



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 289 LEGISLATURA N. IX

delibera
247

DE/ME/SAS Oggetto: Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete
O NC integrata di servizi per la prevenzione e cura dei
disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella
Prot. Segr. Regione Marche
284

Lunedì 30 marzo 2015, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- Di approvare le linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche riportate nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Di dare mandato all'ASUR di implementare la rete dei DCA in integrazione con le Aziende ospedaliere, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, prevedendo sul territorio regionale la presenza di tutti i livelli assistenziali.
- Di dare mandato all'ASUR di consolidare i 3 ambulatori specialistici dedicati per DCA oggi attivi, 1 in AV1, 1 in AV2 (in integrazione con AOU OORRAN) e 1 in AV3-4-5, geograficamente intese, e pianificare e programmare l'attivazione di un quarto ambulatorio in AV3.
- Di dare mandato agli Enti del SSR di programmare in modo coordinato per il triennio 2015-2017 corsi di formazione sui DCA per i professionisti coinvolti.
- Di stabilire che la spesa derivante dall'attuazione del presente atto è a carico dei bilanci degli enti del servizio sanitario regionale nel limite del budget ad essi assegnato.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca

CH



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

1. Normativa di riferimento

National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence, 2004. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG9>

WHO European Office. Mental health of children and adolescents. Facing the challenges and finding solutions. Geneva: World Health Organization, 2005.

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition, APA 2006. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9318>

Piano Socio Sanitario Regione Marche 2012-2014 approvato con deliberazione dell'assemblea legislativa n°38 del 20/12/2011.

Istituto Superiore di Sanità. Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. ISSN 1123-3117. Rapporti ISTISAN. 13/6. Roma, 24-25 ottobre 2012.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th e ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

Conferenza Unificata Stato Regioni. Piano di azioni nazionale per la salute mentale. 24/01/2013.

DGRM 1011 del 9/7/2013. Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitarie nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale.

Ministero della Salute. Quaderni del ministero della salute n. 17/22, luglio-agosto 2013. Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione, 2013.

DGRM 277 del 10/3/2014. Recepimento Accordo Conferenza Unificata del 24/01/2013 sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" e costituzione Gruppi di lavoro per il Piano di Azioni regionale per la Salute Mentale.

DGRM 1331 del 25/11/2014. Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013.

DGRM 111 del 23/02/2015. Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali.

CP



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. Motivazione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) – anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*, EDNOS)– sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi occidentali. Si specifica che l'obesità, pur rappresentando un problema di salute molto importante, non rientra, come da letteratura internazionale e nazionale, tra i DCA e che il suo percorso clinico-assistenziale verrà trattato in seguito.

I DCA rappresentano oggi un problema sociosanitario complesso, che negli ultimi anni ha registrato un notevole incremento suscitando un forte allarme sociale.

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza *lifetime* dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED.

Negli ultimi anni, si è riscontrato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA che iniziano a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile. Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età del loro esordio fino a interessare i bambini, nei quali si registra una prevalenza pari a circa l'1% di AN e BN.

I trattamenti richiedono l'integrazione di varie competenze (psichiatri, psicologi, nutrizionisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, internisti, endocrinologi, neuropsichiatri infantili). Gli interventi psichiatrici-psicologici e gli interventi nutrizionali si basano sulle evidenze scientifiche.

Nel capitolo X Integrazione sociale sanitaria dell'Area Salute Mentale del Piano Socio Sanitario regionale 2012-2014 viene specificatamente riportato: *"Nell'ambito dei percorsi terapeutico-assistenziali del territorio verranno inoltre programmate e attuate specifiche azioni di presa in carico e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare in forte integrazione tra l'area della Salute mentale, l'area dell'Assistenza territoriale con riferimento al Direttore di Distretto, le discipline mediche interconnesse, il sistema dei servizi sociali, le organizzazioni del terzo settore e del privato sociale impegnate in questo ambito."*

La Regione Marche inoltre, con il recepimento del Piano di azioni nazionale per la salute mentale, nel marzo 2014, riconosce tra gli obiettivi specifici prioritari il miglioramento dei disturbi del comportamento alimentare ed indica come azione la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA in collaborazione tra DSM, NPI, MMG e strutture ospedaliere.

Attualmente presso la Regione Marche risultano attivi alcuni ambulatori pubblici (Pesaro, Ancona, Fermo), non sempre con professionisti dedicati, in rete e coordinati ed alcune strutture ospedaliere di ricovero per la fase acuta (NPI Salesi, SOD di Endocrinologia dell'AOU OORRAN) ed una struttura privata accreditata convenzionata per la fase post-acuta (Casa di Cura Villa Igea con 8 posti letto). Esiste anche una offerta privata di professionisti che operano in maniera individuale e frammentaria, senza condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali. Inoltre, sono presenti in Regione diverse associazioni di genitori e pazienti che da anni si impegnano a sostenere le famiglie dei pazienti affetti da DCA.

Ne consegue la necessità di una azione complessiva di indirizzo regionale per un orientamento ai servizi che si occupano di DCA che, nell'intento di superare l'attuale frammentazione delle azioni, fornisca un quadro di riferimento chiaro e articolato per lo sviluppo di interventi integrati, coordinati e professionalmente qualificati in integrazione pubblico-privato accreditato.

Cl



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In allegato 1 sono descritte le Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche, prodotte e condivise dal gruppo di lavoro multidisciplinare istituito presso l'Agenzia sanitaria Regionale per conto del Servizio Sanità e costituito da professionisti di varie specialità nel dicembre del 2014. Sono rappresentate nel gruppo di lavoro l'ASUR e le Aziende Ospedaliere, oltre che le Associazioni di Genitori e Pazienti.

