

ERRATA CORRIGE

Deliberazione della Giunta Regionale 5 febbraio 2013, n. 7-5304

**Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa). Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010.**

*Per mero errore materiale l'allegato A della deliberazione della Giunta regionale 5 febbraio 2013, n. 7-5304, è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale n. 9 del 28 febbraio 2013 in modo errato. Si ripubblica qui di seguito la summenzionata deliberazione in modo corretto (ndr).*

A relazione dell'Assessore Monferino:

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche definite dagli esperti della Accademy of Eating Disorders, in ogni classificazione psichiatrica, *severe mental illness* (Klump et al. 2009) e necessitano di trattamenti specializzati, ad alto livello di integrazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi industrializzati. I primi sintomi dei DCA insorgono in età evolutiva e, secondo la letteratura scientifica, il tasso di prevalenza tende ad aumentare, mentre l'età di insorgenza tende sempre più ad abbassarsi (Favaro et al. 2009), coinvolgendo la fase della preadolescenza.

I dati epidemiologici più recenti riportano che nei paesi occidentali la prevalenza lifetime dei Disturbi del Comportamento Alimentare (comprendenti anoressia bulimia e alcuni tipi di obesità psicogena come i BED binge eating disorders) nella popolazione generale si attesta attorno al 5% (Lancet Treasure et al. 2010). In particolare, per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, ovvero limitandosi solo alle forme a più diretto rischio per la vita, i dati epidemiologici a livello internazionale indicano, sempre nei Paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte dell'1-3% per la bulimia nervosa e dello 0,5-1% per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate da un minor numero di sintomi rispetto ai due quadri clinici principali, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile. Le donne con anoressia in Italia secondo Eurispes (1999) sono circa 25.000; quelle con bulimia circa 100.000.

Riguardo le problematiche alimentari è da prendere in considerazione anche l'emergente problema della diffusione del disturbo da alimentazione incontrollata e dell'obesità, che attualmente costituisce uno dei più grandi problemi di salute pubblica, dato che 1 persona su 3 ne è affetto negli USA (Flegal et al. 2010), 1 persona su 10 in Piemonte (Sesto rapporto sull'obesità 2006) ed 1 ragazzo tra i 14 e i 18 anni su 10 è sovrappeso in Piemonte (Abbate Daga et al. 2007). L'obesità è stata considerata troppo spesso solo una malattia medica con origini metaboliche e genetiche, e pensata per essere trattata dalla medicina somatica, includendo il trattamento dietetico, farmacologico o chirurgico ed escludendo quello psichiatrico. Questa separazione è errata, e la ricerca ed il trattamento dell'obesità sarebbero meglio serviti da una maggiore comprensione delle componenti psicosociali dell'obesità. Ci sono somiglianze cliniche tra obesi, bulimiche ed anoressiche (come gli eccessivi tentativi di controllare il peso, il comportamento binge eating) e sono condivisi alcuni fattori di rischio (come la bassa autostima, il locus of control esterno, l'abuso infantile e la trascuratezza genitoriale, la dieta, l'esposizione ai media, l'insoddisfazione per l'immagine corporea, la derisione legata al peso e i geni suscettibili condivisi) (Day et al. 2009).

I disturbi alimentari se non trattati in tempi e con metodi adeguati, possono diventare una condizione permanente e nei casi gravi portare alla morte. I tassi di mortalità per anoressia superano il 10% (Steinhausen 2002): è la malattia psichiatrica con tasso di mortalità più elevato; le patologie di tipo anoressico e bulimico rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

Se trattati, i DCA possono risolversi nell'arco di tre-quattro anni e nel 70-80% dei casi la guarigione è stabile con o senza sintomi residui sottosoglia (Kaye 2009). Chi ha sofferto di queste patologie è più soggetto di altri a nuovi episodi, anche dopo anni.

L'aumento della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare, da soli o in codiagnosi con altri disturbi, ha assunto negli ultimi anni, anche nella regione Piemonte, un rilievo significativo, tale da determinare l'esigenza di un'azione mirata, per affrontare il problema sia in termini preventivi sia mediante qualificati percorsi di cura, come già attuato o in via di attuazione in altre Regioni italiane, ove attualmente i pazienti piemontesi devono essere inviati per percorsi terapeutici residenziali, come si evince dai dati in possesso delle Aziende Sanitarie Regionali e degli Uffici regionali.

