





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Oggetto: DGR n. 247/15 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 - Integrazione.**

LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal dirigente del 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;

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

**VISTA** la proposta del dirigente del Servizio Sanità;

**VISTO** l'articolo 28, primo comma, dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

1. di integrare la DGR n. 247/15 "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" secondo quanto riportato nell'Allegato 1, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.
2. di incaricare l'ASUR di individuare la struttura erogante pubblica o privata accreditata più appropriata, sulla base di quanto esplicitato dall'Allegato 1.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Fabrizio Costa

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Con la DGR n. 247/15 "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" si declinava, in ottica multidisciplinare integrata, l'approccio diagnostico terapeutico per la prevenzione, diagnosi e cura dei Disturbi del Comportamento alimentare.

In base a:

- tipo di disturbo dell'alimentazione, durata e gravità;
- condizioni fisiche generali del paziente ed ev. alterazioni degli indici di funzionalità organica
- profilo personale psicopatologico (compresa la aderenza alla cura)
- eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche
- la storia di eventuali trattamenti precedenti
- dinamiche familiari e socio ambientali
- età del paziente

deve essere selezionato il setting assistenziali più adeguato per fornire la risposta terapeutica-assistenziale capace di portare alla guarigione il paziente.

I setting d'assistenza citati nella DGR n. 247/2015 prevedono:

- cure primarie;
- setting ambulatoriale specialistico e diurno
- riabilitazione residenziale
- ricovero ordinario

Tuttavia tra i settings assistenziali non è stato incluso il ricovero in riabilitazione che previsto nel cod 56 con MDC 10 o 19 potrebbe utilmente inserirsi nella cura dei pazienti sia come momento da far seguire ad un ricovero ordinario prima di poter riportare il pz ad assistenza ambulatoriale/diurno sia quando indicato il ricovero in struttura residenziale di tipo extra ospedaliero. In sostanza in tutti i casi intermedi, il setting d'assistenza di riabilitazione ospedaliera, previsto in molte regioni italiane, viene a colmare un bisogno che in taluni pazienti si realizza.

I Quaderni del Ministero della Salute (2012) chiariscono la necessità che tra le fasi di cura si inserisca a pieno titolo "L'unità di riabilitazione intensiva ospedaliera" e precisa "La riabilitazione intensiva ospedaliera va eseguita in un reparto specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione che sia in grado di fornire al paziente un programma che integri la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica.

*In Italia queste strutture sono state sviluppate sia in reparti di riabilitazione intensiva nutrizionale sia in reparti di riabilitazione psichiatrica.*

*Questo tipo di intervento andrebbe praticato preferibilmente in un'unità aperta, per permettere ai pazienti in condizioni mediche stabili di avere permessi di uscita giornalieri e di ricevere visite.*

*Elementi chiave del trattamento dovrebbero essere lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilità del paziente nel cambiamento comportamentale. L'unità aperta, rispetto ai tradizionali reparti chiusi, ha il vantaggio di esporre i pazienti a un ampio numero di stimoli ambientali che possono contribuire al superamento del disturbo dell'alimentazione, una strategia fondamentale per ridurre il deterioramento dopo la dimissione e limitare la dipendenza dei pazienti nei confronti della struttura.*

*L'organizzazione di un reparto di riabilitazione ospedaliera richiede che il trattamento sia attuato da un'equipe multidisciplinare, tipicamente costituita da psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e operatori socio-culturali."*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le situazioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo ospedaliero sono:

- 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.

Tutte le strutture comprese nella rete d'assistenza per la gestione dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero rispondere a criteri di qualità strutturale e di processo, al fine di offrire al paziente un'assistenza ottimale. In particolare, è opportuno che siano presenti le figure professionali prima elencate e che siano attuate le procedure diagnostiche e terapeutiche prima descritte.

Ovviamente il PAI, Piano assistenziale individuale è indispensabile nel momento dell'ingresso in una struttura riabilitativa; il case manager deve mantenere la continuità assistenziale nei diversi setting assistenziali per dare la continuità ed evitare la parcellizzazione della cura.

per tutto quanto sopra espresso, si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

**Il Responsabile del Procedimento**

(dott. Angelo Di Mattia)

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'**

Il sottoscritto esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

**Il Dirigente**

Luca Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 7 pagine, di cui n. 3 di allegati.