Per tutto quanto sopra esposto si propone pertanto:

- Di approvare le linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche riportate nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Di dare mandato all'ASUR di implementare la rete dei DCA in integrazione con le Aziende ospedaliere, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, prevedendo sul territorio regionale la presenza di tutti i livelli assistenziali.
- Di dare mandato all'ASUR di consolidare i 3 ambulatori specialistici dedicati per DCA oggi attivi, 1 in AV1, 1 in AV2 (in integrazione con AOU OORRAN) e 1 in AV3-4-5, geograficamente intese, e pianificare e programmare l'attivazione di un quarto ambulatorio in AV3.
- Di dare mandato agli Enti del SSR di programmare in modo coordinato per il triennio 2015-2017 corsi di formazione sui DCA per i professionisti coinvolti.
- Di stabilire che la spesa derivante dall'attuazione del presente atto è a carico dei bilanci degli enti del servizio sanitario regionale nel limite del budget ad essi assegnato.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Elisabetta Esposito

Elisabetta Esposito

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente del Servizio Sanità
Piero Ciccarelli

La presente deliberazione si compone di n. 21 pagine, di cui n. 16. pagine di allegati che fanno parte integrante e sostanziale della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

CA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DI UNA RETE INTEGRATA DI SERVIZI PER LA PREVENZIONE E CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) NELLA REGIONE MARCHE

1. Premessa

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) – anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*, EDNOS)– sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi occidentali. Si specifica che l'obesità, pur rappresentando un problema di salute molto importante, non rientra, come da letteratura internazionale e nazionale, tra i DCA e che il suo percorso clinico-assistenziale verrà trattato in seguito.

I DCA rappresentano oggi un problema sociosanitario complesso, che negli ultimi anni ha registrato un notevole incremento suscitando un forte allarme sociale.

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza *lifetime* dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED.

Negli ultimi anni, si è riscontrato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA che iniziano a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile. Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età del loro esordio fino a interessare i bambini, nei quali si registra una prevalenza pari a circa l'1% di AN e BN.

Riportando i dati di letteratura nazionale alla realtà della Regione Marche, considerando una popolazione femminile adulta (681.186 donne con età > 18 anni. Dati ISTAT 2014), si stima la presenza di circa 40.000 donne adulte residenti nella Regione Marche con DCA e un numero di circa 60 nuovi casi di AN e circa 80 nuovi casi di BN all'anno.

Analizzando i dati delle esenzioni (cod. 005.307.1 e 005.307.51) al mese di marzo 2015, risultano presi in carico con esenzione n. 479 pazienti, di cui il 95% di sesso femminile. Circa il 14% risulta essere minorenni.

Analizzando i dati delle SDO anno 2013 comprensivi della mobilità passiva extraregione, per i soli Residenti Regione Marche con diagnosi principale e secondarie (prima e seconda) di AN, BN e EDNOS, sono risultati 117 ricoveri presso strutture ospedaliere della Regione e 46 ricoveri presso strutture ospedaliere fuori regione. Dei 163 ricoveri, 83 avevano una diagnosi principale e secondarie (prima e seconda) di AN, 30 di BN e 50 EDNOS. Per quanto riguarda i ricoveri in strutture della regione circa il 44% (51/117) ha riguardato minorenni e in strutture fuori Regione il 50% (23/46) soggetti adulti.

Nelle Marche le strutture ospedaliere che principalmente ricoverano i pazienti con DCA sono l'AOU OORR AN-Salesi con 25 ricoveri, AOU OORRAN-Umberto I con 25 ricoveri, Fermo con 11 e Fano con 11 ricoveri. Le discipline che principalmente dimettono pazienti con DCA sono: NPI, Medicina Generale, Pediatria, Psichiatria e l'Endocrinologia.

I cittadini marchigiani con DCA che si rivolgono a strutture ospedaliere fuori regione, scelgono preferenzialmente Ospedali dell'Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto.

ck



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In totale per la parte ospedaliera, i costi sostenuti per assistere i pazienti marchigiani con diagnosi principale e secondarie (prima e seconda) di DCA sono pari a circa 496.000 euro, di cui circa 213.000 euro in mobilità passiva.

Per quanto riguarda i ricoveri residenziali, dai dati forniti da ASUR, sono state assistite fuori regione in un anno più di 10 persone per un costo di circa 330.000 euro e circa 35 persone presso la struttura residenziale di Villa Igea per un costo di circa 157.700 euro. Da segnalare l'esistenza di una tendenza a ricorrere al privato non convenzionato.

I DCA necessitano di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare integrato.

L'integrazione delle professionalità è intesa come condivisione di competenze specialistiche all'interno di un processo diagnostico-terapeutico, non come mera giustapposizione di abilità specifiche o sovrapposizione di ambiti professionali.

L'intervento terapeutico da praticare nei disturbi dell'alimentazione viene deciso sulla base di una valutazione clinica che prende in considerazione i seguenti elementi:

- il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità;
- le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica;
- il profilo personale e psicopatologico del paziente (compresa la prevedibile aderenza alla cura);
- l'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche;
- la storia di eventuali trattamenti precedenti;
- le dinamiche familiari e la situazione socioambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico).

Inoltre, come sottolineato dalla conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, l'intervento deve essere modulato in rapporto all'età del paziente.

La valutazione deve essere interdisciplinare ed effettuata da un'equipe specialistica che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture della rete regionale per i disturbi dell'alimentazione.

La terapia dei disturbi dell'alimentazione richiede **strutture e personale formato sui DCA**, che assicurino un approccio interdisciplinare sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza.

I livelli di terapia utili (ambulatorio, degenza) sono **prescelti in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente**.

