REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U0080 **del** 14 MAR. 2016 **Proposta n.** 831 **del** 27/01/2016

Oggetto:

Disturbi Alimentari – approvazione allegato 1 "Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari"; approvazione allegato 2 "Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)"; approvazione allegato 3 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie" (integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011).

Estensore PIZZARDI ANTONELLA

Responsabile del Procedimento FALCIONI FLORIDO

Il Dirigente d'Area S. FRATINI

Il Direttore Regionale

V. PANELLA

Il Dirigente
Valentino Mantini

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. BISSONI

Richiesta di pubblicazione sul BUR: SI

Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. del

OGGETTO: Disturbi Alimentari – approvazione allegato 1 "*Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari*"; approvazione allegato 2 "*Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)*"; approvazione allegato 3 "*Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*" (integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011).

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni recante "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";

VISTO il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1 dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'arch. Giovanni Bissoni quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18, e successive modificazioni recante "*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "*Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie*";

VISTO il Decreto Legge c.d. "Balduzzi" 13 settembre 2012 , n.158 recante "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente "*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, c.180, della Legge 311/2004*";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*" che individua, in accordo con le Regioni, nell'allegato n. 1 i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria da garantire a tutti i cittadini e nell'allegato n. 4 – nel definire il ruolo delle Regioni in materia di Lea – l'impegno delle regioni stesse a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri, per contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;

VISTO il DCA n. 17 del 9 marzo 2010 recante "*Atto ricognitivo di cui al Decreto commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'articolo 2, c. 1, lett. a, n. 1) della LR n. 4/2003*";

VISTO il DCA n. U0090 del 10/11/2010 concernente l'Approvazione di: "*Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie*" (All. 1), "*Requisiti ulteriori per l'accreditamento*" (All. 2), "*Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAASS) – Manuale d'uso*" (All. 3). *Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3*;

VISTO il DCA n. U0008 del 10/02/2011 recante "*Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli*

prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie";

VISTA la Legge Regionale 14 luglio 2014, n. 7 recante "*Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell'ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie*";

VISTO il DCA n. U00368/2014 recante *"Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";*

VISTO il DCA n. U00606 del 30/12/2015 "*Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6*";

VISTO il Documento definitivo di consenso della Conferenza nazionale sui Disturbi Alimentari (DA) negli adolescenti e nei giovani adulti, svoltasi a ottobre 2012 presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ha prodotto raccomandazioni per una gestione appropriata dei DA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche sulle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale e accompagnate dalle relative motivazioni scientifiche;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

TENUTO CONTO che uno degli obiettivi specifici prioritari individuati dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" per la tutela della salute mentale in età adulta, è il miglioramento del trattamento dei disturbi alimentari;

CONSIDERATO che l'Accordo concernente il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 287 del 16/9/2014 che recepisce il suddetto *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*;

PREMESSO che, secondo i dati 2013 del Ministero della Salute (Quaderno della Salute n. 17/22), in Italia i Disturbi Alimentari – DA, quali l'anoressia e la bulimia nervose, sono uno dei problemi più comuni nei giovani, con una incidenza dell'anoressia nervosa stimata in almeno 8 nuovi casi per

100.000 donne per anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.00 donne per anno, ed è in continua crescita nella popolazione giovane maschile;

CONSIDERATA l'importanza di implementare un approccio basato sull'ottica della prevenzione al fine di evitare il cronicizzarsi di patologie psichiche e/o psichiatriche, al fine di tutelare la salute dei cittadini e di evitare in futuro maggiori spese a carico del Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO che è necessario individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici ed assistenziali dei pazienti che soffrono di Disturbi Alimentari;

CONSIDERATO che è necessario definire in maniera più dettagliata il percorso di identificazione e di presa in carico assistenziale e di cura dei pazienti, minori e adulti, che soffrono di Disturbi Alimentari;

CONSIDERATO che con il miglioramento della presa in carico assistenziale si avrà un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, della salute dei pazienti che soffrono di Disturbi Alimentari;

PREMESSO che i Disturbi Alimentari considerati nel presente documento, sono disturbi ricompresi in quelli che il Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder 5 (DSM-5) definisce come Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione caratterizzati "da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale", quali l'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili; il ripetuto rigurgito di cibo, non attribuibile a condizioni gastrointestinali associate; l'evitamento di particolari cibi; le restrizioni alimentari con il conseguente significativo peso corporeo basso e la paura di diventare grassi; le abbuffate; i comportamenti compensatori inappropriati quali: vomito autoindotto, abuso lassativi e/o diuretici, digiuno, attività fisica eccessiva;

VISTA la nota dell'Area Programmazione Rete Servizi Area Soggetti Deboli n. 100631 del 18/02/2014, con la quale si richiedono alle Direzioni Generali delle AASSLL e delle AAOO, informazioni per conoscere i servizi/strutture sul territorio di competenza dedicati esclusivamente al trattamento dei Disturbi Alimentari;

TENUTO CONTO delle risposte alla suddetta nota pervenute da parte delle Direzioni Generali delle AASSLL e delle Aziende Ospedaliere;

VISTA la nota dell'Area Programmazione Rete Servizi Area Soggetti Deboli n. 718783 del 29/12/2014, con la quale si richiedono alle Direzioni Generali delle AASSLL/AAOO/IRCSS/Policlinici Universitari, informazioni sui servizi/strutture anche

ospedaliere esistenti sul territorio di competenza, sul relativo personale e sulle attività svolte per i Disturbi Alimentari;

TENUTO CONTO delle risposte pervenute e delle schede compilate da parte delle Direzioni Generali delle AASSLL/AAOO/IRCSS/Aziende Ospedaliere/Universitari/Policlinici Universitari;

VISTA la Determinazione n. G01979 del 27/02/2015 recante "*Costituzione del gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la cura dei Disturbi Alimentari (DA) di minori e adulti e per la stima del fabbisogno di strutture/servizi nella Regione Lazio*";

VISTA la Determinazione n. G03994 del 08/04/2015 recante: "Rettifica della Determinazione n. G01979 del 27/02/2015 concernente "*Costituzione del gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la cura dei Disturbi Alimentari (DA) di minori e adulti e per la stima del fabbisogno di strutture/servizi nella Regione Lazio*";

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro aveva come obiettivi quelli di:

- Definire percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la cura dei Disturbi Alimentari di minori e adulti (in collaborazione con DSM, TSMREE, PLS, MMG e strutture ospedaliere);
- Stimare il fabbisogno di strutture/servizi dedicati necessari nella Regione Lazio;
- Definire requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie per pazienti affetti da Disturbi Alimentari;

TENUTO CONTO che tale gruppo di lavoro tecnico-scientifico dopo numerosi e periodici incontri ha elaborato e approvato, sulla base delle linee guida nazionali e internazionali esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi scientifici nazionali e internazionali, i seguenti tre documenti:

- Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura (Allegato 1);
- Stima del fabbisogno di servizi/strutture (Allegato 2);
- Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie (Allegato 3);

PREMESSO che con tale decreto si intende istituire una rete integrata di presa in carico sanitaria per garantire alle persone affette dai Disturbi Alimentari, sia minori che adulti, degli interventi sia dal punto di vista psicologico-psicoterapeutico e psichiatrico che dal punto di vista internistico-nutrizionale;

TENUTO CONTO che nelle more della costituzione dell'intera rete regionale, la presa in carico assistenziale sarà a cura dell'ambulatorio cui il paziente si rivolge anche se residente in altro territorio: per le prestazioni residenziali/semiresidenziali sarà necessario l'accordo con la ASL di residenza del paziente. I Direttori Generali delle AASSL comunicano alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali quali sono i servizi competenti alla valutazione delle richieste di Nulla Osta, i suddetti servizi rispondono alle richieste pervenute entro 20 giorni dalla richiesta, salvo casi di urgenza;

PREMESSO che il programma, così come definito nel presente documento, verrà periodicamente monitorato (anche rispetto alle liste di attesa) attraverso apposite schede predisposte dall'Area competente e valutato nell'applicazione dei percorsi di cura e nella verifica/ridefinizione del fabbisogno al termine del 1° e del 2° anno di attività dei servizi previsti;

CONSIDERATO inoltre, che nelle more della realizzazione di un Registro di patologia, la Regione Lazio indicherà le modalità di raccolta dei dati, secondo criteri univoci, relativamente alle attività svolte;

CONSIDERATO inoltre che dalle risultanze della valutazione di cui sopra verranno eventualmente apportate variazioni e/o correzioni al presente Decreto al fine di migliorare l'appropriatezza assistenziale;

CONSIDERATO inoltre che, dal punto di vista organizzativo, i servizi dedicati ai DA afferiscono alcuni al DSM altri ad altre strutture territoriali, a seguito delle risultanze della suddetta valutazione, si provvederà ad una apposita definizione dell'assetto organizzativo dei servizi stessi;

VISTO il documento, composto di 3 allegati tecnici, elaborato ed approvato dal suddetto gruppo di lavoro, che è parte integrante del presente Decreto del Commissario ad Acta:

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- di approvare l'Allegato 1 "*Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari*";
- di approvare l'Allegato 2 "*Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)*";
- di approvare l'Allegato 3 "*Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*" - integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011 che in parte sostituiscono e in parte integrano il testo precedentemente approvato e che costituiscono parte integrante del presente decreto;
- di trasmettere il seguente Decreto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze per gli adempimenti di competenza;
- di notificare il seguente provvedimento, a cura della Direzione proponente, ai Direttori Generali e Commissari Generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere per i provvedimenti di competenza.

Segue decreto n. del

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Avverso il presente Decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Commissario ad acta

NICOLA ZINGARETTI

ALLEGATO 1

PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRESA IN CARICO SANITARIA E DI CURA DEI DISTURBI ALIMENTARI NELLA REGIONE LAZIO

Indice

1.	**RAZIONALE E FINALITÀ**	**2**
2.	**FASI DEL PERCORSO E LIVELLI ASSISTENZIALI (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero-DH e posti letto dedicati)**	**2**
2.1.	**LIVELLO AMBULATORIALE**	**2**
2.1.1.	Ambulatorio Multidisciplinare Integrato - Linee di attività	**2**
2.2.	**LIVELLO SEMIRESIDENZIALE**	**11**
2.2.1.	Centro Diurno per il trattamento dei DA	**11**
2.3.	**LIVELLO RESIDENZIALE**	**14**
2.3.1	Struttura Residenziale per il trattamento dei DA	**14**
2.4.	**LIVELLO OSPEDALIERO**	**21**
2.4.1.	Ricovero in ambito Internistico-Nutrizionale o presso posti letto dedicati per i DA(Riabilitazione subintensiva nutrizionale "*Rescue"*)	**21**
2.4.2.	Posti Letto dedicati ai DA in Psichiatria/Neuropsichiatria infantile	**27**
2.4.3.	Day Hospital (DH) per i DA	**29**
	SCHEDE ALLEGATE	
	1) La valutazione multidimensionale	**33**
	2) Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)	**34**
	3) Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)	**35**
	GLOSSARIO	**37**

1. RAZIONALE E FINALITÀ

I Disturbi Alimentari (DA) possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare associati ad una alterazione della percezione corporea e del controllo del proprio peso e delle forme corporee, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Sono disturbi della sfera psichica che richiedono una rete di interventi e la costruzione di percorsi di cura dedicati che offrano ai pazienti interventi precoci, per evitare il cronicizzarsi della patologia, integrati e complessi. Da una parte ci troviamo di fronte ad un esordio sempre più precoce dei DA, dall'altra la forte componente somatica di questo tipo di disturbi tende spesso a catturare l'attenzione del paziente e della famiglia, rendendo difficile l'accesso ai servizi per la salute mentale.

In questo documento vengono definiti i percorsi assistenziali di presa in carico e di cura dei Disturbi Alimentari nella Regione Lazio prevedendo interventi che, a seconda del livello di gravità della patologia del paziente, vengono declinati nei vari livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero.

I principi che ispirano la programmazione della rete dei servizi che operano in questo campo e di cui al presente atto, sono in stretto raccordo con i servizi della Salute Mentale e non vengono quindi inclusi i servizi dedicati esclusivamente al trattamento di disturbi metabolici o all'obesità[1]. Tali principi sono:

a) *l'umanizzazione*: il paziente è al centro di ogni intervento, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter esercitare i propri diritti e accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;

b) *la prossimità*: il paziente deve poter accedere a servizi che si occupano di DA territorialmente vicini;

c) *l'integrazione sociosanitaria* basata su interventi *evidence-based*: gli interventi si basano sull'integrazione dei diversi aspetti che permettono il recupero della salute del paziente, in modo da raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e di partecipazione alla vita della comunità, liberi da stigma e discriminazione.

2. FASI DEL PERCORSO E LIVELLI ASSISTENZIALI: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero (DH e posti letto dedicati)

2.1. LIVELLO AMBULATORIALE

2.1.1. AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO - Linee di attività

Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013)[2] e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013)[3] sottolineano tutte come l'intervento ***ambulatoriale multidisciplinare integrato*** costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei Disturbi Alimentari (DA) garantendo il 70% di risposta di cura appropriata.

[1] Non viene pertanto considerata nel presente documento la sola condizione di obesità ma esclusivamente quella associata al DAI (Disturbo d'Alimentazione Incontrollata) caratterizzato dalla mancanza di "condotte compensatorie" e conosce spesso gli stessi rischi di salute e complicanze quali il diabete mellito non-insulino dipendente, ipertensione e cardiopatie.

[2] Quaderni del Ministero della Salute - *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione* - QMS n. 17/22, luglio-agosto 2013.

[3] Conferenza di Consenso Disturbi Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti, Rapporti ISTISAN 2013/6.

I DA sono disturbi che, pur avendo l'esordio prevalentemente in età evolutiva, possono presentarsi in tutto l'arco di vita. Pertanto, i percorsi di diagnosi e cura, devono essere differenziati secondo l'età del paziente, il momento di sviluppo della sua personalità e il livello di gravità della patologia.

In particolare, per i DA tutte le linee guida internazionali e le indicazioni del Ministero della Salute raccomandano il trattamento ambulatoriale o il trattamento diurno, consigliando il ricovero ospedaliero solo per quei casi a rischio di compromissione organica e/o psicologica. L'approccio terapeutico che ha mostrato una maggiore efficacia clinica è quello di tipo Multidisciplinare Integrato, dove gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico-nutrizionali.

Nel trattamento dell'Anoressia Nervosa (AN) in età pediatrica e prima età adulta viene fortemente raccomandato il trattamento fondato sul coinvolgimento dei familiari. Inoltre, ogni ambulatorio dovrà esplicitare l'offerta assistenziale in termini di trattamento, distinta per gruppi di età, da verificare periodicamente sulla base delle nuove acquisizioni clinico-scientifiche. Nel trattamento dell'AN cronica viene raccomandato un approccio multiprofessionale finalizzato alla minimizzazione del danno psico-organico.

Nel trattamento della Bulimia Nervosa (BN) e del Disturbo d'Alimentazione Incontrollata (DAI) viene raccomandato sia un approccio psicoterapeutico individuale sia di gruppo.

Il trattamento farmacologico, pur non essendo il trattamento di prima scelta nella cura dei DA, può essere utile in associazione all'intervento psicoterapeutico-riabilitativo a causa dell'elevata comorbilità psichiatrica nei pazienti con DA.

Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DA sono elementi funzionali di una rete sociosanitaria, che deve garantire un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale e che opera in stretto collegamento anche con gli altri servizi dell'area materno infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto Sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, con i SerT, con i Servizi di Salute Mentale, con i Pediatri di Libera Scelta (PLS)/Medici di Medicina Generale (MMG).

Nella Regione Lazio l'ambulatorio per i DA è una struttura pubblica che svolge funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una stretta collaborazione operativa anche con i servizi socio-assistenziali ed educativi.

Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

Effettua una prima valutazione dei pazienti attraverso una valutazione multidimensionale, che prevede la somministrazione di una batteria di test specifici e analisi cliniche specifiche e svolge attività di diagnosi e cura dei pazienti che soffrono di DA.

L'ambulatorio competente per residenza del paziente autorizza, con apposito atto formale, dopo idonea valutazione, l'eventuale accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali[4] e monitora l'andamento del programma terapeutico-riabilitativo.

[4] Nelle more della costituzione dell'intera rete, la presa in carico compete all'ambulatorio cui il paziente si rivolge. Verrà prevista la compensazione sanitaria: 1) a posteriori per le prestazioni/PAC; 2) previo accordo con la ASL di residenza per prestazioni residenziali/semiresidenziali (l'accordo deve prevedere il nulla osta da parte delle Direzione dei distretti/DDSSMM/Servizi TSMREE secondo quanto previsto dalle singole Direzioni Aziendali).

L'ambulatorio ha inoltre la funzione di completa reintegrazione nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive alla dimissione da qualsiasi punto della filiera assistenziale (ospedaliero/DH, semiresidenziale e residenziale) e di garantire la continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DA, inclusi i rapporti con i MMG/PLS dei pazienti.

L'ambulatorio multidisciplinare integrato svolge compiti di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di informazione (materiale informativo) e interventi psicoeducativi dedicati alle famiglie (singoli e/o di gruppo). Infine, svolge compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi sub-clinici del comportamento alimentare che richiedono un'attenzione clinica.

L'ambulatorio può effettuare valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate. Infine svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietetico; interventi psicoeducazionali; trattamenti di psicomotricità, gruppi di auto aiuto, ecc.

