limitarsi alla presa in carico del bambino affetto da DDAI, ma è necessario accompagnarlo in un percorso di vita che lo faccia sentire il più possibile accettato dalla società e non emarginato perché ritenuto ingestibile.

Per realizzare questi obiettivi, e anche per uniformare l'approccio al DDAI in tutto il territorio italiano, si ricorda che il Consiglio regionale della regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato nella seduta n. 338 del 3 febbraio 2023 una proposta di legge nazionale recante disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle

persone con disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività.

Dalla suddetta iniziativa deriva la presente proposta di legge, composta da dieci articoli, che di seguito si illustrano sinteticamente.

L'articolo 1 prevede il riconoscimento del disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività quale condizione invalidante tale da determinare un'alterazione precoce e globale di tutte le funzioni essenziali nei processi evolutivi.

L'articolo 2 individua le finalità della legge.

L'articolo 3 prevede l'adozione del Piano nazionale per gli interventi in materia di disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, nel quale sono definiti, tra gli altri, gli indirizzi, le priorità e le strategie dell'azione nazionale.

L'articolo 4 prevede l'istituzione di centri regionali per il disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, incaricati della diagnosi, della definizione del percorso te-

rapeutico e della valutazione periodica della condizione della persona.

L'articolo 5 prevede la creazione di una rete regionale dei servizi per il disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, diretta ad assicurare un sistema integrato e omogeneo di servizi e una presa in carico globale delle persone affette da tale disturbo e delle loro famiglie.

L'articolo 6 prevede misure volte a garantire l'inclusione sociale, scolastica e lavorativa dei soggetti affetti da disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività.

L'articolo 7 promuove la collaborazione e l'integrazione dei settori pubblici della sanità e dell'assistenza sociale con le organizzazioni del privato sociale e del Terzo settore.

L'articolo 8 prevede l'istituzione di un Comitato tecnico-scientifico composto da rappresentanti di Ministeri e di enti privati, con compiti di monitoraggio e verifica del rispetto delle disposizioni della legge.

Gli articoli 9 e 10 recano le disposizioni finanziarie e finali.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Riconoscimento del disturbo da deficit di attenzione o iperattività)

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, e alla Carta dei diritti delle persone con disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, riconosce il disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, di seguito denominato « DDAI », quale condizione invalidante tale da determinare un'alterazione precoce e globale di tutte le funzioni essenziali nei processi evolutivi.

2. La Repubblica promuove la piena inclusione sociale, scolastica e lavorativa delle persone affette da DDAI.

Art. 2.

(Finalità)

1. Nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni, la presente legge prevede interventi finalizzati a:

a) promuovere l'adozione di metodi e interventi diagnostici, terapeutici, educativi e riabilitativi validati dalle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale, tenuto conto delle valutazioni dell'Agenzia italiana del farmaco, nonché la formulazione di linee di indirizzo generale per la diagnosi e il trattamento del DDAI;

b) promuovere l'adozione di strumenti specifici per l'individuazione del DDAI nell'ambito scolastico;

c) riconoscere il ruolo determinante della famiglia quale parte attiva nell'elaborazione e nell'attuazione del progetto di

vita che riguarda la persona affetta da DDAI;

d) promuovere iniziative di sostegno e di consulenza rivolte alle famiglie durante il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

e) introdurre una figura professionale all'interno della scuola a supporto delle attività didattiche del bambino affetto da DDAI;

f) promuovere campagne di sensibilizzazione nel territorio nazionale per approfondire la conoscenza del DDAI in tutti gli ambiti, compresi gli istituti penitenziari;

g) promuovere iniziative volte alla collaborazione tra scuola, servizi sanitari, servizi sociali e famiglia, anche attraverso il coinvolgimento di figure professionali altamente qualificate e in grado di supportare le difficoltà connesse al DDAI e alle comorbilità;

h) promuovere intese con le università e gli istituti scientifici del settore a scopo di ricerca e aggiornamento.

Art. 3.

(Piano nazionale per gli interventi in materia di DDAI e programmi attuativi)

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, elabora il Piano nazionale per gli interventi in materia di DDAI, di seguito denominato « Piano », definendo gli indirizzi, le priorità e le strategie dell'azione nazionale in coerenza con le previsioni e le finalità della presente legge.

2. Il Piano prevede:

a) l'adozione di linee di indirizzo generale per la diagnosi e il trattamento del

disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, contenente l'indicazione dei criteri per la diagnosi nonché dei piani e dei percorsi per la terapia, il trattamento, secondo un approccio multimodale, e la formazione degli operatori;

b) l'analisi dei bisogni presenti nel territorio nazionale;

c) le linee di intervento e gli obiettivi da perseguire, nonché le relative priorità;

d) gli indirizzi per il coordinamento delle iniziative dei soggetti destinatari degli interventi previsti dalla presente legge.

3. Il Piano ha validità triennale e può essere modificato, con la medesima procedura di cui al comma 1, anche prima della scadenza a fronte di nuove evidenze o esigenze.

Art. 4.

(Centri regionali di riferimento per il DDAI)

1. Per l'attuazione delle misure indicate nel Piano, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono i centri regionali di riferimento per il DDAI che svolgono funzioni di diagnosi, di monitoraggio e di trattamento dei bambini, dei ragazzi in età evolutiva e delle persone in età adulta affette da disturbo da *deficit* di attenzione o iperattività, nonché di coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative, informative e di ricerca sul DDAI.