Questi trattamenti richiedono l'integrazione di varie competenze (psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, nutrizionisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, internisti, endocrinologi, neuropsichiatri infantili). Sul versante psichiatrico-psicologico, le psicoterapie hanno un ruolo essenziale. Tra gli interventi nutrizionali vanno citati il pasto assistito (nell'ambito di un programma di riabilitazione psiconutrizionale) e i supplementi nutrizionali orali.

Per la cura dei disturbi del comportamento alimentare la Regione Marche intende proporre, in linea alle indicazioni ministeriali, i **seguenti setting assistenziali**:

- cure primarie: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- setting ambulatoriale specialistico (con trattamento standard e intensivo);

Cl



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- riabilitazione residenziale e semiresidenziale;
- ricovero ordinario.

2. I *setting* assistenziali

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- **l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato**, che coinvolge psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
- **la molteplicità dei contesti di cura**, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione semiresidenziale e residenziale indirizzata agli stati gravi di malnutrizione, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita.

Risulta quindi fondamentale costituire una rete integrata fra i servizi territoriali (MMG, PLS, ambulatorio specialistico, semiresidenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri, caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra i professionisti dei programmi e degli interventi da attuare.

2.1. Cure primarie: Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

Sebbene i nuovi casi di anoressia nervosa non siano un'evenienza comune nell'ambito della medicina di famiglia – in media un medico di famiglia con 1500 assistiti ha uno o due pazienti che soffrono di questo disturbo –, la bulimia nervosa e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati raggiungono una prevalenza di circa il 5% tra le giovani donne e, quindi, sono di più facile osservazione da parte del medico di medicina generale.

Il ruolo del MMG e del PLS è fondamentale per un'individuazione precoce dei soggetti a rischio di DCA, per l'indirizzo dei pazienti con sospetto DCA al centro ambulatoriale di riferimento e per aiutare nel monitoraggio del buon andamento dei comportamenti del paziente una volta che questo termina il periodo di trattamento specialistico.

L'impiego di alcuni semplici questionari di screening può facilitare questo processo.

Nei gruppi ad alto rischio può essere utile utilizzare un questionario di screening, come l'EAT-26 e lo SCOFF, in allegato A i due test di screening.

Va comunque sottolineato che i questionari non permettono di porre una diagnosi, ma solo di considerare il paziente a rischio di avere un disturbo dell'alimentazione.

2.2. Setting ambulatoriale specialistico

L'ambulatorio risponde all'esigenza di avere a disposizione un centro a diretto contatto sia con il territorio sia con le altre strutture sanitarie specifiche (medico di medicina generale, ospedale, servizio di salute mentale, strutture residenziali). Esso costituisce il **nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica** e svolge **funzione di filtro** per i successivi livelli terapeutici e di ricovero ordinario, di ricovero residenziale e semiresidenziale, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica e terapeutica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di **controllo**

CR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

L'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio ha il compito pertanto di effettuare la valutazione interdisciplinare e specialistica composta da:

- valutazione internistico-nutrizionale;
- valutazione psicologico-psichiatrica.

Le valutazioni verranno eseguite secondo le scale scientificamente validate.

Sulla base di questa valutazione l'équipe farà la diagnosi di DCA, prenderà in carico il paziente e provvederà a compilare la cartella clinico-assistenziale integrata. Verrà poi deciso l'ideoneo setting di cura e definito e redatto il **PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)**.

Al paziente con diagnosi di DCA sarà assegnato dalla équipe multidisciplinare il relativo codice di esenzione (cod. 005.307.1 e 005.307.51).

Il trattamento ambulatoriale rimane l'approccio di elezione e consente di mettere in atto il programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente.

L'approccio terapeutico ambulatoriale ai DCA di norma prevede l'utilizzo combinato e contemporaneo del trattamento nutrizionale e psichiatrico e/o psicoterapeutico rivolto al paziente, ed un eventuale trattamento di supporto o terapeutico per i familiari.

Il trattamento ambulatoriale include l'utilizzazione di psicoterapie la cui efficacia è basata sull'evidenza, ma spesso non si limita a questo. Coinvolge diverse figure professionali in una prospettiva integrata e include, ove indicato:

- gli interventi motivazionali;
- la psicoterapia individuale o di gruppo;
- il supporto e la psicoeducazione dei familiari;
- la gestione psicofarmacologica;
- la riabilitazione nutrizionale;
- la gestione complicanze internistiche sub-acute e croniche.

I centri in grado di erogare questo tipo di terapia devono avere a disposizione diverse figure professionali che lavorano in modo integrato, in conformità a un progetto terapeutico integrato condiviso con il paziente ed, eventualmente, i familiari, denominato **PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)**.

Tra le figure professionali coinvolte, tutte di comprovata esperienza e competenza professionale, vi sono lo psichiatra, il neuropsichiatra infantile, lo psicologo/psicoterapeuta, l'internista, il nutrizionista, l'endocrinologo, il dietista, l'educatore e l'infermiere professionale.

Il nucleo essenziale dell'ambulatorio specialistico è costituito da uno psichiatra (di norma coordinatore ed afferente al DSM), da un medico internista esperto in nutrizione e da uno psicologo/psicoterapeuta esperto in DCA. Si specifica che in caso di minori le funzioni dello Psichiatra sono svolte dal Neuropsichiatra infantile. L'ambulatorio specialistico, pur afferente al DSM, dovrà avere degli spazi dedicati collocati al di fuori del Servizio Salute Mentale.

Poiché i professionisti che operano all'interno dei DCA possono appartenere a diversi dipartimenti, anche di diverse aziende, risulta importante l'integrazione funzionale fra gli stessi.

CR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La condivisione del progetto terapeutico all'interno dell'equipe richiede da parte di tutte le figure professionali una capacità di collaborazione integrata con rispetto delle reciproche competenze, la discussione collegiale dei casi e una gestione concordata e unitaria delle difficoltà proposte dai singoli casi e dei tentativi manipolativi messi in atto dai pazienti resistenti al trattamento.