La *fase di compenso* prevede la presenza di un disturbo conclamato e diagnosticabile per la presenza di specifici sintomi alimentari, ma quando non sussistono le seguenti condizioni:

- Alterazioni di parametri ematochimici
- Alterazioni di parametri internistici
- Presenza di ideazione suicidaria, comportamenti suicidari o autolesivi recenti
- Comorbilità con patologie gravi o difficilmente gestibili in regime ambulatoriale
- Presenza di comportamenti antisociali
- Rifiuto delle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili

Inoltre:

- *Non* deve essere necessaria l'alimentazione assistita (sondino o alimentazione parenterale)
- Deve essere presente un buon grado di autonomia funzionale o disponibilità di almeno un familiare

Accoglienza e assessment clinico-diagnostico

Gli obiettivi della fase di assessment sono:

- Accogliere la domanda d'aiuto da parte del paziente e/o dei familiari e/o di altre persone significative (insegnanti, ecc.)
- Fornire una risposta alla richiesta di cura delle persone affette da DA e/o dei loro familiari
- Fornire uno spazio di ascolto, sostegno e orientamento ai familiari di pazienti non motivati alle cure
- Effettuare una diagnosi della tipologia di DA
- Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute fisica
- Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute mentale
- Fornire indicazioni sul livello di cura più opportuno (ambulatoriale, residenziale, semi-residenziale, Day Hospital, ospedaliero)
- Definire il livello di motivazione alla cura
- Inserire nel percorso diagnostico la famiglia, quando questo si renda necessario
- Fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore, o quando viene richiesto e autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione comprensibile della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell'Evidenza

L'approccio multidisciplinare integrato alla cura dei DA caratterizza già la prima fase di Valutazione Clinico-Diagnostica, che costituisce un momento essenziale per la presa in carico e la formulazione del progetto terapeutico "centrato sul paziente". Tale valutazione deve articolarsi lungo 4 aree cliniche principali e una valutazione psicodiagnostica, così riassumibile:

a) Valutazione psicologica e psichiatrica/neuropsichiatrica infantile
b) Valutazione dietistica
c) Valutazione internistico-nutrizionale
d) Valutazione testologica

a) Valutazione psicologica e psichiatrica/neuropsichiatrica infantile

Aree di indagine obbligatorie:

- Storia della malattia
- Storia dello sviluppo psicofisico e dell'accudimento
- Restrizione alimentare
- Perdita di peso
- Incapacità di ripristinare un comportamento alimentare adeguato
- Incapacità di ripristinare un peso adeguato
- Preoccupazioni su cibo, peso, forme corporee
- Timore di perdita di controllo alimentare
- Effettiva presenza di episodi di perdita di controllo
- Presenza di vomito autoindotto
- Uso/abuso di lassativi
- Uso/abuso di diuretici
- Esercizio fisico eccessivo volto a controllare il peso
- Presenza di peculiari comportamenti alimentari (mangiare da soli, spezzettare il cibo, mangiare senza masticare, etc)
- Presenza di pensieri peculiari relativi al peso, alla forma fisica e all'alimentazione
- Presenza di discontrollo degli impulsi
- Disregolazione emotiva e caoticità interpersonale

Comorbilità psichiatrica con:

- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo
- Disturbi dissociativi
- Disturbo depressivo
- Abuso di sostanze
- Disturbi del pensiero
- Rischio suicidario

Inoltre vanno approfondite:

- Motivazione alle cure

- Eventi di vita significativi, esperienze traumatiche[5], stili cognitivi, affettivi, comportamentali e relazionali

Va inoltre effettuata un'accurata *anamnesi familiare* con particolare riferimento alla storia familiare di disturbi alimentari quali:

- Disturbi psichiatrici, inclusi disordini legati all'uso di alcool e altre sostanze
- Storia familiare di DA e/o obesità
- Interazioni familiari in relazione ai disturbi del paziente
- Atteggiamenti della famiglia rispetto all'alimentazione, l'esercizio, la forma corporea, la prestazione e il valore personale

Il coinvolgimento dei genitori è essenziale nella fase di valutazione dei pazienti in età pediatrica; per i pazienti adulti il coinvolgimento della famiglia è in genere utile e auspicabile (in assenza di genitori si valuti sempre la possibilità di coinvolgere figure significative per la/il paziente).

b) Valutazione internistico-nutrizionale (pediatrica in età evolutiva)

È necessario un esame obiettivo completo e accurato con particolare attenzione a:

- Presenza di vomito autoindotto
- Uso/abuso di lassativi
- Uso/abuso di diuretici
- Restrizione alimentare
- Presenza di complicanze internistiche e rischio organico
- Registrazione della frequenza cardiaca da seduto e in piedi
- Storia clinica di astenia, palpitazioni, crisi lipotimiche, cefalea, caviglie edema arti inferiori
- Alterazione del ciclo mestruale
- Segni dermatologici di malnutrizione o di vomito autoindotto (lanugo, ipercarotenemia, segno di Russel)
- Ipertrofia delle parotidi
- Segni di autolesionismo
- Erosione dello smalto dei denti
- Storia familiare di DA e/o obesità

c) Valutazione dietistica

Deve essere condotta un'anamnesi dietetica e devono essere indagati:

- Perdita di peso
- Intake quali-quantitativo di nutrienti e bilancio composizione corporea
- Modalità di assunzione dei pasti
- Storia dei comportamenti alimentari e del peso
- Peso
- Altezza

[5] Al riguardo si vedano: David H. Gleaves, Kathleen P. Eberenz and Mary C. May, *Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorders*, International Journal of Eating Disorders Volume 24, Issue 2, September 1998, Pages: 147–156; Natalie Sachs- Ericsson, Pamela K. Keel, Lauren Holland, Edward A. Selby, Edelyn Verona, Jesse R. Cougle and Emily Palmer, *Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample*, International Journal of Eating Disorders Volume 45, Issue 3, April 2012, Pages: 316–325; Joshua M. Smyth, Kristin E. Heron, Stephen A. Wonderlich, Ross D. Crosby and Kevin M. Thompson, *The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults*, International Journal of Eating Disorders Volume 41, Issue 3, April 2008, Pages: 195–202; Vanderlinden J. & Vandereycken W (1998), *Le origini traumatiche dei Disturbi Alimentari*, Astrolabio (Tit. Or.: "Trauma, dissociation and impulse discontrol in eating disorders", Bruner Mazel inc. 1997).

- BMI
- Pattern di crescita
- Esame della composizione corporea

d) Valutazione testologica

Si raccomanda l'utilizzo di Test Psicodiagnostici e di strumenti standardizzati nella valutazione dei DA nelle varie fasce di età quali, a titolo esemplificativo:

- EDI-3 (valuta la presenza di aree sintomatologiche specifiche e aree di funzionamento personologico tipiche dei DA)
- EDE-Q (valuta la presenza di comportamenti e di pensieri specifici dei DA, raggruppando le risposte in 4 dimensioni)
- BUT (valuta il disagio corporeo e il disturbo dell'immagine corporea)
- BES o BETCH (valuta il timore/presenza di perdita del controllo alimentare)

Ai suddetti test è utile associare test per la valutazione del disagio psicologico (quali a titolo esemplificativo SCL-90) e del funzionamento personologico (quali a titolo esemplificativo MMPI o MMPI-A per adolescenti, Millon per gli adulti o MACI per l'adolescenza).

La diagnosi viene posta secondo il Sistema di Classificazione Nosografica ICD-9-CM, adottato come sistema di riferimento da parte del SSR del Lazio.

Una volta effettuata la diagnosi di DA è *necessario* un approfondimento del rischio organico attraverso esami di laboratorio e strumentali. Per tale motivo l'ambulatorio per il trattamento dei DA deve essere in collegamento funzionale con l'ambulatorio d'analisi e con il poliambulatorio specialistico distrettuale che, nelle more della definizione di un apposito Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrà garantire dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati o con un DH Ospedaliero dove eventualmente sia possibile attivare un PAC DA 3075 o un PAC dedicato.

Gli esami di laboratorio necessari a identificare il rischio organico in un paziente con DA (AN, BN o DAI) sono i seguenti:

- Potassiemia
- Creatinemia
- Azotemia
- Sodiemia
- Glicemia
- Amilasemia
- Fosfatasemia
- GOT e GPT
- Prealbumina – albumina sierica
- Emocromo completo
- ECG con valutazione QTC
- MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) nei casi di amenorrea>6 mesi

Visite specialistiche (da prescrivere sulla base della valutazione clinica)

- Cardiologica (con ecocardiogramma)
- Endocrinologica
- Gastroenterologica
- Neurologica

Valutazione diagnostica

Il percorso multidisciplinare di valutazione clinico-diagnostica multidimensionale (*Scheda n. 1*), che deve essere realizzato entro un mese, si conclude con la riunione degli specialisti, in cui

viene deciso il tipo di progetto terapeutico, centrato sul paziente, che verrà proposto in fase di restituzione. La restituzione dell'offerta terapeutica viene effettuata con il paziente e, se minore, anche con i genitori. Una volta concordato il *Piano di Trattamento Individuale* (PTI) (*Scheda n. 2*) che dovrà essere multidisciplinare ed integrato, verrà attivato nelle sue diverse articolazioni.

La valutazione clinico-diagnostica deve essere multidimensionale e includere un approfondimento delle seguenti aree:

- *Valutazione della natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione*. L'obiettivo principale di questa valutazione è analizzare lo sviluppo e lo stato attuale del disturbo;
- *Valutazione delle dinamiche familiari*. Esiste un ampio consenso clinico sulla necessità che i familiari siano coinvolti nel processo riabilitativo, soprattutto nel caso di minori;
- *Valutazione dello stato fisico*. I pazienti devono ricevere una valutazione accurata del loro stato clinico-nutrizionale, perché molti di loro sono in una condizione di instabilità medica. La valutazione dello stato fisico include l'anamnesi e un accurato esame obiettivo, integrato dalla prescrizione di esami bioumorali e strumentali.

Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Il trattamento ambulatoriale multidisciplinare integrato prevede che i pazienti siano seguiti contemporaneamente da più figure specialistiche. È necessario che i membri dell'équipe terapeutica si riuniscano periodicamente per una supervisione tra pari, che consenta di:

- Monitorare l'andamento delle terapie in corso
- Ridefinire ciclicamente la strategia terapeutica multiprofessionale sulla base dei risultati raggiunti
- Verificare periodicamente i punti di forza e di debolezza dei protocolli terapeutici in uso presso l'ambulatorio

La presa in carico ambulatoriale prevede le seguenti prestazioni:

- Psicoterapia individuale
- Visite psichiatriche di controllo
- Psicoterapia familiare
- Gruppi psicoterapeutici
- Gruppi psicoeducativi
- Psicofarmacoterapia
- Visite dietistiche (definizione del piano alimentare e familiarizzazione con il cibo)
- Visite di controllo medico-nutrizionali o internistico-nutrizionali
- Visite internistiche/pediatriche
- Valutazione psicodiagnostica di follow-up ogni 12 mesi (per almeno 4/5 anni)

Psicoterapia Individuale

- Obiettivi a breve termine: riduzione della pervasività del disturbo alimentare (restrizione, condotte bulimiche e di abbuffata). Impegno stimato: 18 mesi
- Obiettivi a medio termine: miglioramento della regolazione emotiva e interpersonale, con ristrutturazione delle convinzioni patogene che sottendono il disturbo alimentare. Impegno stimato: ulteriori 18 mesi
- Obiettivi a lungo termine: mirano al superamento dei conflitti relativi alla dipendenza e all'autonomia e al raggiungimento di migliori livelli di integrazione personale e interpersonale

Psicoterapia Familiare

Il trattamento fondato sulla famiglia costituisce, secondo le linee Guida Internazionali e le Raccomandazioni del Ministero della Salute, il trattamento d'elezione nell'AN in età pediatrica, e presenta buone prove di efficacia clinica anche nei giovani adulti.

Anche nel trattamento della BN in età pediatrica e nei giovani adulti la terapia fondata sulla famiglia presenta prove di efficacia clinica, anche se meno evidenti. Il focus terapeutico è il ripristino di un adeguato comportamento alimentare del paziente, attraverso il sostegno attivo dei familiari.

Il lavoro con la famiglia è fondamentale per ridurre il clima di ipercoinvolgimento, criticismo e impotenza (durata 12/18 mesi) che caratterizza le dinamiche familiari nel DA in età pediatrica; obiettivo della terapia familiare è quello di favorire la ripresa del normale processo di separazione e individuazione dell'adolescente, bloccato dal DA.

Gruppi Psicoterapeutici e/o Psicoeducativi

L'intervento di gruppo costituisce un utile strumento nel trattamento di alcuni gruppi nosografici (BN e DAI) e nel trattamento dei pazienti cronici. Appare utile alla costruzione e al sostegno della motivazione alle cure. L'uso del trattamento di gruppo consente di soddisfare le esigenze di più pazienti, con un risparmio di risorse; inoltre, l'approccio psicoeducativo, utile per l'acquisizione di specifiche abilità, non richiede un'elevata specializzazione psicologico-psichiatrica, ma solo una formazione nelle specifiche tecniche d'intervento.

Il trattamento psicoeducativo di gruppo appare particolarmente utile al sostegno dei genitori, favorendo un miglioramento delle relazioni intrafamiliari a seguito di una migliore comprensione dei DA e della riduzione del senso di isolamento, dell'ansia e dell'impotenza, che spesso caratterizzano i vissuti dei familiari dei giovani pazienti con DA.

Intervento Psicofarmacologico

Il trattamento psicofarmacologico è possibile nel trattamento di sintomi psichiatrici (ansia, flessione dell'umore, disturbi del pensiero, discontrollo degli impulsi, intense oscillazioni emotive) che spesso accompagnano il decorso clinico dei pazienti con DA. Al di sotto dei 14 anni il trattamento psicofarmacologico deve essere sempre limitato ai casi di particolare gravità con una attenta valutazione e segnalazione di eventuali eventi avversi o indesiderati.

Intervento Dietistico

Tale intervento è finalizzato:

- Al controllo periodico del peso con definizione del piano alimentare e dello stato di denutrizione
- Alla correzione dei dati biologici alterati e all'indicazione di stili alimentari alternativi, che verranno implementati dai *controlli dietistici* (Tecniche di Familiarizzazione con il Cibo – T.F.C.)

Intervento Internistico-Nutrizionale

È finalizzato al controllo periodico di:

- Condizioni organiche
- Condizioni cardiache
- ECG
- Parametri ematologici e biochimici

L'intervento psicoterapeutico costituisce il cardine del trattamento ambulatoriale multiprofessionale integrato dei DA.

È utile e auspicabile che l'attività ambulatoriale sia definita attraverso protocolli d'intervento, che possano essere aggiornati periodicamente sulla base dell'esperienza del singolo servizio e dei dati emergenti dalla letteratura scientifica. A titolo orientativo possiamo indicare 3 itinerari terapeutici prototipici per ciascun gruppo nosografico (AN, BN e DAI), riassumibili schematicamente nella tabella seguente:

AN	BN	DAI
1. Psicoterapia individuale	1. Psicoterapia individuale o di gruppo	1. Psicoterapia individuale o di gruppo
2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti	2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti	2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti
3. Riabilitazione nutrizionale	3. Riabilitazione nutrizionale	3. Gruppi di riabilitazione psico-corporea (inclusa attività motoria guidata)
4. Controlli dietistici	4. Controlli dietistici	4. Riabilitazione nutrizionale
5. Controlli internistici/pediatrici	5. Controlli internistici/pediatrici	5. Controlli dietistici
		6. Controlli internistici/pediatrici

I diversi livelli di intensità assistenziale e i criteri di passaggio

Per confrontarsi con i diversi livelli di gravità del quadro clinico e dei bisogni assistenziali, il network assistenziale si compone di diverse strutture che operano in maniera integrata con l'attività ambulatoriale.

Pur demandando alla valutazione dell'équipe che segue il caso, il livello di intervento assistenziale ritenuto più opportuno, sulla base della letteratura internazionale, si segnalano di seguito alcuni indicatori la cui presenza deve far optare per un inserimento presso una struttura semiresidenziale (Centro Diurno DA) (*Tabella n. 1*) o residenziale o (*Tabella n. 2*).

Anche la possibilità di ricovero presso un DH o Unità Psichiatrica h24 dedicata deve essere valutata sulla base degli indicatori presenti nelle *Tabelle n. 5 e n.6*.

Di fondamentale importanza per la continuità delle cure dei pazienti che soffrono di DA è stabilire dei criteri di passaggio tra i diversi livelli assistenziali che possano orientare la scelta verso un percorso più idoneo. Non è affatto raro che si debba ricorrere al principio di priorità delle cure più strettamente necessarie per poi prevedere il passaggio successivo ad un differente contesto di cura.

Le caratteristiche dei DA li rendono passibili di trattamenti multipli e diversificati, la cui maggiore difficoltà è costituita soprattutto dalla necessità di istituire sinergie e integrazioni reciproche.

Perché si possa predisporre per ogni singolo paziente il percorso di cura più appropriato, è opportuno predisporre una serie di protocolli di passaggio da una struttura all'altra, che siano il più possibile condivisi, per ridurre al minimo il rischio di rallentamento o interruzione delle cure che tende a verificarsi proprio nelle fasi di transizione tra differenti contesti di cura.

Tale rischio tende a minimizzarsi riducendo sensibilmente l'insorgenza di possibili criticità quando le procedure di passaggio risultano ben definite e quando le strutture sono in grado di sviluppare una buona consuetudine e collaborazione.

In ogni caso a livello ospedaliero deve essere garantita la consulenza urgente nelle diverse fasi di decorso del ricovero da personale specializzato nel settore dei DA e un continuo passaggio di informazioni specifiche sia tra le strutture ospedaliere di ricovero che con l'ambulatorio di riferimento del paziente e il MMG/PLS, segnalando in fase di dimissioni anche un eventuale rischio suicidario emerso nel corso del ricovero.

La lista d'attesa

Un lungo periodo di attesa (>12 settimane), in qualsiasi punto del percorso assistenziale avvenga, può avere effetti negativi sul paziente, soprattutto se ha già manifestato la disponibilità al trattamento. Una lunga lista d'attesa può demotivare i pazienti ad affrontare il trattamento. Una breve lista d'attesa, al contrario, può contribuire a ridurre la durata del disturbo e migliorare l'esito della cura.

I centri ambulatoriali di riferimento devono predisporre un piano per gestire il periodo di attesa e i criteri di accesso, perché la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, le circostanze di vita e la comorbilità psichiatrica tendono a evolvere nel tempo.

La gestione della lista d'attesa può includere una o più delle seguenti procedure e strategie:

- Stimolare il paziente ad iniziare il percorso di cambiamento già con il trattamento ambulatoriale ed evitare il ricovero riabilitativo (l'esperienza clinica ha evidenziato che l'attesa per il ricovero riabilitativo può indurre alcuni pazienti ad attuare un cambiamento già con il trattamento ambulatoriale)
- Monitorare l'evoluzione delle condizioni mediche e psicosociali con periodiche valutazioni cliniche, di laboratorio e strumentali
- Programmare, in caso di necessità, brevi periodi di ospedalizzazione in reparti internistici/pediatrici per gestire le condizioni di instabilità medica

Programmare visite periodiche presso i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "*rescue"*), per valutare ed eventualmente rinforzare la motivazione del paziente al ricovero durante la permanenza in lista d'attesa.

2.2. LIVELLO SEMIRESIDENZIALE

2.2.1. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DA

Il trattamento in struttura semiresidenziale o Centro Diurno (C.D.) per DA è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard e cha hanno un ambiente familiare collaborativo con la terapia. Esempi includono:

- Pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso
- Pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto
- Mancata risposta alle normali cure ambulatoriali
- Pazienti con lunga durata del DA che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti

In rari casi il trattamento in struttura semiresidenziale può essere indicato come prima forma di cura. Esempi includono:

- Pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i

pasti

- Pazienti con grave riduzione dell'autostima i quali, durante gli incontri di valutazione diagnostica, affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza

La terapia riabilitativa semiresidenziale è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio e continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

La struttura semiresidenziale dovrà compilare il *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP*) per ogni singolo paziente, tenendo conto del Piano di Trattamento Individuale (PTI) redatto dall'Ambulatorio di riferimento del paziente, al quale andrà consegnata copia dello stesso PTRP compilata in ingresso e in uscita, aggiornata con tutte le valutazioni effettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la struttura.