**Il Segretario della Giunta**

Fabrizio Costa



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**RIABILITAZIONE OSPEDALIERA INTENSIVA PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO  
ALIMENTARE - DCA (cod. 56)**

Sebbene non esistano delle linee guida universalmente riconosciute per il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva, vi sono però dei criteri che si basano, essenzialmente, sull'esperienza clinica di vari autori, e che sono ampiamente accettati dalla comunità scientifica internazionale. E' stato dimostrato infatti, che il fatto di ritardare un trattamento ospedaliero riabilitativo intensivo, in questi casi, può essere molto pericoloso e che la mortalità dei pazienti con Anoressia Nervosa curati con protocolli di riabilitazione nutrizionale intensiva è significativamente inferiore a quella di pazienti curati in cliniche mediche o in ospedali psichiatrici non specializzati in DCA.

I criteri per la scelta di un trattamento riabilitativo intensivo nella Anoressia Nervosa sono i seguenti:

1. Severa o rapida perdita di peso corporeo associata a complicanze mediche, psicologiche e sociali che richiedono un trattamento ospedaliero.
2. Mancata risposta al trattamento ambulatoriale o in day-hospital, con assenza di miglioramenti nel peso o in altri sintomi del disturbo (abbuffate, vomito autoindotto, ecc.).
3. Presenza di una significativa patologia psichiatrica associata che ostacola l'intervento ambulatoriale (disturbo depressivo maggiore, severo disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo border-line di personalità con comportamenti impulsivi, abuso o dipendenza di sostanze, comportamenti auto-lesionistici gravi), ma non elevato rischio suicidario.
4. Presenza di complicazioni mediche severe (ipopotassiemia marcata, anomalie cardiache, presenza di diabete mellito, ecc.).
5. Necessità di separare il paziente dalla famiglia.

Nonostante l'anoressia nervosa rappresenti, nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, la patologia prevalente, gli interventi previsti per le prestazioni afferenti la disciplina del cod. 56 nel contesto psiconutrizionale sono da intendersi comprensivi anche di tutte le altre forme di disturbo dell'alimentazione che necessitano di una fase di riabilitazione intensiva in un contesto ad elevata tutela come è appunto quello ospedaliero.

Gli obiettivi specifici dell'intervento di riabilitazione intensiva ospedaliera sono quelli di erodere ed interrompere i principali fattori fisici e psico-sociali implicati nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo. Il trattamento deve essere effettuato da una équipe multidisciplinare, composta da medici (con competenze internistiche e psichiatriche), psicologi-psicoterapeuti, dietisti e personale infermieristico specificamente addestrato. L'intervento terapeutico applicato nel corso di questo tipo di interventi è generalmente di tipo multidisciplinare e deve includere:

- Valutazione diagnostica multidimensionale (internistica, psichiatrica e nutrizionale)
- Assistenza ai pasti (riabilitazione nutrizionale, con la tecnica della pianificazione dei pasti e dell'alimentazione meccanica)
- Intervento psicoeducativo
- Psicoterapia (individuale e/o di gruppo)
- Intervento sul disturbo dell'immagine corporea
- Intervento sulla famiglia
- Terapia farmacologica (in alcuni casi)



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva ha una durata solitamente a 30 gg con un abbattimento della tariffa del 40% una volta superato il valore soglia. ....

L'obiettivo principale rimane quello di far raggiungere al paziente almeno il 90% del peso corporeo atteso (o comunque un Indice di Massa Corporea superiore a 18,5), considerando un aumento di peso medio di 1-1,5 kg la settimana e comunque un recupero biopsicosociale tale da consentire l'inserimento del paziente in un setting assistenziale di minore intensità.

All'interno delle Strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate della Regione Marche può essere presente un settore di degenza riabilitativa (Cod. 56) rivolta ad erogare prestazioni di tipo specialistico relativamente ai disturbi del comportamento alimentare (reparti DCA). Considerato che la struttura dovrebbe, per il bacino di utenza regionale, essere unica per coinvolgere nella medesima i pazienti, evitando di inserirli nelle numerose sedi dove si effettuano codici 56, si ritiene che l'ASUR individui all'interno delle strutture pubbliche o private accreditate la struttura idonea a tal scopo.

Pertanto i requisiti afferenti alle Unità Operative che ricoverano pazienti con diagnosi da DCA devono rispettare quelli stabiliti dai manuali di autorizzazione ed accreditamento per la riabilitazione ospedaliera intensiva attualmente vigenti nella Regione Marche. Requisiti che di seguito vengono ribaditi ed esplicitati per la patologia in esame.

### **LE PROCEDURE DI INTERVENTO**

Per quanto riguarda il percorso assistenziale il soggetto inviante è rappresentato dall'Equipe del Centro Ambulatoriale di riferimento, già esplicitato nella DGR 247/2015, che deve orientare il paziente verso il setting assistenziale più appropriato. Nel caso di pazienti da inviare presso reparti di riabilitazione intensiva (cod. 56), il paziente sarà ammesso solo con la presenza di uno specifico piano assistenziale individuale (PAI), redatto dai centri ambulatoriali presenti sul territorio regionale. Questo allo scopo di garantire una continuità terapeutica-assistenziale, riportando inoltre gli esiti degli interventi bio psico sociali raggiunti dal paziente e prevedere una degenza coerente con il piano assistenziale individuale (PAI) (derogabile oltre al valore soglia solo sulla base di un progetto riabilitativo assistenziale comprovante la necessità del prolungamento del ricovero, in questo caso senza abbattimento tariffario). La titolarità della presa in carico rimane in capo al Centro Ambulatoriale che la condivide via via con i diversi setting di riferimento.