In genere, come indicato nel documento ministeriale, si stima che il trattamento ambulatoriale dell'anoressia nervosa richieda almeno 12-24 mesi, mentre nella bulimia nervosa il trattamento dura dai 6 ai 12 mesi. Tali tempistiche risultano indicative in quanto il tempo di trattamento deve essere formulato rispetto alle caratteristiche del paziente.

Gli ambulatori specialistici di riferimento, in linea con l'attuale *expertise*, sono istituiti presso:

Area vasta geograficamente intesa	DSM
AV1	DSM Pesaro
AV2	DSM Ancona
AV3-4-5	DSM Fermo

Si specifica che gli stessi potranno essere ubicati anche all'interno delle Aziende Ospedaliere.

Al fine di rendere il servizio più accessibile alla cittadinanza, a tendere, sarà istituito un ulteriore quarto ambulatorio specialistico di riferimento presso l'AV3, sede di Macerata.

Circa il 30% dei pazienti non risponde al trattamento ambulatoriale "standard" sovradescritto e pertanto va inserito in un livello assistenziale superiore.

All'interno del setting ambulatoriale, esiste un **livello terapeutico ambulatoriale intensivo (centro diurno)** indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale "standard".

La terapia ambulatoriale intensiva è stata ideata per affrontare 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) e quando ci sono specifiche le condizioni di necessità (rientro da una struttura residenziale, difficoltà di gestione dei pasti in autonomia, problematiche familiari importanti). Una volta affrontati con successo questi ostacoli, il trattamento continua con la terapia ambulatoriale "standard". In tal modo si evita il ricorso a trattamenti intensivi più costosi, come il day-hospital e il ricovero.

Il trattamento ambulatoriale intensivo/centro diurno può includere una combinazione delle seguenti procedure:

- 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);
- sedute di psicoterapia individuale o di gruppo;
- sedute con il dietista;
- una visita medica a settimana;
- incontri con i familiari o il coniuge individuali e di gruppo (sempre nel caso degli adolescenti, se il paziente acconsente nel caso degli adulti), per discutere come creare un ambiente a casa che fa-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ciliti gli sforzi del paziente di mantenere i cambiamenti dell'alimentazione al di fuori dell'ambulatorio.

Il trattamento può durare di norma 12 settimane, prorogabile in seguito a valutazione dell'équipe multidisciplinare, ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili dello scarso progresso con la terapia ambulatoriale "standard".

Per quanto riguarda i minori, il riferimento per il trattamento ambulatoriale intensivo/centro diurno è la SOD di NPI dell'AOU OORRAN.

2.3. Riabilitazione residenziale

La riabilitazione residenziale rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- il livello di gravità e comorbidità 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 cliniche, concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato;
- precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Nello specifico, come indicato nelle linee guida ministeriali, ci sono quattro situazioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo:

- la mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo;
- la presenza di rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

Il ricovero residenziale è proposto dall'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio di riferimento, quando uno o più dei seguenti criteri risultano soddisfatti:

1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida

- Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura

2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

- Basso peso corporeo (indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$)
- Rapida perdita di peso ($> 1 \text{ kg}$ a settimana per almeno 6 settimane)
- Elevata frequenza di vomito autoindotto
- Elevata frequenza di uso improprio di lassativi
- Elevata frequenza di uso improprio di diuretici
- Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea $< 17,5 \text{ kg/m}^2$
- Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica

3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

- Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)
- Depressione grave con o senza rischio suicidario
- Elevata impulsività
- Uso improprio di sostanze

4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale

- Isolamento sociale
- Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa
- Ambiente familiare problematico

Il periodo considerato ottimale per il trattamento di questa tipologia di pazienti è di norma 90 giorni, prorogabile previa valutazione multidisciplinare.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

È utile far seguire al ricovero riabilitativo un periodo di semiresidenziale/centro diurno, per permettere ai pazienti di sperimentare l'esposizione ai fattori stressanti ambientali, di consumare gradualmente i pasti al di fuori della struttura e nello stesso tempo di continuare ad avere il supporto di una terapia intensiva.

Secondo le norme vigenti, tale ricovero è previsto per strutture residenziali pubbliche o private accreditate RD2.1 in caso di minori e SRP.1 o in SRP.2.1 e SRP 2.2. in caso di adulti, secondo gli standard dalla DGRM 1331/2014.

Per quanto riguarda l'autorizzazione ed accreditamento tali tipologie sono assimilabili a strutture afferenti alla Salute mentale di cui alla L. 20/2000 e L. 20/2002.

La valutazione diagnostica dei pazienti ricoverati nelle strutture di riabilitazione deve essere multidimensionale e includere come nel setting ambulatoriale ed ospedaliero le due aree:

- valutazione internistico-nutrizionale;
- valutazione psicologico-psichiatrica;

Al momento dell'ammissione, sulla base della valutazione diagnostica multidimensionale, viene redatto il **Piano Assistenziale Individualizzato Riabilitativo (PAI-R)**.

Il PAI-R deve includere i seguenti parametri:

- *Situazione attuale*: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia e alla disabilità.
- *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 e delle disabilità correlate 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. (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: raggiungere un indice di massa corporea superiore ai 19 kg/m² per i pazienti sottopeso; mantenere il peso nell'intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso; ridurre di 2 kg/m² l'indice di massa corporea nei soggetti obesi-bed); migliorare la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione (riduzione del 10% del punteggio all'EDE); migliorare la gravità clinica del disturbo dell'alimentazione (riduzione del 10% del punteggio al CIA); migliorare la sintomatologia psichiatrica generale.
- *Aree di intervento specifico*:
 - Psicoterapia individuale;
 - Psicoterapia di gruppo;
 - Gruppi psicoeducazionali;
 - Riabilitazione nutrizionale;
 - Riabilitazione fisica;
 - Gestione delle complicanze mediche/psichiatriche.