Il focus del trattamento semi-residenziale è diretto a:

a. affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo)
b. proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psiconutrizionale residenziale come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale standard

Il trattamento può durare fino a un massimo di 12 settimane, ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili della difficoltà di intraprendere una terapia ambulatoriale standard. I pazienti dovrebbero frequentare il centro diurno durante i giorni feriali per un periodo di 6-12 ore (dalle 8.00 alle 20.00) e il trattamento include una combinazione delle seguenti procedure:

- Tre pasti assistiti al giorno (allo scopo di aiutare il paziente a esporsi a cibi di incerto contenuto calorico e a situazioni che prevedono l'alimentazione sociale, può essere utile accompagnarlo a consumare il pasto in pizzeria, al fast-food o al ristorante in alcuni casi durante la settimana)
- Due sedute di psicoterapia individuale a settimana
- Due sedute con il dietista a settimana
- Una visita medica a settimana
- Incontri con i familiari o il coniuge (sempre nel caso degli adolescenti, se il paziente acconsente, nel caso degli adulti), per favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche psicologiche sottese al sintomo
- Attività di gruppo
- Attività psico-corporee

Nelle fasi finali del trattamento semi-residenziale, il paziente dovrebbe essere incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura e il trattamento dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard. Il trattamento semi-residenziale ha il vantaggio di consentire al paziente di continuare ad affrontare il DA all'interno di una condizione più vicina a quella della vita ordinaria, a volte con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale (nel caso di centri diurni afferenti agli ambulatori territoriali pubblici), evitando così anche l'interruzione della relazione terapeutica.

TABELLA 1		
INDICAZIONI PER L'INVIO PRESSO UNA STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		
CRITERI DI BASE	⇨	Nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale e ambiente familiare collaborativo con il trattamento proposto
CRITERI CLINICI E SOMATICI (Indicatori)	⇨	Moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*
CRITERI PSICHIATRICI (Indicatori comportamentali)		Recente ma non ripetuta frequenza di episodi di autolesionismo grave
		Depressione grave senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale
		Occasionale impulsività
		Occasionale uso di sostanze/alcol
		Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)
	⇨	Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)
		Ambiente familiare problematico
		Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico
		Moderata o assente frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici
		Moderata o assente frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m^2.
		Moderata o assente frequenza di vomito autoindotto

2.3. LIVELLO RESIDENZIALE

2.3.1. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DA

La riabilitazione psico-nutrizionale

Considerando che per l'età evolutiva andrebbe sempre privilegiato un intervento h12, la riabilitazione dei DA prevede un intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di cura.

La riabilitazione psico/nutrizionale rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- Il livello di gravità e comorbilità è elevato
- L'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è gravoso
- Gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno, per ragioni sia cliniche che economiche, concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato
- I precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare

Tenuto conto di quanto previsto per i livelli assistenziali precedenti, nello specifico livello residenziale vi sono cinque situazioni che indicano la necessità di un trattamento residenziale:

a) la mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo
b) la presenza di rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
c) la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
d) la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
e) prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure) nei casi in cui i trattamenti ambulatoriale/semiresidenziale/DH siano ancora prematuri sulla base della valutazione clinica integrata

a) Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo

Numerosi dati indicano che l'entità del cambiamento nelle prime settimane di cura è predittivo dei risultati a lungo termine e che se non si verifica un miglioramento nei primi mesi di cura raramente il paziente lo otterrà prolungando il trattamento ambulatoriale. Non si dispone ancora di dati definitivi sulla durata del trattamento ambulatoriale da definirsi ottimale. A titolo orientativo da adattare al singolo caso clinico, si può considerare l'indicazione di ***nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale***.

b) Rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

Esistono condizioni che, determinando un rilevante rischio fisico non critico, possono rendere inappropriato il trattamento ambulatoriale (a questo proposito si veda il Capitolo 2.1.1. Ambulatorio multidisciplinare integrato - Linee di attività).

Vengono considerati a questo fine i seguenti parametri:

- Peso corporeo molto basso (indice di massa corporea ≤ 14 kg/m^2)

- Rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)
- Ipopotassiemia
- Iposodiemia
- Ipoglicemia
- Marcata ipotermia
- Elevata frequenza di vomito autoindotto;
- Ipotensione
- Ipotensione posturale
- Elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici
- Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m^2

c) Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/CD/DH

C'è ampio consenso clinico sul fatto che la presenza di alcuni disturbi psichiatrici coesistenti con il DA possa rendere inappropriato il trattamento ambulatoriale. Esempi includono:

- Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave
- Depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale
- Elevata impulsività
- Uso continuativo di sostanze/alcol

d) Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale/CD/DH

C'è un consenso diffuso sul fatto che la presenza di alcune difficoltà psicosociali ostacoli il trattamento ambulatoriale e possa rendere necessario un trattamento in una struttura residenziale. Le più comuni difficoltà psicosociali che possono ostacolare il trattamento ambulatoriale sono le seguenti:

- Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)
- Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)
- Ambiente familiare problematico
- Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze/alcol o altro disturbo psichiatrico
- Presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti del/della paziente
- Presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente

e) Prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure)

Il trattamento residenziale può costituire la necessaria prosecuzione della cura successiva al ricovero ospedaliero.

Trattamento: obiettivi e Aree di intervento

All'ingresso nella struttura deve essere effettuata una valutazione diagnostica che deve tener conto del *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* (*Allegato n. 2*) redatto dalla struttura ambulatoriale inviante. Questa valutazione deve essere confluire nella stesura del *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) (Allegato n. 3)* che deve includere i seguenti parametri:

- *Situazione attuale*: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia
- *Outcome globale*: esiti complessivi attesi oltre il termine del trattamento residenziale (es. raggiungere la remissione del DA; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi)
- *Outcome funzionale*: esito atteso al termine del trattamento residenziale, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità correlate con il DA, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale)
- *Outcome specifici*: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Per esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente):
    - Incremento dell'indice di massa corporea di almeno 2 punti
    - Mantenere il peso nell'intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso
    - Migliorare la psicopatologia specifica del disturbo alimentare (valutabile ad esempio attraverso la riduzione del 10% del punteggio all'EDE-Q somministrato all'inizio e alla fine del trattamento)
    - Migliorare la gravità clinica del DA (valutabile attraverso la riduzione del 10% del punteggio al CIA)
    - Riduzione delle condotte di compenso
    - Riduzione dei comportamenti d'abbuffata
    - Migliorare la sintomatologia psichiatrica generale

Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo psico-nutrizionale residenziale devono essere adattati ai bisogni assistenziali del singolo paziente.

Gli obiettivi terapeutici vengono raggiunti, in genere, in un periodo di 3 mesi prolungabile di volta in volta e fino ad un massimo di 12 mesi per i casi più gravi sulla base della valutazione clinica e di concerto con l'ambulatorio inviante, che autorizza anche le eventuali prosecuzioni ritenute necessarie. Ogni qual volta si ritenga necessario prorogare la permanenza nella struttura residenziale, l'équipe dovrà ridefinire il *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* sempre concordandolo con l'ambulatorio territoriale di riferimento.

Aree di intervento specifico:

Psicoterapia individuale

Gli obiettivi è quello di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo:

- frequenza: almeno 2 sedute individuali di 50 minuti a settimana
- operatori: psicoterapeuti

Trattamento Familiare

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di aumentare nei familiari la consapevolezza del disturbo dell'alimentazione e di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo:

- frequenza: almeno un incontro familiare quindicinale di un'ora

- un incontro di gruppo psicoeducativo con i familiari a cadenza quindicinale o mensile

Psicoterapia di gruppo

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione, di affrontare le distorsioni mentali che mantengono la restrizione dietetica e di affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo:

- frequenza: almeno due incontri di 60 minuti a settimana

Gruppi psicoeducazionali

L'obiettivo è quello di acquisire conoscenze sui DA, sui meccanismi di mantenimento dei disturbi e sulle strategie per affrontarli:

- frequenza: almeno due incontri a settimana

Riabilitazione nutrizionale

Gli obiettivi della riabilitazione psico-nutrizionale, in ordine di priorità, sono quelli di affrontare la restrizione dietetica e di normalizzare lo stato di nutrizione attraverso il ricorso a pasti assistiti. È da preferire la riabilitazione nutrizionale con cibi naturali, ma non può essere escluso l'utilizzo di formule d'integrazione alimentare.

È necessario stabilire tra équipe curante e paziente un "contratto terapeutico" chiaro e comprensibile che stabilisca procedure e obiettivi condivisi. Se il paziente non aderisce al programma nutrizionale stabilito, va valutata la possibilità di trasferimento in un reparto per acuti.

È necessario che l'intervento sia compreso dal paziente – e in caso di minori dai genitori – come fondamentale per recuperare uno stato di nutrizione adeguato a evitare complicanze organiche e per beneficiare al meglio degli interventi farmacologici e/o psicoterapeutici.

Riabilitazione fisica

L'obiettivo è quello di ottimizzare il recupero della massa magra attraverso la ginnastica medica per 30 minuti 2 volte a settimana.

Attività Riabilitativo-Esperienziali

L'obiettivo è quello di migliorare le competenze sociali e le abilità espressive comportamentali, emotive e relazionali attraverso attività di gruppo (a titolo esemplificativo: attività motorie, attività espressive ed artistiche) e attività personalizzate.

Gestione degli aspetti medici e psichiatrici

L'obiettivo è quello di gestire le complicanze mediche/psichiatriche associate al disturbo dell'alimentazione attraverso una valutazione medica giornaliera che include la terapia farmacologica.

Valutazione dell'andamento del trattamento

L'équipe deve informare periodicamente (preferibilmente con una cadenza mensile) il centro ambulatoriale di residenza del paziente, sull'andamento del trattamento. Oltre a contatti informali periodici, l'équipe deve eseguire due valutazioni formali (dopo 4 settimane di cura e 2 settimane

prima della fine del trattamento), da inviare e discutere con il centro ambulatoriale di riferimento.

Programmazione del post-dimissione: l'inclusione sociale

La ricaduta dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei DA. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui la natura stessa del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento del DA, la natura persistente della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e la scarsa preparazione del paziente al post-dimissione. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, dati della ricerca indicano che una ricaduta ha più probabilità di verificarsi; se il paziente non riceve un trattamento dopo la dimissione, se il trattamento post-dimissione; è d'impostazione concettuale molto diversa da quello ricevuto durante il trattamento residenziale; se non si verificano cambiamenti importanti nell'ambiente dove il paziente vive; se la permanenza nella struttura residenziale non ha una durata idonea a svolgere il programma previsto e adeguata alle necessità del paziente.

Questi dati indicano come prioritario programmare in modo accurato il passaggio dalla terapia residenziale riabilitativa a quella nel centro ambulatoriale di riferimento (a cui andrà riconsegnata copia del *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP*) compilata in ingresso e in uscita aggiornata con tutte le valutazioni effettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la residenza). L'ambulatorio successivamente valuterà l'eventuale necessità dello svolgimento di un nuovo programma terapeutico presso una struttura semiresidenziale.

L'équipe deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento possibilmente nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con maggiore frequenza nel primo mese dopo la dimissione e contatti telefonici o via e-mail tra una visita e l'altra.

Anche nel caso in cui dovessero rendersi necessari interventi in urgenza (ricovero ospedaliero, ecc.) l'ambulatorio di riferimento del paziente deve essere tempestivamente informato e coinvolto nella gestione del caso.

Valutazioni

Una valutazione periodica sull'andamento della cura deve avvenire con intervalli non inferiori a 1 mese. Ogni 3 mesi deve essere effettuata una valutazione congiunta con l'ambulatorio di riferimento del paziente mentre la valutazione dell'efficacia del trattamento va effettuata all'inizio e alla fine dello stesso.

Ricovero riabilitativo degli adolescenti: specificità

Come già indicato, il trattamento residenziale h24 per i minori andrebbe riservato a casi particolari in cui l'intervento ambulatoriale/semiresidenziale/DH non abbiamo dati i risultati attesi o nel caso in cui nel contesto di riferimento non vi siano sufficienti risorse per garantire un efficace intervento h12 al minore.

Gli adolescenti (età compresa tra 14 e 18 anni) devono alloggiare in stanze separate dagli adulti e deve essere garantito lo svolgimento di attività di gruppo idonee all'età del paziente e ai suoi bisogni. Durante i permessi di uscita devono essere sempre accompagnati da un operatore della struttura. Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, deve prevedere le tre seguenti procedure aggiuntive: incontri con la famiglia, gruppo adolescenti e scuola nell'ospedale.

Coinvolgimento della famiglia

I familiari dei pazienti minorenni devono partecipare ad alcuni incontri che hanno l'obiettivo di educarli sui DA, di creare un ambiente che influenzi positivamente il comportamento alimentare del figlio quando tornerà a casa, di migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e di sviluppare strategie funzionali per gestire le eventuali crisi.

Gruppo adolescenti

Gli adolescenti dovrebbero affrontare, nelle sedute di psicoterapia, le varie problematiche adolescenziali associate ai DA, come la costruzione del senso d'identità, l'acquisizione di un maggior grado di autonomia, lo sviluppo di migliori capacità relazionali e l'adattamento ai cambiamenti. Gli adolescenti dovrebbero anche essere aiutati ad apprendere abilità/competenze specifiche per migliorare la comunicazione sociale, l'assertività e la capacità di risolvere positivamente i conflitti.

Prosecuzione degli studi durante il trattamento Residenziale

Nell'ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento, è auspicabile l'attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico.

TABELLA 2		
INDICAZIONI PER L'INSERIMENTO PRESSO UNA STRUTTURA RESIDENZIALE		
CRITERI DI BASE	⇨	Nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale
CRITERI CLINICI E SOMATICI (Indicatori)		BMI < 14Kg/m^2
	⇨	Moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio quoad vitam
CRITERI PSICHIATRICI (Indicatori comportamentali)		Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave
		Depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale
		Elevata impulsività
		Uso continuativo di sostanze/alcol
		Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)
		Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)
	⇨	Ambiente familiare problematico
		Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico
		Presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti del/della paziente
		Presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente
		Elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici
		Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m^2
		Elevata frequenza di vomito autoindotto

2.4. LIVELLO OSPEDALIERO

Il ricovero in ambiente ospedaliero può assumere diverse forme in relazione al livello di gravità della sintomatologia, alla prevalenza psichiatrica o internistico/nutrizionale delle sue manifestazioni sintomatiche e alla fase di presentazione della malattia.

I percorsi che possono essere seguiti, da quelli più intensivi che si attivano quando il paziente è a rischio di vita dal punto di vista organico o psichiatrico, fino all'intervento in Day Hospital dedicato, possono essere i seguenti:

1) *Ricovero in ambiente internistico/nutrizionistico o pediatrico o presso posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue" per adulti e per minori);*
2) *Ricovero in ambiente psichiatrico/neuropsichiatrico infantile – posti letto dedicati*
3) *Ricovero in DH dedicato per i DA (in caso di adulti)*
4) *Ricovero in DH dedicato per i DA (in caso di minori)*

Laddove le manifestazioni di natura psichiatrica rappresentino l'aspetto clinico più rilevante e determinante il maggior impegno assistenziale, è possibile che si verifichi una condizione nella quale la persona necessiti di trattamenti sanitari urgenti e rifiuti il trattamento. Qualora non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere e il paziente sia stabilizzato dal punto di vista dei parametri organici, può essere in questi casi proposto il ricovero in TSO presso un SPDC (o nel caso di minori altro provvedimento analogo attraverso il ricorso al Giudice tutelare) secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

2.4.1. RICOVERO IN AMBITO INTERNISTICO-NUTRIZIONALE O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "*RESCUE"*)

Problematiche internistico/nutrizionali nei DA

I DA sono patologie di interesse psichiatrico che possono presentare gravi compromissioni organiche, tali da richiedere un intervento internistico/nutrizionale in urgenza in trattamento sub intensivo, in grado di far fronte alle necessità assistenziali specialistiche[6]. In particolare anoressia e bulimia nervosa costituiscono le entità nosografiche per cui appare necessaria l'istituzione di una struttura dedicata al trattamento delle emergenze-urgenze come nodo essenziale della rete dei DA. L'AN nelle sue due varianti è un grave disturbo psichiatrico con elevato tasso di morbilità e mortalità per estrema malnutrizione, alterazioni elettrolitiche e suicidio. Il disturbo colpisce ragazze adolescenti di età compresa prevalentemente tra i 12 ed i 15 anni, con esordio sempre più precoce. Il trattamento dell'AN è un processo complesso e prolungato, che coinvolge un approccio multidisciplinare con diversi setting di assistenza sanitaria. Il tasso di mortalità è fino a 12 volte superiore quello atteso per simili gruppi per età e sesso.

Per quanto riguarda la BN la prevalenza è dello 0,88% in donne di età ≥ 18 anni (Preti et al., 2009)[7].

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) nello studio di Crow et al. (2009)[8] (1885 pazienti) è stato pari a 1,57 per tutte le cause di morte (da 8 a 25 anni dopo la diagnosi). Il tasso di

---

[6] Carta MG et al., *Eating disorders as a public health issue: prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample*.Int Rev Psychiatry. 2014 Aug;26(4):486-92.

[7] Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; *ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project*, J Psychiatr Res 2009;43(14):1125-32.

mortalità grezzo per BN è stato in questo studio pari al 3,9%. In una recente rassegna (Arcelus et al. 2011)[9] è stato riportato un RSM di 1,93. Il RSM per suicidio in pazienti affetti da BN è risultato pari a 7,5 (Preti et al., 2011)[10].

La bulimia nervosa (BN) ha una prevalenza dello 0,6-08% ed una incidenza di 12 casi/100.000 l'anno per le donne e 0,8/1000.000 per i maschi. Il vomito autoindotto, l'abuso di diuretici e di lassativi con disturbi elettrolitici gravi, l'esercizio fisico eccessivo costituiscono dei fattori di rischio gravi. Il tasso grezzo di mortalità varia tra lo 0,32%, ed il 3,9% , con RSM di 1,93.

La sorveglianza nutrizionale nel paziente

È opportuno tenere presente che il tentativo di condurre una psicoterapia formale con pazienti gravemente sottopeso e con pensieri ossessivi e negativistici può essere inefficace (APA 2006 livello II).

La valutazione nutrizionale, sia per la AN, che per la BN è uno degli elementi fondamentali per stabilire il *setting* di intervento terapeutico ed è appannaggio di nutrizionisti clinici esperti.

È indispensabile che la riabilitazione nutrizionale sia preceduta da una rigorosa valutazione nutrizionale che non tenga conto solo del BMI, ma che si avvalga di indici di malnutrizione biochimici (ad es. transferrinemia, albuminemia, ecc.) e strumentali al fine di valutare il grado di idratazione e il metabolismo a riposo (impedenziometria e calorimetria indiretta), utilizzabili anche nel follow-up nutrizionale del paziente.