Per un intervento più efficace delle prestazioni eseguite presso un reparto ospedaliero cod. 56 per la riabilitazione psiconutrizionale vanno garantiti inoltre i seguenti aspetti operativi:

1. Il team deve essere costituito da specialisti per DCA di area psichiatrica e psicoterapica e internistico-nutrizionale. Al team di base potranno essere affiancati per casi specifici e per la corretta gestione medica altri specialisti. La stabilità del team e la comunicazione interdisciplinare è indispensabile. Il team interprofessionale per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione psiconutrizionale è composto almeno da: medico psichiatra, psicologo, dietista, internista /dietologo con una specifica formazione per i DCA. Il team interprofessionale per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione nutrizionale è composto almeno da: medico psichiatra, psicologo, internista /dietologo con una specifica formazione per i DCA. Deve essere garantita la funzione di segretario sociale. Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero dei p.l. dedicati) almeno due operatori (infermieri/OTA) h 24, 7 giorni su 7. La presenza dello psichiatra è garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore. Per le restanti ore è garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O., secondo modalità da definirsi a livello aziendale.
2. Deve essere definita una modalità organizzativa specifica per la gestione / trasferimento in caso di urgenza. Devono essere definiti con le strutture invianti protocolli di appropriatezza dei ricoveri, in linea con i requisiti previsti dalla programmazione e dalle linee guida regionali. Devono esistere procedure di attiva-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

zione dei servizi sociali. Devono esistere infine procedure di dimissione concordate con i servizi territoriali contenenti le modalità della presa in carico del paziente attraverso definiti piani assistenziali individualizzati.

3. Devono essere concordati con il Laboratorio e la Radiologia (convenzionale, comprensiva di ecografia, TAC e RMN) di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore, 7 giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello delle attività presenti sono disponibili per tutte le attività. Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura, sono presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta.
4. Deve essere disponibile la consulenza cardiologica. Tra le consulenze disponibili, secondo le specifiche necessità in riferimento alle aree di attività, la consulenza cardiologica è considerata requisito essenziale.

### LA CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

Al fine di sviluppare un'adeguata partecipazione di tutto il personale coinvolto nelle Équipe Multidisciplinari ad hoc costituite, si ritiene necessario formalizzare alcune caratteristiche che i percorsi formativi a riguardo debbano garantire.

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori, per la specificità dei DCA, è garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti o fra professionisti della stessa struttura che partecipano alla gestione dei casi in cura. La competenza clinica di professionisti e operatori, acquisita a seguito dell'attivazione di percorsi clinico assistenziali di specializzazione, deve essere sempre documentata.

La formazione viene svolta su tre livelli:

- Nell'ambito della struttura principale di lavoro (cod. 56). Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- Nell'ambito della riabilitazione DCA (Ambulatori DCA), aperta ad operatori del volontariato, del privato accreditato e del DSM;
- Con servizi e professionisti (rete territoriale) che svolgono attività di collaborazione con la riabilitazione DCA, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise. Sono previste attività per l'integrazione tra l'équipe curante e di prevenzione del burn-out tramite sedute di supervisione.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è programmata secondo quanto previsto a livello nazionale e regionale, in ragione della tipologia e dell'evoluzione delle conoscenze richieste.

La struttura si deve impegnare ad attuare modalità organizzative tali da favorire la condivisione fra tutti i nodi della rete della Regione Marche di cui alla DGR 247/2015 dei passaggi del paziente da un'équipe all'altra (esempio passaggi legati a necessità di diversa intensità terapeutica), e permettere di seguire il paziente evitando ripetizione inutili di esami, valutazioni e altre indagini. Ogni équipe struttura i propri interventi facendo riferimento a percorsi terapeutici con i relativi riferimenti ed evidenze scientifiche, strutturati, valutati in itinere e al follow-up. Ogni struttura specialistica per DCA indica, nella propria carta dei servizi i modelli terapeutici con le evidenze di riferimento. Il cod 56 rappresenta infine un'integrazione esaustiva della filiera assistenziale per pazienti con DCA di cui alla dgr 247/15, completando quanto già previsto con prestazioni riabilitative intensive di carattere ospedaliero.