I DCA necessitano di un approccio interdisciplinare integrato; questa necessità è sottolineata dal documento pubblicato dalla Commissione di Studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa del Ministero della Sanità [Agenzia Sanitaria – ASI. Commissione di studio ministeriale per l'Assistenza ai pazienti con DCA (marzo 1997). Linee guida per la sperimentazione di un sistema integrato di servizi per prevenire e curare i DCA (maggio 2002)] e da numerosi articoli scientifici (Practice guideline for the treatment of patients with Eating Disorders. Third Edition, APA 2006).

L'approccio interdisciplinare e un percorso integrato della continuità assistenziale deve articolarsi in livelli definiti di competenza e deve prevedere una effettiva interrelazione fra i vari professionisti/strutture organizzative ospedaliere ed extraospedaliere che intervengono sul percorso. La rete terapeutica appropriata che ne deriva è composta dai servizi ospedalieri (ambulatorio intensivo, day-hospital, ricovero ordinario) e territoriali (ambulatorio, centro diurno, residenzialità) e richiede un coordinamento a carico di una struttura ospedaliera o ospedaliero-universitaria regionale dedicata.

Nel livello territoriale intervengono, quali attori principali, in prima istanza, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, i consultori familiari, pediatrici e per adolescenti. Le azioni principali sono quelle di *screening* e di intercettazione dei pazienti potenzialmente affetti da DCA.

In caso di conferma di patologia del disturbo di comportamento alimentare, i pazienti che necessitano di protocolli terapeutici complessi (PTC) vengano avviati a setting ambulatoriale "intensivo" ospedaliero (ambulatorio, reparto di degenza dedicato o in day hospital dedicato). I pazienti che non necessitano di protocolli terapeutici complessi vengono avviati al setting ambulatoriale territoriale [Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)].

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con D.C.R. n. 137 – 40212 del 24 ottobre 2007, al cap. 3 "Promozione della salute e prevenzione", punto 3.10.3 prevedeva, per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e sorveglianza nutrizionale:

- "l'attivazione ed il potenziamento di centri di accoglienza e programmi di informazione/indirizzo/orientamento in integrazione tra servizi [...] per favorire l'integrazione tra percorsi di prevenzione e promozione della salute e percorsi diagnostico-terapeutici in soggetti e gruppi a rischio:

- l'attivazione di progetti mirati alla prevenzione e alla cura di disturbi alimentari (anoressia e bulimia) che colpiscono in particolare il genere femminile".

Con D.G.R. n. 56-12703 del 30 novembre 2009 "Attivazione di strutture residenziali per la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare. Affidamento alla Struttura complessa a direzione universitaria denominata "CPR Cura Prevenzione ricerca disturbi comportamento alimentare" dell' AOU San Giovanni Battista di Torino (attuale dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute della Scienza della Città di Torino), dell'incarico di avviare un percorso di ricognizione delle soluzioni attivabili a livello regionale" si incaricava la CPR di individuare due iniziative attivabili a livello territoriale, valutando le eventuali proposte presentate dalle ASL e di presentare gli esiti della ricerca alla Direzione Regionale Sanità.

Altresì, la suddetta Deliberazione, prevedeva l'attivazione a livello regionale, in conformità alla normativa vigente di due strutture residenziali per la riabilitazione dei DCA con un numero massimo di 20 posti letto ciascuna con specializzazione differenziata.

Con nota del 1 febbraio 2010 il Direttore della suddetta Struttura complessa dell' AOU San Giovanni Battista di Torino accetta l'incarico in ottemperanza di quanto previsto dalla summenzionata D.G.R. n. 56-12703/2009.

Con nota del 25 febbraio 2010 la CPR individuava due progetti di due strutture idonee - con relativo progetto gestionale inoltrato alla Direzione Sanità dalle rispettive Direzioni Generali, così come indicato dalla D.G.R. n. 56-12703/2009 -, di cui un progetto presentato dal Comune di Prunetto, sul territorio dell'ASL CN1, per la realizzazione di una struttura residenziale ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale di pazienti con DCA gravi e tendenti alla cronicizzazione e un secondo progetto presentato dalla Logicon & Partners presso il Comune di Soriso, sul territorio dell'ASL NO per la realizzazione di una struttura residenziale a bassa intensità medico-psichiatrica e ad alta intensità psico-socio-educazionale.