La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale delle sensazioni di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psichiche della malnutrizione.

Il ricovero in emergenza

In tutta la Regione Lazio il trattamento in regime di ricovero ordinario (ospedaliero), in un contesto che sia in grado di garantire una competenza specifica per la rialimentazione, con monitoraggio delle condizioni di salute fisica e specifici interventi psicosociali, deve essere considerato per i pazienti con AN e BN in condizioni di rischio elevato (si veda *tabella n. 3*). Gli esiti sono migliori quando i pazienti sono ricoverati in strutture specializzate nel trattamento dei DA rispetto a quando sono ricoverati in contesti privi di esperienza specifica (APA 2006 livello II). In particolare, è necessario che nel *setting* di ricovero siano disponibili una competenza specifica per la rialimentazione con attento monitoraggio delle condizioni di salute fisica e interventi psicosociali (NICE 2004 grado C; Long *et al.*, 2012)[11].

Quando il paziente rifiuta di alimentarsi, può essere necessario ricorrere ad un "intervento salvavita". Esso deve essere valutato da clinici esperti in DA. Per attivare un'alimentazione forzata il clinico deve considerare attentamente tutti i parametri clinici, l'opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali (APA 2006 livello I). Se il paziente è minore, il consenso dei genitori, o di chi esercita la potestà genitoriale è obbligatorio.

Nei pazienti con BN con vomito provocato e purging si deve considerare che questi comportamenti possono causare problemi fisici rilevanti che devono essere monitorati e, ove

[8] Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE., *Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders,* Am J Psychiatry 2009;166(12):1342-6.

[9] Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, & Nielsen S., *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies,* Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):724-31.

[10] Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P., *A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders,* Acta Psychiatr Scand 2011;124(1):6-17.

[11] Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR., *Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting*, Clin Psychol Psychother 2012;19(1):1-13.

necessario, corretti (NICE 2004 grado C). L'intervento dell'Internista/Nutrizionista clinico o Pediatra è importante, sia per la correzione di eventuali stati di disidratazione e diselettrolitici con possibile insufficienza renale associata, che per riconoscere prontamente aritmie cardiache e patologie digestive esofago-gastriche o coliche, legate al vomito e all'abuso di lassativi.

In qualsiasi punto della rete assistenziale il paziente si trovi (ambulatorio, pronto soccorso, ecc.) deve essere valutata la possibilità di effettuare un ricovero salvavita: basandosi sui criteri individuati dalla letteratura internazionale, si segnalano di seguito alcuni indicatori la cui presenza (anche singola) deve essere un segnale di allerta per un possibile ricovero (*Tabella n. 3*).

Il regime di ricovero internistico/nutrizionale

La maggior parte degli esperti ritiene che il refeeding[12] orale con del comune cibo ed un pasto assistito siano l'approccio migliore per il recupero ponderale, tuttavia in situazioni in cui i pazienti rifiutano di mangiare, o in pazienti con estrema malnutrizione, è indicata una procedura di nutrizione artificiale. Se l'apparato digerente è funzionale, la via enterale con un sondino nasogastrico è preferibile. Anche la nutrizione parenterale può essere efficace, soprattutto se per la gravità delle condizioni cliniche è necessario tenere una linea di infusione centrale, anche se le complicanze sono maggiori, specie se il paziente tende a manipolare le linee di infusione.

Nei diversi studi la gamma di prescrizione calorica varia da 1.000 kcal a >1.900 kcal/giorno con un aumento progressivo nel corso del ricovero. Soprattutto al principio è necessario monitorizzare le dinamiche elettrolitiche metaboliche e cardiache per evitare gli effetti avversi della sindrome da refeeding.

Quando il paziente adulto rifiuta di alimentarsi si rende necessario il ricorso ad un trattamento nutrizionale obbligatorio, solo se esistano alterazioni organiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. Il trattamento richiede, inoltre, il coinvolgimento di psichiatri esperti di DA (APA 2006; NICE 2004 grado C) che devono possedere una conoscenza specifica sulle modalità con cui affrontare i comportamenti oppositivi/elusivi messi in atto dal paziente per rendere inefficace il supporto nutrizionale[13].

Differentemente per quanto avviene in età adulta, in età evolutiva il consenso dei genitori è sufficiente per poter avviare tutte le cure ritenute necessarie, ricovero e alimentazione artificiale compresi. Viceversa, nei casi in cui i familiari colludano in modo acritico con la gravità della patologia alimentare e si oppongano alle cure, la legislazione italiana prevede l'obbligo, per le figure sanitarie che vengono a conoscenza di tali situazioni, di segnalare l'atteggiamento di incuria o discuria genitoriale ai Servizi Sociali se non direttamente al Tribunale dei Minori. A seguito di tale segnalazione, la tutela legale e il successivo monitoraggio delle cure della paziente può passare, su mandato dell'Autorità Giudiziaria, direttamente ai Servizi Sociali territoriali con conseguente possibilità di avviare il percorso sanitario più opportuno.

Il supporto nutrizionale in pazienti gravemente malnutriti ha come obiettivi:

- Ripristinare la massa magra
- Preservare o ripristinare la funzione immunitaria
- Contrastare o prevenire le complicanze metaboliche
- Attenuare il danno ossidativo cellulare e risposta metabolica a stress o di fame
- Prevenire l'insufficienza cardiaca e insufficienza respiratoria

Nei pazienti gravemente malnutriti, l'obiettivo della riabilitazione nutrizionale dovrebbe essere quello di ottenere un aumento di peso settimanale di 0,5-1 kg, il che significa un eccesso di circa 3500-7000 kcal in una settimana. Il monitoraggio continuo di assunzione di liquidi è

[12] Rialimentazione.

[13] Si vedano anche le pagg. 81-82 dei Quaderni del Ministero della Salute - *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione* - QMS n. 17/22, luglio-agosto 2013.

necessario per evitare un eccesso di fluido con conseguente edema da rialimentazione e insufficienza cardiaca. I pazienti dovrebbero essere pesati almeno una volta al giorno, controllando i tessuti per l'edema e monitorando l'assunzione di acqua per via orale.

Ogni qualvolta un paziente viene ricoverato in ambito internistico, nutrizionistico e/o di medicina generale, tale intervento deve essere orientato a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale e deve essere sempre garantita la consulenza di personale dell'ambulatorio per i DA.

All'atto della dimissione deve essere contattato e informato l'ambulatorio per i DA di residenza del paziente, il quale informerà anche il MMG o il PLS, per la successiva presa in carico (o per la continuazione del percorso terapeutico nel caso di paziente già conosciuto).

TABELLA 3

CRITERI DI INDICAZIONE RICOVERO h24 IN AMBIENTE INTERNISTICO/NUTRIZIONALE O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "RESCUE")

Ricovero obbligato con BMI ≤12	Ove non siano disponibili i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue") il ricovero deve essere effettuato in ambiente internistico-nutrizionale

Ricovero obbligato con 12≤BMI≤14 e almeno uno dei seguenti parametri	Rapida perdita di peso (>1kg a settimana)
	Intake nutrizionale inadeguato (<1000kcal/die)
	Perdita di peso durante il percorso ambulatoriale (1000kcal/die)
	Pressione sistolica (<80 mmHg)
	PA Posturale (abbassamento >20 mmHg in posizione eretta)
	Frequenza cardiaca (<40 bpm; >120 bpm; tachicardia posturale >20/min)
	Temperatura (<35,5 C° o estremità cianotiche e fredde)
	ECG (Prolungamento QTC; Alterazioni onda T; Alterazioni tratto ST)
	Glicemia <60 mg/dl
	Sodio <125 mEq/L
	Potassio <3 mEq/L
	Magnesio < al range normale
	Fosfati < al range normale
	Albumina <30 gr/L
	Funzionalità epatica SGOT e SGPT >500
	Neutrofili <1,0 x 10^9/ L
	Emoglobina <10 g/dl

TABELLA 4

CRITERI SOMATICI DI BAMBINI E ADOLESCENTI PER RICOVERO IN AMBIENTE PEDIATRICO, CON ÈQUIPE SPECIALIZZATA NEL TRATTAMENTO DA O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "RESCUE")

CRITERI ANAMNESTICI	Rapida perdita di peso
	Intake nutrizionale inadeguato all'età
	Rifiuto di bere
	Lipotimia ortostatica
	Evidente o riferita affaticabilità
CRITERI CLINICI	BMI ≤14 dai 17 anni in su
	BMI ≤ 13.2 per soggetti di 16 e 15 anni
	BMI ≤12.7 per soggetti di 14 e 13 anni
	Ideazione ed eloquio rallentati, confusione
	Estrema bradicardia: frequenza <40/min, in ogni ora del giorno
	Tachicardia
	Bassa pressione arteriosa sistolica (<80mmHg)
	Pressione Arteriosa <80/50mmhg, ipotensione ortostatica con incremento frequenza >20/min o riduzione pressione arteriosa di >10-20 mmHg
	Ipotermia <35.5°C
	Ipertermia
DATI DI LABORATORIO	Acetonuria
	Ipoglicemia <60 mg/dl
	Importante scompenso idroelettrolitico o metabolico, in particolare: Ipocaliemia, iponatremia, ipofosforemia, ipomagnesemia
	Incremento della Creatinina (>100mmol/L)
	Citolisi (>4xN)
	Leuconeutropenia (<1000/mm3)
	Trombocitopenia(<60 000/mm3)

2.4.2. POSTI LETTO DEDICATI AI DA IN PSICHIATRIA/NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'accesso al ricovero ospedaliero avviene preferibilmente attraverso l'ambulatorio territoriale dedicato ai DA e può rendersi necessario nelle fasi acute del disturbo o nella riacutizzazione di condizioni croniche, quando esistano condizioni psichiatriche e psicosociali di elevata gravità o in grado di produrre, se non adeguatamente trattate, anche un elevato rischio somatico.

Anche in tale regime di degenza è indicato un intervento integrato sia dal punto di vista psichiatrico e psicologico, che internistico-nutrizionale, da condurre con personale qualificato per far fronte ai diversi aspetti della acuzie e per motivare il paziente alle fasi successive del trattamento. Tale intervento è orientato a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale.

La durata del ricovero deve essere appropriata alle specificità di queste patologie, coerente con la tempistica dei ricoveri per acuti e idonea a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale con una dimissione protetta prevalentemente verso un regime ambulatoriale o verso un regime semiresidenziale o di DH.

In tutti quei casi in cui vi sia un minor rischio biologico, che non comporti rischio di vita per il paziente, che non abbiano necessità di un monitoraggio h24 dei parametri vitali, e vi siano una serie di indicatori comportamentali sul versante del rischio psichiatrico (si veda la tabella n. 5) è consigliabile un ricovero presso posti letto dedicati per i DA in Psichiatria/Neuropsichiatria infantile.

Per i pazienti adulti, nei casi in cui sussistano le condizioni necessarie, può essere proposto un TSO presso il SPDC competente.

Nell'ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento, è auspicabile l'attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico.

All'atto della dimissione deve essere contattato e informato l'ambulatorio per i DA di residenza del paziente, il quale informerà anche il MMG o il PLS, per la successiva presa in carico (o per la continuazione del percorso terapeutico nel caso di paziente già conosciuto).

TABELLA 5

CRITERI PSICHIATRICI E AMBIENTALI PER IL RICOVERO IN AMBITO PSICHIATRICO SPECIALISTICO PER I DA

COMORBILITA' (disturbi psichiatrici in comorbilità, in base alla cui gravità è preferibile il trattamento in ricovero)	Depressione Maggiore con rischio suicidario
	Episodi psicotici e condizioni deliranti
	Convinzioni deliranti relative al cibo, al peso, o alle proprie caratteristiche corporee
	Forme ossessive gravi e incontrollabili
	Grave disregolazione degli impulsi
ANORESSIA E BULIMIA NERVOSA	Rifiuto di alimentazione naturale, parenterale e nasogastrica quando sono da ritenersi trattamento insostituibile
	Attività fisica eccessiva, incessante e irrefrenabile
	Condotte di eliminazione (vomito, lassativi e diuretici), ricorrenti che hanno prodotto o stanno per produrre una o più forme di scompenso
	Bulimia Multimpulsiva
	Improvviso aumento dell'impulsività collegato al viraggio da forma Restrittiva a forma Bulimica
COLLABORAZIONE ALLE CURE	Mancata adesione al progetto terapeutico riscontrata ripetutamente nei precedenti contesti di cura (ambulatoriale, DH, semiresidenziale o residenziale) che tende a generare o aggravare una condizione somatica rischiosa
	Paziente oppositivo che collabora solo parzialmente, manipolando le cure e rendendo inefficace l'assunzione di nutrienti
	Completa assenza di motivazione alle cure
DISPONIBILITA' DELL'ENTOURAGE FAMILIARE ALLE CURE	Problemi familiari o assenza della famiglia che, sommati alla mancata compliance al trattamento, rendono inagibile un regime ambulatoriale o semiresidenziale
	Famiglia che è priva di risorse o le ha esaurite
	Famiglia che ostacola il trattamento
STRESS AMBIENTALE	Gravi conflitti familiari, o situazioni familiari pericolose
	Criticismo familiare elevato
	Condizioni di grave trascuratezza (neglect) familiare e/o sociale
	Grave isolamento sociale
TRATTAMENTI PRECEDENTI	Lunga storia di trattamenti in contesti di cura diversi senza risultati
	Improvviso aggravamento nel corso di trattamento presso strutture con cure meno intensive

2.4.3. DAY HOSPITAL (DH) PER I DA

Ruolo del Day Hospital

Nelle linee guida attualmente utilizzate a livello internazionale il ruolo del Day Hospital è considerato centrale per l'intervento sub intensivo medico-psichiatrico e come possibile alternativa al ricovero ordinario per i Disturbi Alimentari.

In particolare in età evolutiva l'attività assistenziale del DH andrebbe privilegiata rispetto a quella residenziale anche per le finalità riabilitative proprie di questo tipo di intervento.

Al DH si accede prevalentemente attraverso l'ambulatorio di riferimento del paziente.

Il DH dedicato svolge le seguenti molteplici funzioni differenziate:

- Intervento nelle situazioni sub-acute emergenti
- Effettuare percorsi diagnostici multidisciplinari
- Avviare un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24
- Avviare un percorso valutativo approfondito sul piano internistico, psico-comportamentale e relazionale
- Trattamento precoce
- Definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI)
- Avvio o recupero del progetto terapeutico inserito nel PTI (anche ambulatoriale)

Inoltre può svolgere anche altre funzioni quali:

- "Filtrare" i pazienti che, pur presentando problematiche alimentari non rientrano nel novero dei DA
- Possibilità di scegliere il trattamento di elezione per ogni singolo caso sulla base dei dati emersi dal percorso valutativo
- Consentire, anche durante il ricovero, la prosecuzione delle attività scolastiche e lavorative
- Permettere la prosecuzione del programma alimentare anche nell'ambiente domestico
- Mantenere, durante le cure i rapporti con i familiari e con il contesto sociale di appartenenza
- Abbreviare la degenza e favorire la tempestività della dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- Agevolare il reinserimento sociale, lavorativo e familiare dopo la dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- Effettuare la nutrizione artificiale o di assistenza ai pasti

Fase inziale del trattamento: percorso valutativo, avviamento delle cure

Il DH effettua percorsi diagnostici multidisciplinari e una accurata analisi della motivazione al trattamento e soprattutto dei fattori di rischio e avvia un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24.

Costituisce un'ulteriore fase della valutazione diagnostica, completando quella ambulatoriale anche con una valutazione internistica più approfondita.

Garantisce inoltre il monitoraggio clinico internistico dei pazienti in regime di residenzialità e semiresidenzialità.

Fase centrale del trattamento

Il DH è una struttura le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di entrata o di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella contesto familiare e sociale, ma anche quello di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica in cui accesso ed uscita sono particolarmente facilitate.

Consente il trattamento di casi acuti, con interventi psicoterapeutici, dietologici e se necessario farmacologici, quando lo scompenso non raggiunge i criteri che impongono la necessità di ricovero in regime ordinario.

Gamma estesa di risposte possibili

Il trattamento per i DA in Day Hospital offre la possibilità di una gamma particolarmente estesa di risposte assistenziali, tanto sul versante medico che su quello psichiatrico, che possono essere utilizzate da un ampia casistica di pazienti con disturbi alimentari che non hanno la necessità di una cura estesa alle 24 ore.

Situazioni complesse

Inoltre, grazie alla estesa varietà dei servizi che possono essere offerti, il DH si presta a forme di trattamento individualizzate, che possono soddisfare situazioni **particolarmente complesse** anche se non di gravità estrema, compresa la nutrizione artificiale e terapie infusive assistite.

Interventi individualizzati

Si raccomanda una utilizzazione estremamente flessibile del DH con programmi differenziati in base alle particolarità del trattamento richieste dal singolo caso.

Il contesto ospedaliero e l'ampio ventaglio delle possibili consulenze di tipo specialistico, permette un intervento integrato sia dal punto di vista internistico-nutrizionale che da quello psicologico e psichiatrico.

È necessario garantire la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente, mantenendo, al tempo stesso, la continuità assistenziale nella delicata fase di post-dimissione dalla struttura.

Le attività e le prestazioni, rivolte ai *pazienti in età evolutiva ed alle loro famiglie*, comprendono un collegamento funzionale con i servizi territoriali competenti del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti funzionali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità terapeutica, la socializzazione e la presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale.

L'intervento centrale del DH per i minori è quello sul gruppo.

L'intervento sulle famiglie, una stretta collaborazione con i genitori di giovani adolescenti, l'adozione di interventi manualizzati si sono dimostrati particolarmente utili, non solo per i migliori dati di outcome, ma anche per la durata dei risultati ottenuti.

Fase avanzata del trattamento

Il DH può ridurre la durata del ricovero in degenza ordinaria e consentire un reingresso graduale nella vita quotidiana.

Prevenzione delle ricadute

Dopo la dimissione da un ricovero ordinario o nel corso di un intervento ambulatoriale, il DH consente un intervento tempestivo e, se possibile breve, che in caso di riacutizzazione della sintomatologia permette di evitare ulteriori ricoveri e di scongiurare il rischio della cronicizzazione.

Destinatari

Nella fase iniziale del trattamento, il DH può svolgere la funzione di percorso valutativo e di avviamento alle cure presso altre strutture. Nelle fasi successive, l'accesso è indicato per pazienti con parziale compromissione della autonomia personale e sufficiente motivazione al cambiamento.