CS



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'unità di riabilitazione deve informare periodicamente il centro ambulatoriale di riferimento sull'andamento del trattamento. Oltre a contatti informali periodici, l'unità di riabilitazione deve eseguire almeno due valutazioni formali (dopo 4 settimane di cura e una settimana prima della fine del trattamento), da inviare e discutere con il centro ambulatoriale di riferimento.

La ricaduta dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei disturbi dell'alimentazione. L'unità di riabilitazione deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute post-ricovero si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con frequenza bi-settimanale nel primo mese dopo la dimissione o almeno una visita settimanale e un contatto telefonico o via e-mail tra una visita settimanale e l'altra.

Adattamenti da apportare per il ricovero riabilitativo per i minori

I minori (età < 18 anni) dovranno alloggiare in stanze separate dagli adulti. Durante i permessi di uscita devono essere sempre accompagnati da un adulto. Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, dovrà prevedere le seguenti procedure aggiuntive:

- incontri con la famiglia;
- possibilità di studio nella struttura riabilitativa.

2.4. Ricovero Ospedaliero

In alcuni pazienti con disturbo dell'alimentazione si può rendere necessaria un'ospedalizzazione in condizioni di acuzie, sia per il rischio medico sia per quello psichiatrico.

Il ricovero in UO/SOD per acuti deve essere effettuato per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche (complicanze cardiovascolari, disidratazione, emocoagulazione, ipoglicemia sintomatica, disfunzione multiorgano). Infatti, tale livello viene chiamato anche "ricovero salvavita". In questa fase l'obiettivo prioritario non è quello riabilitativo, bensì quello di correggere le alterazioni elettrolitiche, nutrizionali e metaboliche e di ripristinare le condizioni psico-fisiche del paziente al fine di permettere la prosecuzione dell'iter terapeutico presso un altro livello di trattamento.

I criteri di accesso generali sono pertanto rappresentati da:

- dati di laboratorio indicanti una situazione ad alto rischio *quoad vitam*;
- presenza di gravi complicazioni mediche, come il diabete, compromissioni epatiche, renali, cardiovascolari che richiedono un trattamento in acuto.

Qualsiasi intervento, sia di rialimentazione per os sia di nutrizione artificiale, deve essere discusso e concordato con lo psichiatra o con lo psicologo, tenendo in considerazione sia le esigenze mediche sia gli aspetti psicologici. Nel caso di minori va discusso anche con i genitori o tutore legale.

In tabella sono mostrati alcuni dei segnali per adulti che richiedono un intervento medico di emergenza:

Misura	Valore di allerta
Indice di massa corporea (kg/m ²)	< 13,0
Pressione sistolica (mmHg)	< 80
Pressione diastolica (mmHg)	< 50
Frequenza cardiaca (battiti/min)	< 40
QT nell'elettrocardiogramma	> 450 sec.
Polso aritmico	+

As



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Glicemia (mg/dl)	< 50
Potassio (mEq/L)	< 2,5
Sodio (mEq/L)	< 130
Temperatura (°C)	< 34,5

Per quanto riguarda il ricovero per adulti in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), lo stesso è motivato dalla presenza di gravi comorbidità psichiatriche:

- scompenso psicotico,
- eccitamento maniaco,
- grave depressione,
- suicidalità.

L'ospedale che può ricoverare pazienti adulti o pediatrici è un Presidio Ospedaliero sede di DEA di I o II livello, 1 per Area vasta o inter-area vasta geograficamente intesa, in allineamento con i tre centri specialistici ambulatoriali. Nella tabella sottostante sono indicate le UU.OO./SOD di riferimento:

Area vasta geograficamente intesa	Presidio ospedaliero	Unità Operativa/SOD
AV1	AO Marche Nord	UO Medicina Interna
AV2	AOU OORR AN	SOD Endocrinologia e malattie del ricambio SOD NPI
AV3-4-5	POU- Fermo	UO Medicina Interna

Il personale delle UO/SOD dei presidi ospedalieri che fungono da riferimento per il ricovero salvavita dovrà essere adeguatamente formato sia dal punto di vista dell'approccio terapeutico che dal punto di vista relazionale.

In casi selezionati, sarà la NPI dell'AOU OORRAN, in accordo con il centro ambulatoriale di riferimento, a valutare la necessità di trasferire il minore presso una pediatria ASUR o AOMN, sede di DEA di I livello, per avvicinarlo al territorio di residenza.

Nel caso il ricovero per adulti presso un presidio ospedaliero presenti una situazione clinica di particolare gravità, il paziente potrà essere trasferito ad una struttura di secondo livello, ovvero presso la Clinica di Endocrinologia della AOORR di Ancona.

Nel caso il ricovero presso un presidio ospedaliero non sia concordato dall'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio dove è in cura il paziente, sarà l'UO/SOD a prendere contatti con l'équipe stessa per informare e progettare la dimissione protetta. Nel caso il paziente non fosse già in carico ad un centro ambulatoriale di riferimento, si procederà alla segnalazione del caso al centro ambulatoriale di competenza per residenza per la presa in carico e la dimissione protetta.

Tra i disturbi psichiatrici, l'AN è quello che presenta i più alti indici di mortalità. Quando la salute fisica o la vita stessa del paziente sono in pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, con un'incrollabile resistenza a ogni tentativo di persuasione, è necessario considerare l'indicazione a un TSO.

Questo deve essere considerato come una risorsa terapeutica estrema, quando ogni altra possibilità terapeutica è stata esplorata.