2. I centri regionali di riferimento per il DDAI effettuano la diagnosi, indicano un percorso terapeutico, eventualmente anche attraverso la somministrazione di farmaci, e valutano periodicamente la condizione della persona affetta da DDAI.

Art. 5.

(Rete regionale dei servizi per il DDAI)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano realizzano una rete integrata dei servizi per il DDAI volta ad assicurare, in coordinamento con i centri

regionali di riferimento istituiti ai sensi dell'articolo 4:

a) un'adeguata e omogenea copertura di tutti i territori al fine di attuare un intervento funzionale, unitario e coordinato in conformità alle più avanzate evidenze scientifiche;

b) la continuità assistenziale nel passaggio di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, al fine di favorire l'integrazione degli interventi e delle prestazioni sociali e sanitarie necessarie per assicurare la presa in carico globale del soggetto affetto da DDAI e della sua famiglia.

2. Nell'ambito della rete integrata di cui al comma 1, è assicurata, ove necessaria e appropriata, l'integrazione con i servizi pubblici per le dipendenze patologiche, in particolare nella presa in carico degli adolescenti e degli adulti affetti da DDAI e da dipendenze patologiche.

3. Nelle more dell'attuazione della rete integrata dei servizi per il DDAI e, comunque, in caso di esigenze di trattamento coerenti con le linee di indirizzo di cui all'articolo 3, comma 2, lettera a), e non adeguatamente tutelate attraverso le strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario regionale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere forme di rimborso delle spese sostenute dalle persone affette da DDAI e dalle relative famiglie per le prestazioni erogate da soggetti privati autorizzati, previo accordo con i soggetti privati medesimi, a valere sulle risorse di cui all'articolo 9.

Art. 6.

(Inclusione sociale, scolastica e lavorativa)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono percorsi di inclusione sociale volti allo sviluppo delle competenze, al potenziamento delle autonomie e al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da DDAI.

2. Per il perseguimento delle finalità di cui al comma 1, le regioni e le province

autonome di Trento e di Bolzano, anche tramite l'intervento degli enti locali, possono programmare attività educative, sportive o ludico-ricreative, privilegiando l'attivazione di finanziamenti sia pubblici sia privati, il coinvolgimento di enti privati e operatori esperti in DDAI, anche appartenenti al Terzo settore, e le forme di co-programmazione e co-progettazione previste dall'articolo 55 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

3. La presente legge, nel rispetto dell'articolo 117, secondo comma, lettera *n*), della Costituzione e della legge 8 ottobre 2010, n. 170, garantisce il diritto all'istruzione delle persone affette da DDAI e assicura che le stesse ricevano una formazione corrispondente alle proprie aspirazioni, nell'ottica di favorire il successo scolastico, lo sviluppo delle competenze e delle potenzialità, nonché il loro successivo inserimento lavorativo senza pregiudizi o discriminazioni. Le finalità di cui al presente comma sono attuate anche attraverso la collaborazione tra le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, i centri regionali di riferimento per il DDAI istituiti ai sensi dell'articolo 4 della presente legge e i centri di salute mentale per l'età adulta, previa intesa con gli uffici scolastici regionali.

4. Le istituzioni scolastiche, a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente iscritte nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione e del merito, garantiscono l'uso degli strumenti informatici necessari e appropriati in relazione ai bisogni educativi speciali e di comunicazione degli studenti affetti da DDAI.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in collaborazione con i centri regionali per l'impiego, promuovono l'avvio di percorsi formativi propedeutici all'inserimento lavorativo delle persone affette da DDAI anche attraverso l'organizzazione di attività da svolgere in ambienti predisposti per la gestione delle difficoltà correlate al DDAI e alle relative comorbilità.

Art. 7.

(Partecipazione degli enti privati e del Terzo settore)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni forma di collaborazione con i soggetti che si occupano o sono comunque interessati alle problematiche relative al DDAI, attraverso un approccio multisetoriale e inter-settoriale, integrando la presa in carico da parte dei settori pubblici della sanità e dell'assistenza sociale con quella degli enti privati, in particolare del Terzo settore, anche costituiti dai familiari, al fine di creare una rete integrata volta alla presa in carico onnicomprensiva delle persone affette da DDAI.

Art. 8.

(Comitato tecnico-scientifico per il DDAI)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, istituisce il Comitato tecnico-scientifico per il DDAI, di seguito denominato « Comitato », di cui nomina i componenti. La composizione del Comitato assicura la partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse in tale ambito e, in particolare, di rappresentanti dei Ministeri della salute, dell'istruzione e del merito, del lavoro e delle politiche sociali, dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delle società scientifiche e delle associazioni maggiormente rappresentative impegnate nella tutela dei diritti delle persone affette da DDAI e delle loro famiglie.

2. Il Comitato svolge funzioni di indirizzo, di coordinamento e di monitoraggio circa la corretta attuazione della presente legge. Al Comitato è altresì assegnato il compito di formulazione delle linee di indirizzo di cui all'articolo 3, comma 2, lettera a), di coordinamento dei progetti di

ricerca e di organizzazione delle attività di formazione.

3. Il Comitato si dota di un regolamento interno per il suo funzionamento. I componenti partecipano alle attività del Comitato a titolo gratuito, restano in carica per tre anni e possono essere rieletti.

Art. 9.

(Disposizioni finanziarie)

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo per l'attuazione della presente legge, con una dotazione di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione e del merito, con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono stabiliti i criteri e le modalità per il riparto e l'utilizzazione delle risorse del fondo di cui al comma 1.

3. Agli oneri derivanti dal comma 1, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, 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 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

PAGINA BIANCA



19PDL0043150