Prestazioni

Tra gli interventi più frequenti nella fase iniziale, centrale ed avanzata della permanenza:

- Percorso valutativo iniziale e approfondimenti diagnostici (così come indicati da pag. 8 e sgg.)
- Psicoterapia individuale
- Programma nutrizionale
- Psicoterapia in/di gruppo
- Psicoterapia della famiglia
- Trattamento farmacologico

Durata del trattamento

Nella fase valutativa da 4 a12 settimane
Nella fase centrale da 12 a 18 settimane
Nella fase avanzata e nella prevenzione delle ricadute da 4 a 12 settimane

Si considera una media di 3 accessi settimanali per un massimo di n. 72 accessi per gli adulti e n. 48 per i minori durante tutto il trattamento in DH, tenendo conto che gli accessi sono a intensità decrescente e che possono essere maggiori nella fase diagnostica e minori nelle fasi centrale e avanzata del trattamento.

TABELLA 6
CRITERI PER L'AMMISSIONE IN DAY HOSPITAL
· 12≤BMI≤14 con moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*
· BMI > 14 Kg/m^2 con moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*
· Accertata diagnosi di Disturbo della Alimentazione
· Pazienti che necessitano di valutazione diagnostica approfondita del Disturbo dell' Alimentazione, delle eventuali comorbilità e delle condizioni di rischio
· Parametri ematochimici compensati o solo lievemente scompensati
· Parametri internistici nella norma o solo lievemente scompensati
· Rapido incremento ponderale in un Disturbo Alimentare (DAI o DANAS)
· Prevenzione del ricovero
· Gestione del post-ricovero e reintegrazione graduale in famiglia
· Pazienti che necessitano di controlli particolarmente frequenti
· Condotte di eliminazione che vengono attuate ma che non producono scompenso
· Iniziale o parziale indipendenza economica, gestionale e logistica dei pazienti
· Possibilità di collaborazione da parte di almeno un familiare

SCHEDA n 1 - La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale
A. Breve inquadramento socio-anagrafico attuale; storia personale, familiare, sociale
B. Motivo della segnalazione / invio
C. Aspettative e bisogni del paziente (e dei genitori nel caso di minori), motivazione al cambiamento
D. Anamnesi clinica, psicopatologica, internistico-nutrizionale, Peso (BMI) e principali quadri ematochimici .....
E. Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
F. Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, senso di responsabilità, auto percezione dei propri problemi e risorse, ecc. evidenziando tendenza all'autolesionismo ed eventuali tentativi di suicidio/pensieri suicidi
G. Comportamento del paziente nella vita, interazioni con gruppo dei pari, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
H. Consuetudini, abitudini, modalità di divertimento; stile educazione e modello di apprendimento; stile abitativo
I. Risorse familiari ed ambientali; profilo familiare
L. Modalità relazionale con il clinico/servizio (alleanza terapeutica)
Valutazione diagnostica: **1. Sintesi finale e Valutazione Globale di Funzionamento.....……** **…….** **……..** **2. Diagnosi nosografica (ICD 9) :** **…….** **……**
Note……... **……...**

SCHEDA n. 2 - Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Piano di Trattamento Individuale (PTI)
Paziente……..
Case manager: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail) *……*
A. Quadro clinico complessivo e Peso (BMI)
B. Compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico o sociale
C. Fase evolutiva: Risorse e potenzialità esistenti
D. Necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali
E. Stabilità clinica (*Valutazione della natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione*)
F. Punti di forza e criticità della famiglia (dinamiche familiari) e del contesto di riferimento
G. Eventuali trattamenti farmacologici utilizzati, i risultati raggiunti e le criticità rilevate
Diagnosi nosografica (ICD 9) : …… **……..**
È stato possibile sottoscrivere un "accordo/impegno di cura" (in caso di paziente minorenne): SI □ - NO □ *Se NO specificare perché: ……..* *Partecipazione della famiglia:* SI □ - NO □ *Coinvolgimento dei competenti servizi sociali:* SI □ - NO □ *Coinvolgimento della rete educativa/scolastica/sociale, al fine di favorire l'adesione al trattamento* SI □ - NO □ *Se NO specificare perché: ……..*
Piano di trattamento e relativo percorso di cura a. Interventi necessari: …… …….. …….. b. Eventuali interventi di integrazione sociosanitaria: …… …….. …….. c. Elementi prognostici per la successiva inclusione sociale …….

SCHEDA n. 3 - Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)
Case manager della struttura: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail)……
A. Dati anagrafici
B. Diagnosi clinica e funzionale
C. Informazioni anamnestiche rilevanti
D. Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale tratto dal Piano di Trattamento Individuale (che viene allegato) e situazione attuale (sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia)
E. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a: *Area psicopatologica* *Area della cura di sé / ambiente* *Area della competenza relazionale* *Area del funzionamento scolastico* *Area delle autonomie e delle abilità sociali*
F. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia (ad es. il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale), alla scuola, ai contesti di riferimento, agli appuntamenti evolutivi legati al ciclo vitale
G. Obiettivi dell'intervento a)…….. b)…….. c) …….
H. Aree di intervento - descrivere la tipologia e il tipo di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie: *Interventi psicoeducativi* *Interventi abilitativi e riabilitativi* *Psicoterapia* *Terapia familiare* *Terapia farmacologica* *Interventi sugli apprendimenti* *Interventi sul contesto familiare* *Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio-lavorativa*
I. Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
L. Durata del programma:……. *Verifiche periodiche*: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica (almeno con cadenza mensile)..... *Outcome globale*: esiti complessivi attesi oltre il termine del ricovero (es. raggiungere la remissione del disturbo dell'alimentazione; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi)……. *Outcome funzionale*: esito atteso al termine del ricovero, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica correlata con il disturbo

dell'alimentazione, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale)……..……
Outcome specifici: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Ad esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente) …….....

A conclusione del progetto terapeutico e, in ogni caso almeno con cadenza trimestrale durante il progetto stesso, deve essere somministrato nuovamente almeno uno strumento standardizzato confrontando il punteggio di partenza contenuto nel PTRP e il punteggio finale.

GLOSSARIO DEGLI ACRONIMI

***AN** = Anoressia Nervosa*
***AO** = Azienda Ospedaliera*
***BED** = Binge Eating Disorder o Disturbo d'Alimentazione Incontrollata (**DAI**)*
***BLS** = Basic Life Support*
***BMI** = Body Mass Index o Indice di Massa Corporea (**IMC**)*
***BN** = Bulimia Nervosa*
***CD** = Centro Diurno*
***CUP** = Centro Unico di Prenotazione*
***DA** = Disturbi Alimentari*
***DAI** = Disturbo d'Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (**BED**)*
***DANAS** = Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati o Eating Disorder Not Otherwise Specified (**EDNOS**)*
***DEA** = Dipartimento di Emergenza e Accettazione*
***DH** = Day Hospital*
***DSM** = Dipartimento di Salute Mentale*
***DSM-5** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – 5^a edizione*
***EDNOS** = Eating Disorder Not Otherwise Specified o Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati (**DANAS**)*
***ICD-9** = International Classification of Diseases o Classificazione internazionale delle malattie – 9^a edizione*
***IMC** = Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (**BMI**)*
***IRCSS** = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*
***MMG** = Medici di Medicina Generale*
***NPI** = Neuropsichiatra Infantile*
***OSS** = Operatore Socio Sanitario*
***PAC** = Pacchetto Ambulatoriale Complesso*
***PIC** = Percorsi Integrati di Cura*
***PDTA** = Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale*
***PLS** = Pediatri di Libera Scelta*
***PS** = Pronto Soccorso*
***PTI** = Piano di Trattamento Individuale*
***PTRP** = Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato*
***RSM** = Rapporto Standardizzato di Mortalità*
***SPDC** = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*
***SR** = Struttura Residenziale*
***SSR** = Sistema Sanitario Regionale*
***TSMREE** = Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva*
***TSO** = Trattamento Sanitario Obbligatorio*
***UO** = Unità Operative*
***UOC** = Unità Operativa Complessa*
***UOS** = Unità Operativa Semplice*
***UOSD** = Unità Operativa Semplice Dipartimentale*

ALLEGATO 2

STIMA DEL FABBISOGNO DI SERVIZI E STRUTTURE DEDICATI AI DA NELLA REGIONE LAZIO

Indice

1.	**PREMESSA**	**2**
2.	**ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DOMANDA DI TRATTAMENTO NELLA REGIONE LAZIO**	**2**
2.1.	Ricognizione sulle strutture, sul personale e sulle attività dei servizi dedicati ai DA	**2**
2.2.	Ricoveri e trattamenti ambulatoriali	**2**
3.	**INDICATORI EPIDEMIOLOGICI**	**6**
4.	**VALUTAZIONI AI FINI DEL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI SERVIZI PER DCA**	**7**
5.	**STIMA DEL FABBISOGNO**	**11**

1. PREMESSA

Scopo del presente documento è la definizione della stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai DA nella Regione Lazio. Per realizzare questo obiettivo la Regione Lazio, dopo avere effettuato una ricognizione dei servizi dedicati al trattamento dei DA, ha effettuato la scelta di valorizzare le risorse già operanti nel proprio territorio, costruendo il **percorso di riferimento,** utilizzando le fonti di letteratura *evidence-based* e le linee guida esistenti e adeguando la dotazione di presidi ove necessario.

Particolare attenzione è stata applicata alla realizzazione di un **network** all'interno del quale il percorso di riferimento potesse effettivamente corrispondere alla migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse. Il programma, così come definito nel presente documento, verrà periodicamente monitorato (anche rispetto alle liste di attesa) attraverso apposite schede predisposte dall'Area competente e valutato nell'applicazione dei percorsi di cura e nella definizione del fabbisogno al termine del 1° e del 2° anno di attività dei servizi previsti. Inoltre dalle risultanze della valutazione di cui sopra verranno eventualmente apportate variazioni e/o correzioni al fine di migliorare l'appropriatezza assistenziale.

2. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DOMANDA DI TRATTAMENTO NELLA REGIONE LAZIO

2.1. Ricognizione sulle strutture, sul personale e sulle attività dei servizi dedicati ai DA

Nel Lazio sono stati censiti 17 Presidi dedicati ai DA, dei quali uno solo è privato (OPBG); non erano presenti strutture dedicate ai DA nei territori delle ASL RMB e RMH. Quattro dei 17 presidi sono disponibili tutti i giorni h24; altri 8 sono disponibili per almeno 5 giorni a settimana. I presidi fanno riferimento a contesti diversi quali quello ospedaliero, universitario, IRCSS, il Dipartimento di Salute Mentale, il Distretto territoriale; uno solo dei 17 presidi è espressamente dedicato a minori. Una lista di attesa gestita è presente per 11 dei 17 presidi; circa la metà dei servizi che usano una lista di attesa fanno uso di un CUP.

2.2. Ricoveri e trattamenti ambulatoriali

Allo scopo di fornire elementi utili per la stima del fabbisogno delle risorse organizzative e di personale dedicate, è stato verificato l'impegno di risorse richiesto da patologie specifiche e quadri sindromici riconducibili all'ambito dei Disturbi Alimentari (DA). Tale verifica ha riguardato le dimissioni ospedaliere (in regime ordinario e di day hospital) e gli accessi in Pronto Soccorso che hanno avuto luogo nella regione Lazio nel corso dell'anno 2014.

Sono state indagate le condizioni cliniche diagnosticate come DA (ICD-9-cm), che comprendono:

Descrizione	Codice
ANORESSIA NERVOSA	307.1
Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione	307.5
DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE, NON SPECIFICATO	307.50
BULIMIA NERVOSA	307.51
PICA	307.52
DISTURBO DA RUMINAZIONE	307.53
VOMITO PSICOGENO	307.54

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario

Sul totale di dimissioni in regime ordinario da tutti gli Istituti, per tutte le specialità di dimissione, tutte le età, **299 soggetti** con diagnosi principale o secondaria di DA hanno prodotto **431 dimissioni** (diversi soggetti hanno avuto più di un ricovero), con una netta prevalenza del genere femminile (348 vs 83 dimissioni). Tale differenza non era presente per le 76 dimissioni di soggetti con età < 14 aa.

Dimissioni in regime ordinario con *DA in diagnosi principale o secondaria*, Lazio 2014.
Tutti gli istituti, tutte le età, tutte le specialità di dimissione

Classe di età	Genere (valori assoluti)		Totale Dimissioni	Genere (% riga)		Genere (% col)	
	M	F		M	F	M	F
0-9 anni	29	26	**55**	52,7	47,3	34,9	7,5
10-13 anni	5	16	**21**	23,8	76,2	6,0	4,6
14-17 anni	5	44	**49**	10,2	89,8	6,0	12,6
18-21 anni	5	63	**68**	7,4	92,6	6,0	18,1
22-26 anni	5	51	**56**	8,9	91,1	6,0	14,7
27 + anni	34	148	**182**	18,7	81,3	41,0	42,5
Tutte le età	**83**	**348**	431	**19,3**	**80,7**	**100,0**	**100,0**
			299 soggetti				

La specialità del reparto di dimissione era per il **40,4% Psichiatria**, seguita dalla **Medicina Generale (14,8%**), dalla **Pediatria (12,3%)**, dalle **Mal. Endocrine del Ricambio e della Nutrizione (8,4%),** dalla **Neuropsichiatria Infantile (6,3%),** dalla **Gastroenterologia** e dalla **Astanteria (**entrambe **2,6%)**. Tutte le rimanenti specialità assommavano al 12,8%.

Codice e Specialità di dimissione	Diagnosi DA (valori assoluti)		Totale dimissioni	
	in principale	in secondaria	N	%
40 - Psichiatria	118	56	**174**	***40,4***
26 - Medicina generale	32	32	**64**	***14,8***
39 - Pediatria	32	21	**53**	***12,3***
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	11	25	**36**	***8,4***
33 - NPI	19	8	**27**	***6,3***
51 - Astanteria	3	8	**11**	***2,6***
58 - Gastroenterologia	6	5	**11**	***2,6***
Altre specialità	12	43	**55**	***12,8***
Totale	**233**	**198**	**431**	***100,0***

Le **dimissioni con diagnosi principale di DA** rappresentavano l'**1,4%** (233/16.202) **di tutte le dimissioni da qualsiasi reparto riferite a disturbi psichici** (Cod ICD-9-cm 290-319). La **degenza media** osservata per le 397 dimissioni è stata pari a **15,1 giorni**. Per quanto riguarda il tipo di dimissione, a fronte del 81,7% di dimissioni a domicilio occorre rilevare il 7,4% di dimissioni contro il parere dei sanitari (N=32), e l'1,2% di decessi (N=5).

Dimissioni ospedaliere in regime di day hospital:

Sul totale di dimissioni in regime di day hospital da tutti gli Istituti, per tutte le specialità di dimissione, tutte le età, **874 soggetti** con diagnosi principale o secondaria di DA hanno prodotto **1.008 dimissioni** (diversi soggetti hanno avuto più di un ricovero), con una **netta prevalenza del**

genere maschile (760 vs 248). In misura meno rilevante, tale differenza era comunque presente anche per le **142 dimissioni di soggetti con età < 10 aa**.

Dimissioni e accessi in DH con *DA in diagnosi principale o secondaria*, Lazio 2014.

Tutti gli istituti, tutte le età, tutte le specialità di dimissione

Classe di età	Genere (valori assoluti)		Totale Dimissioni	Genere (% riga)		Genere (% col)		Totale Accessi 2014
	M	F		M	F	M	F	
0-9 anni	80	62	**142**	56,3	43,7	32,3	8,2	**197**
10-13 anni	61	97	**158**	38,6	61,4	24,6	12,8	**661**
14-17 anni	35	198	**233**	15,0	85,0	14,1	26,1	**1.435**
18-21 anni	15	67	**82**	18,3	81,7	6,0	8,8	**1.247**
22-26 anni	7	69	**76**	9,2	90,8	2,8	9,1	**973**
27 + anni	50	267	**317**	15,8	84,2	20,2	35,1	**5.096**
Tutte le età	**248**	**760**	**1.008**	**24,6**	**75,4**	**100,0**	**100,0**	**9.609**
			874 soggetti					

La specialità del day hospital di dimissione era per il 33,5% Psichiatria, seguita dalla Neuropsichiatria Infantile (26,6%), dalla Pediatria (18,1%), e dalle Mal. Endocrine del Ricambio e della Nutrizione (12,7%). Tutte le rimanenti specialità assommavano al 9,1%. Le dimissioni con diagnosi principale di DA rappresentavano il 5,0% (698/14.013) di tutte le dimissioni da qualsiasi day hospital riferite a disturbi psichici (Cod ICD-9-cm 290-319). Il numero medio di accessi osservato per le 1.008 dimissioni è stata pari a 9,5 accessi. Per quanto riguarda il tipo di dimissione, queste erano per il 97,3% dimissioni a domicilio.

Accessi in Pronto Soccorso (fonte: Sistema Informativo per l'Emergenza Sanitaria (SIES)

Poiché i DA non vengono individuati esaustivamente attraverso un singolo codice diagnostico, sono stati dapprima rilevati gli accessi che hanno ricevuto una diagnosi principale o secondaria di DA (N=338). All'interno dei soli casi individuati come disturbo psichico (ICD-9-cm 290-319), i DA costituivano lo 0,7% (307/42.406). Una diagnosi secondaria di DA è stata formulata per 31 dei 338 accessi complessivi, quasi esclusivamente a partire da diagnosi principali non psichiatriche. Occorre rilevare che la diagnosi di DA in PS risulta usata nella maggioranza dei casi in situazioni attinenti alla prima e seconda infanzia, e all'età di latenza: ben il 62,4% degli accessi (N=211) risulta infatti riferito a soggetti di età < di 10 aa.

Classe di età	Diagnosi DA (valori assoluti)		Totale dimissioni	
	in principale	in secondaria	N	%
0-9 anni	191	20	**211**	***62,4***
10-13 anni	17	1	**18**	***5,3***
14-17 anni	31	4	**35**	***10,4***
18-21 anni	8	2	**10**	***3,0***
22-26 anni	12	2	**14**	***4,1***
27 + anni	48	2	**50**	***14,8***
Tutte le età	**307**	**31**	**338**	***100,0***

Per quanto riguarda **l'Invio**, si rileva come il "trasporto urgente" sia molto più frequente per i soggetti di età > 18 aa., mentre la "decisione propria" (delle famiglie) sia più frequente per i soggetti di età < 14 aa. Rispetto alla modalità di arrivo, il ricorso all'Ambulanza riguarda in modo quasi esclusivo la classe di età > 18 aa.

Anche il **Triage** fa rilevare come il codice Rosso (N=4) sia stato utilizzato solo per soggetti di età > 14 aa., mentre il codice Verde e il codice Bianco sono più spesso utilizzati per soggetti di età < 14 aa. In merito all'**Esito**, si rilevano 119 casi (35,2% dei 338 accessi) seguiti da Ricovero in reparto di degenza. Per questi si osserva come si tratti prevalentemente di casi che hanno una diagnosi principale di DA, e che questo provvedimento riguarda più spesso i soggetti di età < 18 aa.