AP



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'Unità Psichiatrica di Degenza Ospedaliera (SPDC), dovrà operare in collaborazione con il centro ambulatoriale di riferimento.

Per i minori il ricovero in SPDC non è indicato e lo stesso dovrà essere effettuato presso la NPI dell'AOU OORRAN, che pertanto dovrà adeguare almeno una stanza con posti letto dedicati e con personale adeguatamente formato.

3. Continuità delle cure

Il passaggio da un livello di trattamento ad un altro, in assenza di una sequenzialità obbligatoria, costituisce la normalità all'interno di un percorso di cura personalizzato e basato su un approccio terapeutico integrato e interdisciplinare, che può durare anche svariati anni.

Il passaggio di setting terapeutico può avvenire sia da un livello di intervento ad un più intensivo, che viceversa. Il criterio utilizzato più frequentemente per passare ad un livello di cura più intenso è la mancata risposta al livello di trattamento in atto. Il passaggio opposto deve avvenire qualora le condizioni del paziente risultino migliorate, andando a rappresentare quindi la continuazione del percorso terapeutico, e/o quando l'intensità del livello di trattamento si rivela non più appropriato.

In ogni caso è necessario tenere conto che il passaggio di setting è un momento particolarmente delicato sia che si aumenti l'intensità del trattamento che viceversa, in cui il paziente è ad alto rischio di destabilizzazione e pertanto è molto frequente che si verifichino fenomeni di drop-out. Per questo motivo tale passaggio deve essere effettuato con molta attenzione sia da parte dell'équipe inviante sia da parte della ricevente, ponendo particolare attenzione agli aspetti specifici del paziente.

In particolare, per ogni paziente sarà il case manager dell'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio specialistico ad occuparsi di tutte le fasi della transizione e a tenere i contatti tra le équipe terapeutiche dei diversi setting.

Per facilitare la transizione del paziente tra i vari spazi di cura è necessario attuare e mantenere la realizzazione di una rete assistenziale integrata dove tutti livelli assistenziali coesistano.

Questa modalità permette di diminuire il drop-out e garantisce al paziente una continuità nella cura.

Tutte le informazioni cliniche e gli interventi attuati dovranno essere descritti nella cartella clinico-assistenziale integrata, nel rispetto delle normative vigenti. Al fine di omogeneizzare la documentazione sanitaria, dovrà essere adottata un unico modello di cartella ambulatoriale che verrà redatto e condiviso dal tavolo tecnico DCA.

Nella Figura 1 è esemplificato il diagramma di flusso del percorso diagnostico-assistenziale dei DCA.

4. Prevenzione

La prevenzione primaria risulta difficile da attuare in quanto l'eziologia è multifattoriale e i fattori di rischio identificati sono poco specifici. I progetti di prevenzione DCA basati su un approccio educativo-informativo rivolti agli adolescenti e realizzabili in un contesto scolastico hanno dimostrato di aumentare i livelli di conoscenza sui DCA, ma non di produrre cambiamenti comportamentali o attitudinali. Ciò può essere dovuto ad alcuni "punti deboli" quali:

- il rivolgersi in maniera non selettiva;
- mancato coinvolgimento emotivo.

Pertanto, la prevenzione dovrebbe agire su vari livelli quali la vulnerabilità personale, l'influenza di fattori socio-culturali, i meccanismi di apprendimento socio-culturale, gli aspetti di comorbidità psico-patologici, è

Ar



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

quindi fondamentale che l'intervento di prevenzione si inserisca in modo più ampio all'interno di un percorso di promozione della salute fra gli adolescenti.

La prevenzione secondaria viene intesa come riduzione del tempo tra l'esordio della malattia e l'inizio delle cure, pertanto è essenziale promuovere la diagnosi precoce di questi disturbi, attraverso la sensibilizzazione e formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei medici ospedalieri, dei professionisti dei consultori, delle UMEE, di pazienti, famiglie e insegnanti. Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi nelle aree a rischio elevato, come i settori dello sport, della moda e della danza.

La prevenzione terziaria consiste nella riduzione del danno in un disturbo ormai conclamato e coincide con l'ambito del trattamento.

Gli interventi di prevenzione vanno stabiliti e attivati in accordo con il Centro di coordinamento regionale DCA e con eventuale supporto delle associazioni dei familiari e dei pazienti. La prevenzione va attuata in linea con il Piano nazionale e regionale della Prevenzione e secondo le evidenze scientifiche e le linee ministeriali.

5. Il ruolo delle associazioni dei familiari e dei pazienti

Le associazioni di familiari e dei pazienti sono una realtà importante della politica di intervento nell'ambito della prevenzione e cura dei DCA, sia per quanto concerne la Regione Marche che in ambito nazionale.

Le Associazioni non si sovrappongono all'intervento del Servizio, ma intervengono in tutti quegli ambiti, afferenti alla patologia che non sono di specifica competenza degli stessi ma che contribuiscono in maniera altrettanto efficace al percorso di guarigione.

Le associazioni svolgono pertanto nell'ambito del territorio delle nostre province le seguenti attività:

Attività di informazione, orientamento e sostegno nella fase di esordio della malattia, accompagnando ed orientando le persone verso i servizi territoriali dedicati, e sostenendole nei momenti più critici sia della patologia che della terapia, laddove c'è una disponibilità della persona ad intraprenderla.

In proposito, le Associazioni operano in sinergia ed integrazione con le Aziende sanitarie e ospedaliere.

Ruolo istituzionale delle associazioni

Le associazioni, rispetto ai diversi contesti istituzionali con i quali interagiscono, possono svolgere un ruolo propositivo nella programmazione e gestione dei servizi alla persona, facendosi portavoce delle istanze e del diritto alla salute dei cittadini, perché rispondano in maniera efficace ed adeguata ai bisogni reali delle persone coinvolte nella patologia e dei loro familiari. Hanno inoltre il compito di tutela rispetto all'attuazione dei percorsi di cura.