Valutazioni descrittive effettuate in Pronto Soccorso (fonte: GIPSE-online anno 2013)

Il paragrafo che segue riporta i risultati di una indagine riferita al 2013, verosimilmente del tutto prossimi per consistenza numerica rispetto a quanto evidenziabile per il 2014.

Allo scopo di evidenziare quelle condizioni attinenti ai DA, ma individuate solo attraverso una valutazione qualitativa del quadro clinico presente all'accesso in PS, sono stati considerati 3 campi descrittivi compilati in PS dal Medico a completamento della valutazione: la Diagnosi Testuale, le Note e l'Anamnesi. I 3 campi sono stati ispezionati relativamente alla comparsa nel testo di uno o più dei termini che seguono, possibilmente attinenti alla presenza di DA non individuati da una diagnosi specifica: "**DCA**", "**Disturbi Alimentari**", "**Bulimia**", "**Disordini elettrolitici**", "**Anoressia**", "**Vomito autoindotto**", "**Calo ponderale**", "**Malnutrizione**".

Infine, sono stati valutati tutti i record che presentavano uno o più dei termini elencati e che non presentavano una diagnosi principale o secondaria di DCA, per escludere i casi certamente non attinenti ai DA (ad es, il termine "anoressia" viene spesso utilizzato per riferirsi al deperimento organico causato da neoplasie o dall'età avanzata). Sono inoltre esclusi i casi nei quali la presenza in anamnesi di DA è irrilevante rispetto all'accesso in PS (ad es. incidenti, patologie acute di rilevanza chirurgica, etc.).

Ulteriori accessi nei Pronto Soccorso del Lazio con riferimento specifico a DA

Compatibilità con diagnosi di DCA dei riferimenti riportati nei campi descrittivi

N	DCA	Dist Comp Alim	Bulimia	DisElettr	Anoressia	Vomito autoind.	Calo pond età 1-40	Mal nutrizione	TOTALE
Piena	2	23	29	0	67	11	16	5	**153**
Parziale	0	11	9	0	40	1	5	0	**66**
Nessuna	25	61	50	31	991	216	2302	2302	**5978**
TOTALE	**27**	**95**	**88**	**31**	**1098**	**228**	**2323**	**2307**	**6197**

% col	DCA	Dist Comp Alim	Bulimia	DisElettr	Anoressia	Vomito autoind.	Calo pond età 1-40	Mal nutrizione	TOTALE
Piena	7,4%	24,2%	33,0%	0,0%	6,1%	4,8%	0,7%	0,2%	**153**
Parziale	0,0%	11,6%	10,2%	0,0%	3,6%	0,4%	0,2%	0,0%	**66**
Nessuna	92,6%	64,2%	56,8%	100,0%	90,3%	94,7%	99,1%	99,8%	**5978**
TOTALE	**27**	**95**	**88**	**31**	**1098**	**228**	**2323**	**2307**	**6197**

Rispetto al **numero di accessi in PS recanti una diagnosi di DCA (N=387 nel 2013 – N=338 nel 2014)** appare possibile considerare pertanto **ulteriori casi (153 nel 2013, + 39,5%) per i quali la diagnosi di DCA era esplicita ma non codificata** (ad es. formulando solo quella oggetto di un "trattamento", come per es. un "*disturbo elettrolitico grave in pazienti con disturbo alimentare*").

3. INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

Incidenza (per 100.000 abitanti)

L'incidenza di una patologia è il tasso con cui i nuovi casi si manifestano nella popolazione in un dato periodo di tempo. Rappresenta la velocità di comparsa della malattia nella popolazione. È dato dal *numero di nuovi casi diagnosticati in un dato periodo (un anno) diviso la popolazione a rischio di contrarre la malattia nello stesso periodo*. È una misura epidemiologica molto utile per tutte quelle malattie la cui insorgenza nel tempo è ben definita (esempio, nuova diagnosi di tumore) ovvero malattie ad insorgenza acuta (esempio, sindrome coronarica acuta, ictus ecc).

Prevalenza (per 100 abitanti)

La prevalenza di una patologia è la proporzione di una data popolazione che ha la malattia in un certo momento. Rappresenta il livello di malattia presente in una popolazione e si calcola come *numero di casi di malattia presenti diviso l'ammontare della popolazione in un dato momento*. È un indicatore che può essere applicato anche ad un arco temporale definito (un anno, cinque anni) e si parla in questo caso di *prevalenza di periodo.* Le stime di prevalenza sono molto utili nel caso di malattie ad insorgenza lenta ed insidiosa e che si mantengono con caratteristiche di stabilità, è un indicatore meno utile nel caso di malattie acute per le quali l'incidenza è una misura più appropriata.

La popolazione di riferimento

La popolazione usata come denominatore per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione e mortalità è la popolazione residente nel Lazio al 1/1/2014, fonte ISTAT. Il dato è stato suddiviso per sesso, età e ASL di residenza.

I concetti di prevalenza puntuale, prevalenza di periodo, incidenza e incidenza cumulativa possono essere meglio compresi attraverso lo schema che segue:

Lo schema rappresenta lo stato sanitario di 8 soggetti che compongono una popolazione chiusa (nel periodo di osservazione non ci sono state uscite di persone né nuovi arrivi). Sull'asse orizzontale viene rappresentato il tempo. **Ogni riga orizzontale, numerata da 1 a 8, rappresenta un soggetto**: quando la riga è sottile, la persona è in salute, mentre le barre più spesse indicano la presenza della malattia. Pertanto:

- Prevalenza puntuale al tempo T0 = 2/8 = 0.25 (soggetti n. 2 e n.4);
- Prevalenza puntuale al tempo T1 = 3/8 = 0.375 (soggetti n. 2, 3 e 6);
- Incidenza cumulativa nel tempo T0-T1 = 4/6 = 0.67 (soggetti n. 3, 5, 6, 8). I soggetti 2 e 4 sono stati esclusi dalla popolazione in esame, che non conta più 8 soggetti bensì 6. Infatti i soggetti 2 e 4 erano già ammalati all'inizio del periodo di osservazione, e quindi non devono entrare nel conteggio dei *nuovi* casi;
- Se anziché il monitoraggio *continuo* della popolazione durante il periodo T0-T1 viene semplicemente confrontata la situazione sanitaria esistente al tempo T0 con quella esistente al tempo T1, l'incidenza cumulativa T0-T1 corrisponde a 2/6 =0.33 (soggetti n. 3 e 6, che erano sani in T0 e malati in T1). Si tratta di una valutazione meno precisa: i soggetti n. 5 e 8 si sono ammalati e sono guariti durante il periodo, sfuggendo quindi all'osservazione!

Limiti degli indicatori utilizzati

Il presente lavoro intende fornire al governo regionale elementi utili per il processo programmatorio. Tuttavia, nell'interpretazione dei dati relativi agli indicatori di occorrenza presentati è necessario tenere in considerazione alcuni possibili limiti. Il problema più importante è rappresentato dalla disponibilità dei dati di incidenza o prevalenza. La stima della incidenza e della prevalenza di malattia prevede la disponibilità di registri di patologia, ma tale condizione non si realizza frequentemente. In alternativa, per quelle condizioni la cui gravità impone un ricovero ospedaliero, l'incidenza può essere approssimata utilizzando i tassi di ospedalizzazione. Per altre condizioni si utilizzano, in particolare per la stima della prevalenza, indagini campionarie di popolazione (ad es Rapporti ISTISAN) o dati di letteratura, potendo essere però questi ultimi non direttamente generalizzabili.

I dati relativi ai ricoveri, invece, risentono fortemente della eterogeneità nelle modalità di codifica. Per tale motivo, sebbene l'utilizzo dei tassi di ricovero per patologia definita come diagnosi principale dovrebbe rappresentare il miglior indicatore di ospedalizzazione, questo risente in realtà di problemi relativi alle modalità di codifica che possono essere più o meno accurate a seconda del reparto in cui il paziente si ricovera (reparti specialistici rispetto ai reparti di medicina generale) e della gravità del paziente stesso (gerarchia di diagnosi dipendente dalla gravità).

Come ricordato di recente nella Consensus Conference sui DCA tenuta dall'Istituto Superiore di Sanità, il numero di studi validi per ricavare queste misure sono in numero limitato e presentano una grande variabilità nelle classificazioni e negli strumenti diagnostici di riferimento. Sono infine carenti studi recenti di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni di popolazione italiana.

4. VALUTAZIONI AI FINI DEL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI SERVIZI PER DA

Ai fini specifici del calcolo del fabbisogno di strutture dedicate, il **dato di prevalenza di uno specifico disturbo nel corso di un anno** è quello che meglio corrisponde alle richieste relative alla pianificazione delle risorse necessarie (numero di casi presenti all'inizio del periodo aggiunti a quelli incidenti nel periodo). I dati di prevalenza e incidenza relativi ai DA sono quelli desunti da dati di letteratura nazionali e internazionali.

ANORESSIA NERVOSA:

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso
B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo:

Tipo restrittivo: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

Specificare il livello attuale di gravità: il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- Lieve: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m^2
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: Indice di massa corporea < 15 kg/m^2

I dati riportati in questo documento hanno considerato quando possibile quelli riferiti alla definizione "allargata" di AN ("broad"), in linea con i criteri utilizzati nel DSM-5, e includono pertanto "AN con o senza amenorrea" (DSM-5) e "AN atipica" (ICD-10). La frequenza del disturbo è circa 3 volte più elevata nelle donne rispetto agli uomini, e tale differenza si manifesta a partire dalla tarda adolescenza. Uno studio europeo ha evidenziato inoltre come la grande maggioranza di pazienti con questo disturbo non faccia riferimento ai servizi per la salute mentale, nonostante altri disturbi psichici – in particolare i Disturbi d'Ansia – siano un correlato quasi costante. Non vi sono evidenze di un aumento significativo del dato di prevalenza negli ultimi anni, ma occorre considerare che il dato potrebbe essere sottostimato stante la scarsa ricerca di cure mostrato da larga parte delle persone affette.

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra regione può essere stimata in **0,3%**

BULIMIA NERVOSA

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Crisi bulimiche ricorrenti. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
   1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
   2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo
C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi
D. I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo in modo inappropriato
E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di AN

Occorre inoltre specificare il livello attuale di gravità, basandosi sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale:

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra regione può essere stimata in **1,3%**

BINGE EATING DISORDER (Disturbo da Alimentazione Incontrollata):

Nel più recente sistema di classificazione nosografica internazionale, l'inquadramento dei DA è stato parzialmente rivisto, essendo divenuto evidente come alcuni quadri dotati di una propria specificità venivano necessariamente classificati come "Eating Disorders Not Otherwise Specified" (EDNOS). Questa iniziativa ha comportato la riqualificazione di un terzo componente nosografico rispetto alla Anoressia Nervosa (AN) e alla Bulimia Nervosa (BN), il Binge Eating Disorder (BED).

Il Binge Eating Disorder (letteralmente, "Disturbo da abbuffate ricorrenti") è definito da *episodi ricorrenti di alimentazione eccessiva (abbuffate) durante i quali vengono assunte quantità di cibo significativamente superiori a quelle che la maggior parte delle persone assumerebbe nelle stesse circostanze, accompagnati dal sentirsi privi di un controllo*. Chi presenta un Binge Eating Disorder può mangiare troppo rapidamente, pur non avendo fame. La persona può provare sentimenti di colpa, imbarazzo o disgusto, e abbuffarsi da sola per nascondere questo comportamento. Il disturbo si associa a un profondo disagio e si produce, in media, almeno settimanalmente in un periodo di 3 mesi. A differenza della Bulimia Nervosa, il Binge Eating Disorder è caratterizzato dalla mancanza di "condotte compensatorie" ed è pertanto molto più spesso associata a condizioni di obesità.

La modificazione introdotta intende aumentare la consapevolezza delle differenze sostanziali esistenti fra il Binge Eating Disorder e il fenomeno comune della sovralimentazione.

Mentre quest'ultima è una sfida per molti statunitensi, il disturbo da abbuffate ricorrenti è molto meno frequente, di gran lunga più grave, e si associa a problemi fisici e psicologici significativi.

Peraltro il BED è fortemente associato a livelli marcati di obesità, e conosce pertanto spesso gli stessi rischi di salute e complicanze quali il diabete mellito non-insulino dipendente, ipertensione e cardiopatie. Rilevante è anche la più marcata associazione con disturbi psichiatrici di BED quando associato a obesità, rispetto alla sola condizione di obesità.

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Crisi bulimiche ricorrenti. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
    1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
    2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
B. Le abbuffate sono associate con 3 (o più) dei seguenti aspetti:
    1. Mangiare molto più rapidamente del normale
    2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
    3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
    4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
    5. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata
C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate
D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi
E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella Bulimia Nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della BN o dell'AN

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana
- Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana
- Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana
- Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra Regione può essere stimata in **2%.**

Prevalenza 12 m 2014	Fascia età considerata	Pop. Lazio corrisp.	Pop. Lazio considerata	Prevalenza considerata	% pz. in trattam. ■	Pop. Lazio in tratt.	N. dimissioni Deg. Ordin.*	N. dimissioni Day Hosp.**	N. Accessi in PS ***
ANORESSIA NERVOSA	≥ 13 aa ≤ 34 aa F	661.393	0,93%	6.151	33,8%	2.079	431	1.008	338
	≥ 13 aa ≤ 34 aa M	688.036	0,05%	344	33,8%	116			
BULIMIA NERVOSA	≥ 18 aa F	2.571.492	0,88%	22.629	15,6%	3.530			
	≥ 18 aa M	2.330.673	0,12%	2.797	15,6%	436			
BINGE EATING DISORDER DIST. ALIM. INCONTROLL.	≥ 18 aa F	2.571.492	1,92%	49.373	28,4%	14.022			
	≥ 18 aa M	2.330.673	0,26%	6.060	28,4%	1.721			
							Tassi grezzi per 100.000 ab ≥18 aa.		
							8,79	20,56	6,89

* Degenza ordinaria, tutte le specialità. 299 soggetti hanno prodotto 431 dimissioni.

** Day Hospital, tutte le specialità. 874 soggetti hanno prodotto 1.008 dimissioni.

*** Un'indagine *ad hoc* riferita al 2013 ha individuato ulteriori casi nei quali sono menzionati (ma non in diagnosi princ. o sec.) condizioni riconducibili a DCA. Gli Accessi in PS in più individuati nel 2013 sono stati 153 (+39,5% rispetto ai 387 accessi con Dprinc. o Dsec. di DCA).

■ National Institute of Mental Health - Dato riferito alla popolazione Statunitense.

Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates
Frédérique R.E. Smink & Daphne Van Hoeken & Hans W. Hoek
Curr Psychiatry Rep (2012) 14:406-414

5. STIMA DEL FABBISOGNO

Considerato quanto affermato nei capitoli precedenti e tenendo conto dei dati sulla popolazione della Regione Lazio (anno 2014), si è proceduto a stimare il fabbisogno per i 4 livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero (DH e Posti letto).

L'offerta di servizi che ha trattato i DA in questi anni nella nostra Regione ha evidenziato una scarsa omogeneità per quanto riguarda sia la distribuzione territoriale, sia l'offerta assistenziale ai cittadini. In questo periodo, peraltro, alcuni servizi hanno raggiunto un'alta specializzazione in questo campo.

L'eziologia psichiatrica di questi disturbi deve confrontarsi con il riscontro consueto della molteplicità di ambiti specialistici coinvolti nel trattamento. Inoltre, i servizi che comunemente trattano questi disturbi ne includono anche altri riconducibili ad un ambito nutrizionale ma la cui eziologia non è di natura psichiatrica.

Pertanto, nella presente stima di fabbisogno si fa riferimento esclusivamente ai disturbi individuati come DA nei più recenti sistemi di classificazione nosografica e collocati nell'ambito psichiatrico. Si tratta, in particolare, di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbi da Alimentazione Incontrollata (BED nella nosografia anglosassone), oltre a un più ristretto numero di Disturbi Alimentari non altrimenti classificati (non viene pertanto considerata la sola condizione di obesità).

Il presente documento indica nella Tabella 1 l'attuale offerta assistenziale (risultante dall'esito del monitoraggio effettuato nel 2014) con tutti i servizi ad oggi esistenti che vengono mantenuti attivi, mentre nella Tabella 2 è definita la stima del fabbisogno regionale di servizi e strutture che si occupano di DA.

In quest'ultima Tabella sono indicati i posti esistenti che saranno mantenuti e quelli di prossima realizzazione. I presidi esistenti che si occupano in modo non esclusivo dei DA non sono compresi in questo documento e continueranno ad espletare le proprie attività.

L'offerta prevede che ciascun servizio ambulatoriale territoriale abbia come riferimento un bacino territoriale di ca. 500.000 abitanti, prevedendo che nelle province venga istituito comunque un ambulatorio per ogni ASL al fine di permetterne un migliore accesso ai pazienti dei territori. Tali

ambulatori, come evidenziato nell'Allegato 1, hanno un ruolo centrale nel network regionale, rappresentando dei centri che svolgono funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Inoltre è prevista la presenza di strutture residenziali dedicate, con moduli di 10 posti, con la seguente distribuzione territoriale:

- 30 posti nell'area di Roma centro (compresa nei territori delle ASL RM1, ASL RM 2 e ASL RM3)
- 20 posti nell'area della provincia di Roma (ASL RM4, ASL RM 5, ASL RM6)
- 20 posti nell'area di Viterbo e Rieti
- 10 posti nell'area di Frosinone e Latina

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera sono previsti, con bacino di utenza regionale:

- 4 posti di DH dedicato ai DA per adulti (+ 2 posti già attivi presso la UOC Scienza dell'alimentazione dietetica non esclusivamente dedicati ai DA)
- 6 posti di DH dedicato ai DA per minori
- 4 posti letto dedicati ai DA in ambiente psichiatrico*
- 2 posti letto *rescue* dedicati ai DA per adulti collocati presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, dove è presente un DEA di 2° livello (si tratta di pl non esclusivi ma disponibili presso la Terapia intensiva – cod. 49, che prevede la presenza di ulteriore personale dedicato ai DA)
- 4 posti letto dedicati[1] ai DA per minori situati presso il Reparto di degenza di epatologia gastroenterologia e nutrizione dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, dove è presente un DEA pediatrico di 2° livello

Per situazioni di particolare impegno assistenziale si ricorre al ricovero presso ambienti internistico/nutrizionali che si avvalgono dell'apporto continuo di personale specializzato nei Disturbi Alimentari.

* Nelle more della realizzazione e attivazione della rete dei servizi di cui al presente Decreto, si mantengono attivi i 5 posti letto dedicati presenti presso l'AO Policlinico Umberto I a cui, per emergenze assistenziali, possono essere considerati fino ad un massimo di ulteriori 3 posti letto (ad oggi funzionalmente già attivi), mantenendone la capacità organizzativa, fino alla messa a regime dell'intera rete assistenziale.

[1] Si tratta di posti letto monitorati che garantiscono assistenza specialistica h24 con personale dedicato.

Tabella 1 - Dimensione dell'offerta esistente (2014)

ASL / AO / Policlinico Universitario / IRCSS	*Tipologia struttura / Servizio*	*Ambulatorio*	*Centro diurno*	*Day Hospital*	*Strutture Residenziali*	*Posti Letto dedicati*
ASL RMA						
ASL RMB						
ASL RMC	**UOC DCA (DSM) - Presidio Ospedaliero C.T.O. "A. Alesini"**	1				
ASL RMD	**Ambulatorio per i DCA (DSM)**	1				
ASL RME	**UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare**	1				
ASL RMF						
ASL RMG	**Centro Disturbi della Condotta Alimentare - Casa della Salute di Palombara Sabina**	1				
	Villa Pia (Struttura Residenziale Privata Accreditata per il trattamento dei DCA		40 posti		20 posti	
ASL RMH						
ASL Viterbo	**Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare - Ospedale Belcolle**	1				
ASL Rieti	**Ambulatorio per i DCA e Modello Aziendale Diagnostico -Terapeutico DCA**	1				
ASL Frosinone	**Ambulatorio per i DCA - S. S. Dipartimentale DCA e Psicopatologia di Genere (DSM)**	1				
ASL Latina	**UOSD di Psicopatologia Clinica e Psicoterapia DCA Adulti (DSM)**	1				
AO Policlinico Umberto I	**UOC Psichiatria e Disturbi del Comportamento Alimentare**	1		4 posti		Dispone di pl psichiatrici (cod 40)
AO Sant'Andrea	**Servizio Ambulatoriale Multidisciplinare Integrato per lo studio, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dei DCA**	1				
AO San Giovanni Addolorata	**UOC Scienza dell'Alimentazione Dietetica**			2 posti		
Fondazione Policl. Univ. "Agostino Gemelli"	**Area dedicata ai Disturbi del Comportamento Alimentare - UOC di consultazione psichiatrica**	1				
Fondazione Policl. Univ. "Tor Vergata"	**UOSD Servizio di Nutrizione Clinica, Terapia Parenterale e Anoressia Nervosa**	1				
IRCCS Osp. Pediatrico "Bambino Gesù"	**Unità di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento delle Neuroscienze**	1		6 posti		Dispone di pl psichiatrici (cod 33)

Tabella 2 - Stima del fabbisogno per area territoriale

Adulti		*Ambulatorio dedicato DA N. Strutture*			*Centro Diurno dedicato DA N. posti*			*Day Hospital dedicato DA N. posti*			*Strutture Residenziali dedicate DA N. posti*			*Posti letto ospedalieri psichiatrici dedicati DA*			*Posti letto ospedalieri "Rescue" dedicati DA*		
ASL / AO / Policlinico Universitario / IRCSS	*Popolaz. Residente (2014)*	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***
ASL RM1	1.046.338	1	2	**1**	0	10	**10**				0								
ASL RM2	1.295.223	1	2	**1**	0	10	**10**				0	30	**30**						
ASL RM3	596.616	1	1	**0**	0	10	**10**				0								
ASL RM4	323.595	0	1	**1**	0						0								
ASL RM5	497.690	1	1	**0**	40[2]	40	**0**				20[3]	20	**0**						
ASL RM6	561.782	0	1	**1**	0						0								
ASL Viterbo	322.195	1	1	**0**	0	10	**10**				0	20	**20**						
ASL Rieti	159.670	1	1	**0**	0	10	**10**				0								
ASL Frosinone	497.678	1	1	**0**	0	10	**10**		6	**0**	0	10	**10**		5	**0**	0	2	**2****
ASL Latina	569.664	1	1	**0**	0	10	**10**				0								
AO Policlinico Umberto I		1*	1	**0**	0	0	**0**	4			0	0	**0**	5					
AO S. Andrea		1*	1	**0**	0	0	**0**				0	0	**0**						
AO San Giovanni Addolorata		0	0	**0**	0	0	**0**	2***			0	0	**0**						
Fondazione Policl. Univ. "A. Gemelli"		1*	1	**0**	0	0	**0**	0			0	0	**0**						
Fondazione PTV		1*	1	**0**	0	0	**0**	0			0	0	**0**						
Totale		12	16	**4**	40	110	**70**	6	6	**0**	20	80	**60**	5	5	**0**	0	2	**2**

Minori	*Popolaz. residente*	*Ambulat. Età Evolutiva dedicato DA N. strutture*			*Centro diurno Età Evolutiva dedicato DA N. Posti*			*Day Hospital Età Evolutiva dedicato DA N. posti*			*Strutture Residenziali Età Evolutiva dedicate DA N. posti*			*Posti letto ospedalieri Età Evolutiva riservati DA*			*Posti letto ospedalieri Età Evolutiva dedicati DA*		
ASL / AO / Policlinico Universit. / IRCSS		*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***	*ESIST*	*PROG*	***NUOVI***
IRCCS Osp. Pediatrico "Bambino Gesù"*		1	1	**0**	0	0	**0**	6	6	**0**	0	0	**0**	0	0	**0**	4	4	**0**
totale fabbisogno regionale	**5.870.411**	13	17	**4**	40	110	**70**	12	12	**0**	20	80	**60**	5	5	**0**	4	6	**2****

**** Agli ambulatori ubicati presso AO/Policlinico Universitario/IRCSS non viene attribuita una specifica competenza territoriale.***

***** I posti letto sono individuati presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata dove è già attivo un DH internistico/nutrizionale al quale afferiscono prevalentemente pazienti con DA, e in cui è presente un DEA di 2° livello.***

******Posti già attivi presso la UOC Scienza dell'alimentazione dietetica non esclusivamente dedicati ai DA.***

*******Posti letto già attivi situati presso il reparto di degenza di epatologia gastroenterologia e nutrizione.***

[2] Posti residenziali accreditati - Presidio sanitario Villa Pia di cui al DCA U00211/2013.

[3] Posti accreditati - Presidio sanitario Villa Pia di cui al DCA U00218/2013.

ALLEGATO 3

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

(*integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011*)

Indice[1]

3.12.	**SERVIZIO AMBULATORIALE TERRITORIALE PER I DISTURBI ALIMENTARI - CON POSSIBILITÀ DI "PASTI ASSISTITI"**	**2**
	Finalità e Destinatari	
3.12.1.	Requisiti Strutturali	**3**
3.12.2.	Requisiti Organizzativi	**3**
4.13.	**CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI**	**4**
	Finalità e Destinatari	
4.13.1	Requisiti Strutturali	**5**
4.13.2	Requisiti Organizzativi	**5**
4.12.	**STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI**	**6**
	Finalità e Destinatari	
4.12.1	Requisiti Strutturali	**8**
4.12.2	Requisiti Organizzativi	**8**
1.3a.	**DAY HOSPITAL DEDICATO PER I DISTURBI ALIMENTARI**	**9**
	Finalità e Destinatari	
1.3a.1.	Requisiti Strutturali	**10**
1.3a.2.	Requisiti Organizzativi	**10**
1.2b.	**POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "*RESCUE*")**	**10**
	Finalità e Destinatari	
1.2b.1	Requisiti Strutturali	**11**
1.2b.2	Requisiti Organizzativi	**13**
1.2c.	**POSTI LETTO DEDICATI AI DA IN PSICHIATRIA**	**14**
	Finalità e Destinatari	
1.2c.1	Requisiti Strutturali	**14**
1.2c.2	Requisiti Organizzativi	**15**
	Requisiti ulteriori per l'accreditamento attività in regime residenziale e semiresidenziale assistenza ai pazienti con disturbi alimentari	**16**

[1] **Per una corretta interpretazione della numerazione riportata nel presente indice, si sottolinea che essa tiene conto, sia della successione dei diversi livelli assistenziali definiti negli allegati 1 e 2, sia della numerazione dei paragrafi come riportata nel DCA n. U0008/2011.**

3.12. SERVIZIO AMBULATORIALE TERRITORIALE PER I DISTURBI ALIMENTARI - CON POSSIBILITÀ DI "PASTI ASSISTITI"

Finalità e Destinatari

Il servizio ambulatoriale territoriale per i DA è una struttura pubblica, ad accesso diretto, che svolge funzione di *primo ingresso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DA sono elementi funzionali di una rete sociosanitaria, che deve garantire un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale e che opera in stretto collegamento anche con gli altri servizi dell'area materno infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, con i Sert, con i Servizi di Salute Mentale, con i pediatri di libera scelta/medici di medicina generale.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una stretta collaborazione operativa anche con i servizi socio-assistenziali ed educativi.

Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

L'ambulatorio svolge le seguenti funzioni:

- effettua una prima valutazione dei pazienti attraverso una valutazione multidimensionale, utilizzando strumenti standardizzati di valutazione e analisi cliniche specifiche
- svolge attività di diagnosi e cura dei pazienti che soffrono di DA e definisce il Piano di Trattamento Individuale (PTI)
- favorisce la completa reintegrazione nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive alla dimissione da qualsiasi punto della filiera assistenziale (ospedaliero/DH, semiresidenziale e residenziale) e garantisce la continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DA, inclusi i rapporti e la consulenza ai MMG/PLS dei pazienti
- cura la comunicazione e la relazione con il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e con le strutture territoriali, residenziali/semiresidenziali e ospedaliere;
- effettua controlli periodici per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi comportamentali in questa sfera che richiedono un'attenzione clinica
- effettua valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate
- svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietologico, inclusa la possibilità di "pasti assistiti"; interventi psicoeducazionali; gruppi di auto aiuto, fisioterapia, ecc..

L'ambulatorio di residenza del paziente dopo idonea valutazione autorizza, con apposito atto formale, l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali e monitora l'andamento del programma terapeutico-riabilitativo.

Il trattamento ambulatoriale è indicato in presenza di un disturbo conclamato e diagnosticabile per la presenza di specifici sintomi alimentari, laddove non sussistano le seguenti condizioni (*fase di compenso*):

- alterazioni di parametri ematochimici
- alterazioni di parametri internistici
- presenza di ideazione suicidaria, comportamenti suicidari o autolesivi recenti
- comorbilità con patologie gravi o difficilmente gestibili in regime ambulatoriale
- presenza di comportamenti antisociali
- opposizione alle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili

Inoltre:

- *non* deve essere necessaria alimentazione assistita (sondino o alimentazione parenterale)
- deve essere presente buon grado di autonomia funzionale o disponibilità di almeno un familiare

3.12.1. Requisiti Strutturali

Il numero locali e degli spazi deve essere dimensionato in relazione alla popolazione servita. Ciascun Ambulatorio dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria e informazioni
- locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi
- locale visita medica
- locale per somministrazione di "pasti assistiti"
- locale per riunioni
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili
- locale spogliatoio per il personale
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco
- spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili
- locale medicheria con armadio farmaceutico

Ogni Ambulatorio deve essere dotato di almeno 2 PC (per le attività relative ai sistemi informativi e per le attività clinico-amministrative), di almeno 2 linee telefoniche e di un fax e, ove necessario, di un'autovettura di servizio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente e:

- numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)
- dotazione di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età.

3.12.2. Requisiti Organizzativi

È assicurata:

- la presenza di medici o psicologi per tutto l'orario di apertura
- l'apertura giornaliera prevista è di almeno 8 ore dal lunedì al sabato, con accoglienza a domanda
- il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere
- la presenza di una figura amministrativa per ogni presidio

L'équipe multidisciplinare con presenza minima di personale con specifica competenza nell'area dei DA comprendente:

- 3 Psicologi specialisti in psicoterapia (di cui 1 con specifica competenza per l'età evolutiva)
- 1 Medico specialista in Psichiatria
- 1 Medico specialista in Neuropsichiatria infantile (18 h/sett.)
- 1 Medico dietologo o Nutrizionista clinico
- 1 Assistente sociale (18 h/sett.)
- 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- 1 Infermiere
- 1 Dietista
- Personale di accoglienza e amministrativo con competenza specifica nell'uso del personal computer

Inoltre deve essere garantita la consulenza a fasce orarie almeno 2 volte a settimana di un Medico specialista in medicina interna e/o endocrinologia.

Nel caso di presa in carico di minori deve essere garantita la consulenza da parte del Medico Pediatra.

Il Responsabile della struttura ambulatoriale può essere un Medico Psichiatra o uno Psicologo (specialista in psicoterapia), con specifica competenza nel campo dei DA.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti funzionali con gli altri servizi dell'area materno-infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i Servizi di Salute Mentale, con il Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i Servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti.

Inoltre devono essere sempre garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di trattamento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

4.13. CENTRO DIURNO (CD) PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

Il Centro Diurno (CD) è una struttura di riabilitazione semiresidenziale nella quale si svolgono interventi terapeutici, riabilitativi risocializzanti rivolti a persone affette da DA.

È un luogo di accoglienza per pazienti, spesso molto giovani, costituito al fine di evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita dei pazienti che necessitano di un sostegno durante la giornata e che necessitano di interventi specifici di tipo terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

Il CD può in molti casi porsi quale alternativa al programma residenziale per evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita, con attività terapeutiche multiple offerte nell'arco della giornata e "pasti assistiti".

I programmi semiresidenziali possono essere differenziati ma il centro deve essere aperto per almeno 6 ore al giorno su 5 o 6 giorni a settimana. Tale struttura è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma riabilitativo psicoterapeutico e nutrizionale e si pone i seguenti *obiettivi specifici*:

- favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia ad esso associata

- promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale
- proporre attività riabilitative che permettano agli utenti di sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e ad un recupero di una vita di relazione
- permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali
- sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti
- favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso

4.13.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma del CD prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione
- il centro deve essere organizzato in moduli costituiti da minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti"
- 1 ufficio di direzione
- 1 segreteria (funzioni archivio *e front office)*
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy)
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.). Nel caso siano presenti minori prevedere uno spazio riservato.
- 1 sala attività motorie o palestra
- uno spazio all'aperto (parco)
- locale di servizio per gli operatori
- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza

4.13.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali e più servizi territoriali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un modello integrato di intervento e deve essere garantita la consulenza del neuropsichiatra infantile in caso di presenza di minori.

Presenza di personale di équipe multidisciplinare con specifica competenza nell'area dei Disturbi Alimentari composta da:

- 1 Medico psichiatra
- 2 Psicologi specialisti in psicoterapia
- 1 Dietista
- 2 Infermieri

- 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale
- Personale di assistenza in relazione alle attività previste
- 1 Istruttore per attività specifiche

Il Responsabile della struttura può essere un medico psichiatra o uno psicologo (specialista in psicoterapia) con specifica competenza nel campo dei DA.

È prevista la presenza di almeno un medico psichiatra/neuropsichiatra infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura.

La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

La struttura, in accordo con l'ambulatorio territoriale di residenza del paziente, deve redigere un *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* che tenga conto del Piano di Trattamento Individuale del paziente.

Nel caso di pazienti minorenni devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento attivo delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana.

Il periodo di chiusura programmata non può superare le 2 settimane consecutive. Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (sociali, educative, ecc.) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Deve essere garantita la possibilità di offrire di studiare ai giovani favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

Il Centro Diurno svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

La struttura residenziale è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma terapeutico-riabilitativo psiconutrizionale indispensabile quando si determinano le seguenti condizioni:

- gravità del quadro clinico internistico e/o psicologico, tale da richiedere lo svolgimento del programma di trattamento in un ambiente protetto;
- inefficacia del programma ambulatoriale, per alte interferenze ambientali;
- condizioni familiari e/o di contesto non adeguate alla gestione del paziente a casa

La struttura consente un trattamento di tipo residenziale ma con caratteristiche molto diverse dal ricovero ospedaliero in acuzie o in ambito psichiatrico. Pertanto, sulla base delle indicazioni al trattamento residenziale e dei conseguenti criteri di accesso, i pazienti con DA ammessi al trattamento residenziale devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbilità psichiatrica in asse I del DSM-5
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni

La durata dell'ospitalità residenziale ha normalmente termine entro 3 mesi. Laddove una documentata valutazione clinica ne rappresenti l'assoluta necessità, tale durata può essere prorogata sino a un massimo complessivo di 5 mesi, previo autorizzazione formale dell'ambulatorio territoriale di residenza del paziente. La permanenza nella struttura residenziale è orientata a consentire un recupero ponderale e/o di compenso dell'equilibrio comportamentale che possa essere accettato dalla paziente. Gli obiettivi specifici dell'intervento terapeutico sono:

- la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso
- il miglioramento delle condizioni cliniche generali
- il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad sesso associata

Il trattamento residenziale è altamente strutturato con attività quotidiane settimanalmente programmate e prevede un programma riabilitativo le cui attività comprendono:

- promozione del cambiamento e delle capacità di insight attraverso colloqui psicologici e trattamenti psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo
- trattamento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad esso associata
- compilazione di una scheda di assessment iniziale
- analisi della motivazione al trattamento
- colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali
- valutazione di laboratorio e strumentale
- esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico, ecc.)
- auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici
- riabilitazione nutrizionale e correzione del pattern alimentare
- pasti giornalieri assistiti
- monitoraggio continuo dei parametri clinici (tra cui il piano alimentare e del peso)
- monitoraggio dell'attività fisica
- colloqui nutrizionali
- attività artistiche, espressive e pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di lingua, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ecc.)
- supporto, informazione e coinvolgimento dei familiari
- intervento educativo
- attività riabilitative di fisioterapia, psicomotricità e di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, ecc)
- assistenza infermieristica continuativa

Deve essere garantita la possibilità di offrire di studiare ai giovani ricoverati per un periodo superiore ai 30 giorni favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Per essere ammesse al trattamento residenziale, le persone con DA devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbilità psichiatrica in asse I del DSM-5
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni

4.12.1. Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma residenziale di riabilitazione intensiva prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione
- il centro deve essere organizzato in moduli minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare
- stanze per il soggiorno residenziale dei pazienti, attrezzate come stanze preferibilmente singole oppure doppie con servizi igienici assistiti
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti"
- 1 ufficio di direzione
- 1 segreteria (funzioni archivio e front office)
- 1 locale comune per ogni area in cui ci sono stanze di degenza
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per massimo 5 pazienti dalla superficie minima di 15 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy)
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.)
- 1 sala TV/gioco
- 1 sala attività motorie o palestra
- uno spazio all'aperto (parco)
- locale di servizio per gli operatori anche esterni
- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza

4.12.2. Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un approccio interdisciplinare integrato. L'équipe per una struttura di 10 posti di residenzialità deve comprendere un Responsabile (un Medico Psichiatra o uno Psicologo specialista in psicoterapia) con almeno 5 anni di esperienza specifica nel campo dei DA e il seguente personale con specifica competenza nel campo dei DA:

- 2 Psicologi specialisti in psicoterapia
- 1 Medico psichiatra
- 1 Medico dietologo o Nutrizionista clinico (18 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Dietista
- 1 Fisioterapista (18 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Infermiere coordinatore (36 ore/sett. - 6 accessi)
- 2 Infermieri (36 ore/sett. - 6 accessi ciascuno)
- 5 Educatori professionali/tecnici di psicologia (copertura sulla 24 ore - 1 operatori a turno durante il giorno, feriali e festivi, ed 1 operatore per la notte)
- 1 Assistente sociale (12 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Impiegato amministrativo (36 ore/sett. - 6 accessi)

La struttura, in accordo con l'ambulatorio territoriale di residenza del paziente, deve redigere un *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* che tenga conto del Piano di Trattamento Individuale del paziente.