Sostegno alla famiglia e al paziente

Le associazioni presenti nelle Marche promuovono attività di sostegno alla famiglia, anch'essa direttamente coinvolta nella problematica, attraverso interventi educativi e di mutuo-aiuto, avvalendosi a volte della consulenza di esperti per affrontare tematiche specifiche legate alla gestione della sofferenza e delle difficoltà relazionali. Tale contesto consente ai familiari di recuperare un ruolo attivo potenziando, nel confronto con i pari, le proprie abilità educative e genitoriali, così da rendere più efficace lo stesso percorso terapeutico intrapreso presso un servizio specialistico.

CR



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Attività di supporto nella fase della dimissione e del reinserimento sociale

Le associazioni possono svolgere un ruolo importante nella fase di dimissione del soggetto in carico ad un servizio specialistico (ambulatoriale o residenziale), svolgendo attività di supporto per un più adeguato reinserimento sociale e lavorativo.

6. Formazione e ricerca

Le figure professionali che operano nel campo dei disturbi dell'alimentazione sono molteplici e, in genere, hanno una formazione di base eterogenea, che si deve amalgamare con la dimensione interdisciplinare del lavoro clinico e con il lavoro in rete tra le diverse strutture operanti sul territorio regionale (supervisione clinica delle équipes, formazione comune, organizzazione dei servizi). Sarà pertanto necessario e prioritario un periodo di formazione/organizzazione di tutte le figure coinvolte nella rete da parte di professionisti con elevato *expertise* di centri di riferimento nazionali e mantenere nel tempo attiva la supervisione e la formazione delle équipes terapeutiche.

Attività formative saranno rivolte ai MMG e PLS per rafforzare e rendere omogenea la capacità di diagnosi precoce di DCA e a tutti i professionisti che operano all'interno dei nodi della rete.

Va inoltre sottolineata l'importanza di inserire all'interno dei corsi di formazione universitari in ambito socio-sanitario e psicologico momenti formativi relativamente ai DCA.

I programmi della ricerca, coordinati dalla UO NPI dell'AOU OORRAN e dall'UNIVPM, andranno indirizzati verso lo studio ed analisi dell'epidemiologia, dei fattori di rischio (genetici, sociali, familiari, psicologici, biologici etc) e degli esiti del percorso terapeutico. In particolare la SOD di NPI sarà il centro di riferimento tecnico-scientifico per i medici specialisti in Pediatria e NPI della Regione Marche per il trattamento DCA e sede di trial clinici specifici.

7. Centro di coordinamento regionale

Per un'efficace organizzazione dell'assistenza nel territorio della nostra Regione, è attivato un tavolo tecnico che dovrà essere costituito dalle seguenti figure professionali:

Dirigente Servizio Sanità o suo delegato con funzioni di Coordinatore

1 Referente dell'Agenzia Sanitaria Regionale

1 Referente medico psichiatra tra i 3 Centri ambulatoriali di riferimento

Referente neuropsichiatra infantile della SOD NPI AOU OORRAN

Referente neuropsichiatra infantile territoriale

1 Referente medico tra le 3 UO/SOD dei presidi ospedalieri nodi della rete DCA

1 Psichiatra referente per la residenzialità

1 Medico di Medicina Generale

1 Pediatra di Libera scelta

1 Direttore Sanitario referente per le due Aziende Ospedaliere o suo delegato

1 Direttore Sanitario ASUR o suo delegato

1 Direttore di Distretto o suo delegato

1 Referente tra i rappresentanti delle associazioni dei familiari e pazienti

1 Psicologo esperto in DCA

1 Educatore o 1 Infermiere esperto in DCA

1 Referente Dipartimento di Prevenzione

Ar



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il tavolo tecnico di coordinamento regionale ha le funzioni di:

- condivisione degli strumenti di valutazione diagnostica e definizione di strumenti comuni per la valutazione dell'esito;
- redazione e condivisione del modello di cartella clinico-assistenziale ambulatoriale integrata;
- osservatorio epidemiologico regionale sui disturbi dell'alimentazione, per migliorare le conoscenze sulla prevalenza e l'incidenza di questi disturbi nel territorio e per stabilirne le variazioni nel corso del tempo, anche in funzione della programmazione delle strutture dedicate al loro trattamento;
- monitoraggio delle attività delle unità ambulatoriali specialistiche;
- costruzione, condivisione e analisi degli indicatori di processo ed esito;
- programmazione e coordinamento di interventi di prevenzione attraverso rapporti con le scuole, con gli insegnanti e con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- coordinamento con le strutture di riabilitazione (pubbliche e convenzionate) presenti nel territorio, per garantire la continuità della cura;
- garantire il rispetto delle linee guida nazionali e regionali in tema di DCA.
- definizione di protocolli di collaborazione inter ed intra-aziendali;
- collaborazione con le associazioni dei familiari, per una corretta informazione sui disturbi dell'alimentazione, le loro potenziali cause e il loro trattamento, anche attraverso la diffusione di materiale informativo, contatti con la stampa e altri mezzi di comunicazione (televisione, internet);
- programmazione di interventi di formazione comuni per il personale dei centri di riferimento.

Il tavolo tecnico DCA regionale potrà lavorare anche per sottogruppi e chiedere il supporto, se necessario, di professionisti referenti ministeriali/nazionali per approfondire specifiche tematiche.