Il parere clinico dell'équipe dell'ambulatorio territoriale inviante è dirimente rispetto alla opportunità di inserimento di un minore presso una struttura per adulti. In tal caso l'équipe valuterà attentamente i bisogni assistenziali del paziente, il livello di gravità della patologia e le possibili criticità dell'inserimento; dovrà essere garantita inoltre la consulenza continuativa di un Neuropsichiatra infantile/Psicologo esperto dell'età evolutiva e di un Pediatra.

Il personale indicato va integrato con la dotazione di personale addetto alla cucina e alle pulizie generalmente impiegato in strutture di questa dimensione. Inoltre, devono essere previste consulenze specialistiche a richiesta: Fisiatra, Ginecologo, Endocrinologo, Cardiologo, ecc. Ulteriore personale a quote di orario per laboratori creativi ed espressivi (teatro, danza, musica, psicodramma, ecc.) e attività motorie.

Nella struttura deve essere garantita la presenza di un Medico o di uno Psicologo durante le 24 ore anche attraverso la reperibilità notturna e festiva.

Per le strutture autorizzate con meno di 20 posti letto le figure professionali (tranne la presenza del Responsabile che deve essere sempre garantita) saranno ridotte in proporzione. Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (anche sociali ed educative) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione. Devono essere garantite, in particolare nel caso di pazienti minorenni, la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di trattamento e il coinvolgimento attivo delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

La struttura svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.3a. DAY HOSPITAL (DH) PER I DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

Il Day Hospital (DH) è una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero a complessità medico-specialistica a permanenza diurna, per più ore, in genere con accesso h6 o h12. È funzionalmente collegata alle strutture mediche dell'ospedale e ai servizi territoriali nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine. Nel caso di minori è una valida alternativa al trattamento residenziale o al ricovero ospedaliero.

Come tutte le strutture che si occupano dei DA, è un elemento funzionale che fa parte di una rete che deve operare in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Deve essere garantita la possibilità di studiare ai giovani ricoverati favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Il ricovero ospedaliero in acuzie è necessario, di norma, nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente.

Anche in questo caso deve venir garantito un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale.

Svolge le seguenti funzioni:

- intervento nelle situazioni sub-acute emergenti
- effettuare percorsi diagnostici multidisciplinari

- avviare un trattamento specifico in casi di media/elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24
- abbreviare la degenza e favorire la tempestività della dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- trattamento precoce
- effettuare la nutrizione artificiale
- avvio o recupero del progetto terapeutico inserito nel PTI

1.3a.1. Requisiti Strutturali

Prevede la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici di gruppo e individuali. La sua configurazione ha come riferimento i requisiti del Day Hospital Psichiatrico (punto 4.4.3 allegato C del DCA U0008/2011).

La tipologia del DH deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994, con locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

1.3a.2. Requisiti Organizzativi

Apertura non inferiore a 36 ore settimanali, che possono essere divise in 5 o 6 giorni. Il DH è situato in Aziende Ospedaliere o presidi ospedalieri, garantisce l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.

Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994 e per la tutela della salute mentale in età evolutiva, e con la rete dei servizi/strutture che si occupano di DA.

Considerando che il DH è in collegamento funzionale con i posti letto dedicati per i DA e che pertanto condividono il personale, la dotazione minima di personale (con specifica competenza nell'area dei DA) per un DH fino a 6 posti letto è:

- 1 Psichiatra con formazione psicoterapeutica (o Neuropsichiatra infantile nel caso di strutture per minori)
- 1 Psicologo (con formazione psicoterapeutica e competenza per l'età evolutiva nel caso di strutture per minori)
- 2 Infermieri

È richiesta anche la presenza di un Medico dietologo o nutrizionista clinico (o pediatra nel caso di minori) per almeno 2 giorni a settimana.

Le dotazioni strutturali e di personale del DH possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal DH in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza, come ad esempio la presenza di un Dietista.

Il Day Hospital svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2b. POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "*RESCUE"*)

Finalità e Destinatari

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva

nutrizionale "*rescue*") sono dedicati alla gestione clinico-assistenziale del paziente con malnutrizione per difetto e/ o alterazioni metaboliche derivate da DA di particolare gravità e che ne mettono direttamente in pericolo la vita. Il ricovero ospedaliero in acuzie è necessario, ed assume funzioni di "salva-vita", nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente. Durante il ricovero deve essere garantito un intervento integrato sia dal punto di vista psichiatrico che da quello internistico-nutrizionale.

I posti letto hanno un bacino di utenza regionale.

1.2b.1 Requisiti Strutturali

Nei posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "*rescue"*) vengono seguiti pazienti che richiedono trattamento intensivo mirato, in quanto affetti da gravi e potenzialmente fatali alterazioni organiche tali da comportare pericolo di vita o insorgenza di complicanze maggiori; possono essere collocati organizzativamente e funzionalmente nell'ambito di una terapia intensiva o subintensiva o in una medicina d'urgenza. I posti letto hanno un bacino di utenza regionale e devono essere collocati in una struttura ospedaliera con DEA di 2° livello (pediatrico nel caso di minori).

La configurazione ambientale deve essere preferibilmente a degenza comune (2 letti) con servizi igienici in ciascuna stanza e porta non chiudibile a chiave. Dispone della seguente dotazione di ambienti:

- area di degenza con letti attrezzati e configurata in modo tale da operare agevolmente intorno al letto, permettere l'accesso della barella e la movimentazione delle apparecchiature
- spazio controllo dei pazienti, attrezzato con consolle monitor, esterno all'area strettamente di degenza ma ad essa direttamente connesso
- locale lavoro–medicheria infermieri
- locale riservato a colloquio psicologo/psichiatra
- locale dedicato al pasto assistito
- area colloquio e spazio attesa familiari

Si tratta di un'area di degenza a ciclo continuativo che prevede la presenza di locali e servizi per le diverse forme di trattamento più locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie e incontri con familiari/esterni così come normati nel DCA n. U0008/2011 (punti 1.2.1 e 1.2.2).

I seguenti spazi possono essere in comune con il reparto di appartenenza in caso di contiguità:

- deposito materiale sporco, dotato di vuotatoio
- servizi igienici e spogliatoio per il personale
- stanza per medico di guardia
- deposito attrezzature
- deposito materiale pulito
- locale coordinatore infermieristico
- locale medici
- locale cucinetta

Requisiti per specifici ambienti

- zoccolo lavabile di altezza pari a 2 metri
- pavimenti lavabili e disinfettabili
- colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90% per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti
- vetri antisfondamento, specchi infrangibili

Requisiti Tecnologici

Dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:
- temperatura interna invernale ed estiva 20-24 °C
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%
- ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h
- impianto di gas medicali
- impianto di chiamata con segnalazione acustica luminosa
- impianto elettrico caratterizzato da:
- continuità con alimentazione di sicurezza
- alimentazione di emergenza
- impianto rilevazione incendi

Devono essere garantite, inoltre, le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori.

Dotazione strumentale

- trave testaletto sorgente luminosa, 2 prese per ossigeno, vuoto, aria compressa; 6 o più prese di corrente 220 V; 1 presa interbloccata per apparecchi RX portatili; prese di terra equipotenziali
- letti elettrici per terapia intensive con funzione di emergenza CPR con sistema di articolazione e materassi antidecubito
- 1 monitor multiparametrico a posto letto per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria: con analizzatore tratto ST-T ed aritmie, con allarmi e memoria di 24 ore
- 1 misuratore di pressione arteriosa non invasiva a posto letto, con allarmi e braccioli di diversa misura
- 1 aspiratore a posto letto
- 1 elettrocardiografo a tre-sei canali
- 1 pompa di infusione per un totale di 2 vie a posto letto
- 1 pompa per erogazione nutrizione enterale a posto letto
- 1 respiratore a pressione positiva intermittente
- 1 carrello di emergenza dotato di: defibrillatore, pace maker esterno, materiale per assistenza respiratoria
- presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito
- 1 sollevapazienti
- 1 barella attrezzata con monitoraggio ed O^2 per trasporto pazienti
- 2 bilance pesapersone
- 1 bioimpedenziometro
- 1 apparecchio per emogasanalisi (attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale)
- 1 diafanoscopio
- 1 frigorifero per farmaci con allarme temperatura
- 1 carrello per terapia

Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza, Centrale di Controllo

Si tratta di un'area logisticamente distinta all'interno dell'area dei Posti letto dedicati, sita in prossimità delle degenze, che deve permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi

monitoraggi. In quest'area deve essere prevista l'installazione di ripetitori dei segnali monitorati con relativi allarmi, terminali di reti informatiche, monitor di eventuali TV a circuito chiuso, telefoni, citofoni, interfoni, ecc. Deve essere parzialmente isolata dall'ambiente circostante da una vetrata in grado di attutire la trasmissione dei suoni e garantire la riservatezza dei colloqui tra sanitari. È raccomandabile l'istallazione di un sistema TV a circuito chiuso ad amplificazione di luce con monitor di controllo nella centrale di sorveglianza.

1.2b.2 Requisiti Organizzativi

Dato che dal punto di vista metodologico, l'attività della riabilitazione subintensiva nutrizionale "*rescue*" si caratterizza per il coordinamento tra le diverse professionalità afferenti, al fine di assicurare la necessaria interdisciplinarietà operativa, i posti letto sono funzionalmente integrati e collegati con la Medicina d'Urgenza e con la Rianimazione, con cui condividono il personale. Il personale che vi opera è costituito da:

- Medici in servizio attivo che costituiscono il team fisso, assicurano la presenza continua nell'area e rispondono, dal punto di vista funzionale e gerarchico, al direttore delle UOC di P.S. -Medicina d'urgenza o dalla UO Rianimazione
- Medici "dedicati": trattasi di medici appartenenti ad altre Unità Operative, chiamati a garantire gli interventi specialistici connessi alle esigenze e che per tali attività, rispondono funzionalmente al responsabile della propria unità operativa
- Medici che operano in regime di consulenza: appartenenti ad Unità Operative diverse da quelle afferenti al Pronto Soccorso, dal direttore delle quali dipendono funzionalmente e gerarchicamente. Detti medici consulenti sono tenuti al rispetto del regolamento funzionale del DEA e delle procedure condivise

Considerando che i posti letto sono in collegamento funzionale con la Medicina d'Urgenza e con la Rianimazione e che pertanto ne condividono il personale, la dotazione minima di medici in servizio per 2 posti letto dedicati è:

- 1 Anestesista-Rianimatore o un internista specialista in medicina d'urgenza con esperienza di almeno 5 anni nel trattamento di pazienti acuti critici
- 1 Medico Dietologo o Nutrizionista Clinico o in assenza un Medico Internista o Endocrinologo o Pediatra (nel caso di minori) con comprovata esperienza in nutrizione enterale e parenterale e trattamento delle comorbilità organiche dei DA

Inoltre:

- 1 Infermiere, esperto in B.L.S. (Basic Life Support), ogni 2 pazienti. Il team infermieristico deve essere specificamente formato nel trattamento dei pazienti affetti da DA in fase di scompenso
- 1 Ausiliario o personale equivalente di pulizia

Deve essere garantita l'assistenza specialistica h24.

L'unità si avvale anche della consulenza sistematica di 1 Psichiatra (o Neuropsichiatra infantile nel caso di posti letto per minori) con almeno 5 anni di comprovata esperienza del trattamento dei pazienti affetti da DA.

Sono inoltre definiti e formalizzati rapporti di collaborazione e di immediata consulenza con: Psicologi specialisti in psicoterapia, cardiologi, ginecologi, endocrinologi gastroenterologi, internisti, pediatri, dietisti, ecc.

Svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2c POSTI LETTO DEDICATI AI DA IN PSICHIATRIA

Finalità e Destinatari

I Posti letto dedicati ai DA in Psichiatria sono destinati al trattamento di fasi acute del disturbo o nella riacutizzazione di condizioni croniche, laddove le manifestazioni di natura psichiatrica rappresentino l'aspetto clinico più rilevante e determinante il maggior impegno assistenziale. Sono ubicati in un presidio ospedaliero per la degenza a ciclo continuativo in regime di volontarietà e forniscono cure per pazienti provenienti sia da strutture a minore intensità assistenziale, sia da reparti di medicina che trattano problematiche di tipo internistico correlate ai DA, sia per pazienti con DA provenienti dal territorio.

I posti letto hanno un bacino di utenza regionale e, stante le caratteristiche di massima integrazione con i servizi specialistici presenti nell'ospedale, devono essere funzionalmente collegati ed operare in stretta integrazione con la rete dei servizi ambulatoriali e Day Hospital dedicati al trattamento dei DA nella Regione Lazio. In particolare, devono essere stipulati protocolli di collaborazione con le strutture di interesse operanti nello stesso presidio (quali quelle di Pronto Soccorso, Medicina Interna, Neurologia, Scienze della Nutrizione, Endocrinologia e altri) e con i DSM e i Servizi territoriali della regione dai quali riceve invii o avvia programmi terapeutici e riabilitativi articolati da realizzarsi a breve e medio termine.

Deve essere garantita la possibilità di offrire programmi di studio ai giovani ricoverati favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Vengono svolte le seguenti funzioni:

- attivazione di percorsi diagnostici multidisciplinari e trattamento delle situazioni acute di emergenza psichica non gestibili in ambito extraospedaliero
- interventi volti alla risoluzione o riduzione delle comorbilità che accompagnano i DA e dei loro effetti collaterali, al recupero della capacità di controllo in forme con grave discontrollo degli impulsi, strategie di superamento della resistenza all'alimentazione e al trattamento ove presenti
- integrazione e collegamento con le strutture e i servizi territoriali competenti al fine di garantire la continuità terapeutica
- interventi volti a consentire appena possibile, nei casi a più elevata gravità, il trasferimento del paziente in strutture a minore intensità assistenziale
- assicurare contatto, assistenza e informazioni alle famiglie dei pazienti ricoverati con particolare attenzione alle condizioni di più elevata criticità sul piano relazionale e dell'accudimento
- attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2c.1 Requisiti Strutturali

Si tratta di un'area di degenza a ciclo continuativo per capacità ricettiva minima di 5 posti letto che prevede la presenza di locali e servizi per le diverse forme di trattamento più locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie e incontri con familiari/esterni così come normati nel DCA U0008/2011 (punti 1.2.1 e 1.2.2).

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, in un ambiente quanto più possibile simile a quello della vita quotidiana e di un contesto familiare. La configurazione ambientale deve essere preferibilmente a degenza comune (2 letti) con servizi igienici in ciascuna stanza.

Gli ambienti devono essere dotati di vetri antisfondamento, specchi infrangibili ed eventuali altri requisiti strutturali coerenti alla sicurezza dei pazienti ospitati.

La dotazione di ambienti deve essere la seguente:

- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti"

- 1 ufficio di direzione con segreteria (funzioni archivio *e front office)* con idonee attrezzature informatiche
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.)
- 1 sala con divisori per le lezioni scolastiche personalizzate delle degenti
- 1 sala attività motorie
- locale di servizio per gli operatori
- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni.

1.2c.2 Requisiti Organizzativi

Considerando che i posti letto sono in collegamento funzionale con il DH per i DA e che pertanto ne condividono il personale, la dotazione minima di 5 posti letto dedicati si avvale di personale con specifica competenza nell'area dei DA ed è la seguente:

- 2 Medici Psichiatri con adeguata formazione psicoterapeutica
- 1 Psicologo con adeguata formazione psicoterapeutica
- 1 Infermiere Coordinatore
- 6 Infermieri
- 1 OSS

Deve essere garantita la guardia psichiatrica notturna. Inoltre l'assistenza infermieristica notturna può essere garantita anche in condivisione con reparti limitrofi, se presenti.

L'unità si avvale anche della consulenza sistematica di un Medico dietologo o Nutrizionista clinico per almeno 3 giorni alla settimana.

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO
ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
ASSISTENZA AI PAZIENTI CON DISTURBI ALIMENTARI

RSDA[2] 1 Presa in carico

RSDA 1.1 Progetto riabilitativo
RSDA 1.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente e la sua permanenza nella struttura
RSDA 1.1.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)
RSDA1.1. 3 E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato
RSDA 1.1.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'inserimento che prevedano il confronto tra gli operatori dell'ambulatorio dedicato ai DA inviante e gli operatori della struttura
RSDA 1.1.5 Le schede di accettazione, sottoscritte dagli ospiti, esplicitano gli obiettivi del trattamento, i tempi, il regolamento interno della struttura
RSDA 1.1.6 Sono definite, disponibili e applicate le procedure per una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di relazione interpersonale, al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato
RSDA 1.1.7 Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.
RSDA 1.1.8 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'integrazione progettuale con i servizi territoriali dedicati ai DA di riferimento
RSDA1.1.9 Sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti
RSDA1.1.10 Sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al percorso scolastico, di inserimento lavorativo) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo
RSDA 1.1.11 Vi è evidenza che la struttura organizzi attività ricreative, di socializzazione per gli ospiti
RSDA 1.1.12 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana
RSDA 1.1.13 Esiste evidenza del coinvolgimento dei familiari nei processi di socializzazione degli utenti

RSDA 2. Gestione del rischio

RSDA 2.1 Procedure
RSDA 2.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure specifiche per la gestione del rischio autolesivo e suicidario, delle condotte aggressive e della somministrazione dei farmaci
RSDA 2.2 Rischio professionale
RSDA 2.2.1 Esiste evidenza di un sistema di supervisione del team assistenziale

RSDA 3. Dimissione
RSDA 3.1 Continuità assistenziale

[2] RSDA : Residenziale Semiresidenziale Disturbi Alimentari

RSDA 3.1.1 Sono attivati protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni dell'ambulatorio di riferimento del paziente

RSDA 3.1.2 Sono attivi protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del mantenimento del posto di lavoro o della realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni dell'ambulatorio di riferimento del paziente

RSDA 3.1.3 Sono definiti e messi in atto protocolli per la comunicazione e la relazione con il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e con l'ambulatorio territoriale di riferimento durante il percorso di cura e al termine dell'intervento riabilitativo