As

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A: Test di screening EAT 26 e SCOFF

TEST di screening EAT 26

	mai	raramente	qualche volta	spesso	molto spesso	sempre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

CP

H



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Legenda correzione del test di screening EAT 26

Il punteggio totale del test si ottiene sommando i punteggi ottenuti nelle singole domande.
Per le prime 25 domande assegnare i seguenti punteggi alle risposte:

(Sempre=3 punti, di solito=2 punti, spesso=1 punto, talvolta=0 punti, raramente=0 punti, mai= 0 punti)

Per l'ultima domanda invece, (domanda 26) assegnare i seguenti punteggi alle risposte:

(Sempre=0 punti, di solito=0 punti, spesso=0 punto, talvolta=1 punto, raramente=2 punti, mai= 2 punti)

Il paziente necessita di ulteriori approfondimenti se è presente almeno 1 dei seguenti criteri

1. Un punteggio uguale o **superiore a 20** nell'EAT-26
2. Almeno **una risposta affermativa** ad una delle cinque domande comportamentali
3. Indice di massa corporea (BMI) **inferiore a 18**
4. Sensazione di avere qualche problema con il cibo e richiesta spontanea di consulenza specialistica

TEST SCOFF

	si	no
• Ti induci il vomito quando ti senti eccessivamente pieno ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ti preoccupi se hai perso il controllo su quanto hai mangiato ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recentemente hai perso più di 6 kg in un periodo di 3 mesi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pensi di essere grasso, mentre gli altri dicono che sei troppo magro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diresti che il cibo domina la tua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ogni risposta si vale 1 punto. Si consiglia invio per consulenza al centro specialistico in caso di punteggio ≥ 2 .

AW

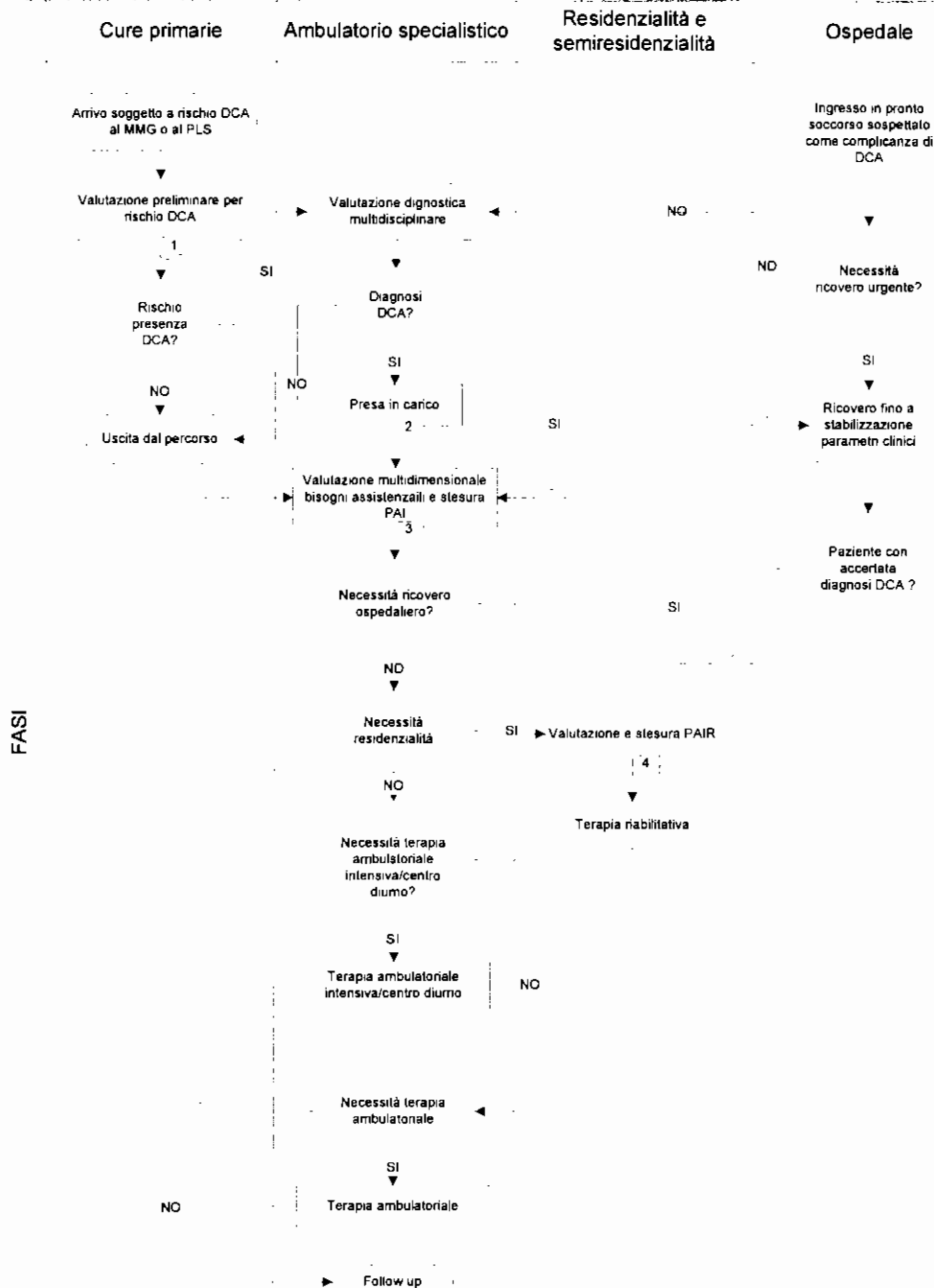
AW



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Figura 1. Diagramma di flusso del percorso diagnostico-assistenziale dei DCA.

Diagramma di flusso percorso diagnostico terapeutico DCA



FASI

- 1) Test screening
- 2) Cartella clinico-assistenziale ambulatoriale integrata
- 3) PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)
- 4) PAI-R (Piano Assistenziale Individualizzato Riabilitativo)

Handwritten signature