La DGR 96-13749 del 29 marzo 2010 - "Attribuzione all'AOU San Giovanni Battista di Torino di funzioni di Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare ed avvio, a livello sperimentale, di una struttura per la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare ad alta intensità terapeutico-riabilitativa." - ha individuato, data l'esperienza specifica maturata, quale Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, la Struttura Complessa a Direzione Universitaria Psichiatria - CPR Cura Prevenzione Ricerca Disturbi Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute della Scienza della Città di Torino (allora denominata Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino).

I compiti specifici del Centro Esperto Regionale per la cura dei DCA sono:

1. formazione:
  - 1.1. attività di formazione e di supporto del personale operante sia in ambito ospedaliero che territoriale e comunitario;
  - 1.2. addestramento specifico degli operatori di riferimento del singolo paziente
2. supporto nella presa in carico delle persone con DCA al fine di ottimizzare il percorso:
  - 2.1 formulare o confermare la diagnosi;
  - 2.2 informare la persona, la famiglia e il MMG/PLS sulla diagnosi e sul percorso della malattia,
  - 2.3 eseguire la valutazione multiprofessionale della persona con DCA,
  - 2.4 mantenere la continuità di cure in stretta collaborazione con i servizi territoriali e/o ospedalieri,
  - 2.5 favorire un adeguato processo di territorializzazione delle cure nel rispetto della scelta del paziente con coordinamento tra Centro Esperto Regionale DCA e Dipartimento di Salute Mentale,
  - 2.6 effettuare, presso la SCDU Psichiatria CPR DCA dei PTC ambulatoriali, i ricoveri di degenza per i casi gravi nel caso di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, che non possono essere inviati per gravità o per scarsa motivazione in comunità, e dei ricoveri parziali presso Day Hospital di Psichiatria per quei casi che necessitano di mantenere un contatto continuo con il proprio contesto sociale e familiare e che necessitano di una stretta monitoraggio dei parametri clinici ad un livello non attuabile presso una comunità psichiatrica;
  - 2.7 valutare le condizioni del paziente con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa per un eventuale inserimento, a completamento del percorso diagnostico terapeutico, in comunità riabilitativa residenziale.

Altresì, con la D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010, summenzionata, veniva previsto l'avvio, a livello sperimentale di una struttura di non più di 20 posti letto per la riabilitazione dei DCA ad alta intensità terapeutica, riabilitativa riservata alle forme più gravi da un punto di vista psico-patologico e nutrizionale nell'immobile denominato "Cascina Coste" messo a disposizione del Comune di Prunetto in Provincia di Cuneo.

Con nota del 29 novembre 2012 il Comune di Prunetto richiede all'Assessorato Tutela della Salute e Sanità l'attuazione della D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010, evidenziando il tempo trascorso dalla emanazione della suddetta deliberazione.

Con nota del 13 dicembre 2012 la Direzione Sanità richiede, ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione, parere obbligatorio ma non vincolante di compatibilità, ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/1992 e s.m.i e delle D.D.G.R. n. 32- 29522 del 1° marzo 2000 e n. 46-528 del 4 agosto 2010, all'Azienda Sanitaria Locale CN1 per 20 posti letto di Comunità riabilitativa ad alta intensità psichiatrica-nutrizionale per pazienti affetti da DCA presso l'immobile denominato "Cascina Coste" messo a disposizione del Comune di Prunetto.

Con nota del 21 dicembre 2012, agli atti della Direzione Sanità, l'ASL CN1 comunica il parere favorevole alla verifica di compatibilità richiesta agli atti della Direzione Sanità.

La Regione Piemonte individua e autorizza in via sperimentale, per la durata di tre anni, in virtù delle sopraccitate considerazioni e della D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010, nel suddetto immobile "Cascina Coste" di Prunetto, 20 p.l. per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale, con tariffa giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale, caratterizzati in:

- 1 Nucleo di 10 p.l. per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale, i cui requisiti organizzativi, gestionali e tariffa giornaliera sono presenti nell'Allegato A, i Criteri di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) e Criteri di invio alla Comunità Riabilitativa nell'Allegato B, le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato C, il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato D del presente provvedimento;
- 1 Nucleo di 10 p.l. per la riabilitazione ad alta intensità psico-socio-educazionale i cui requisiti organizzativi, gestionali e tariffa giornaliera sono presenti nell'Allegato A, i Criteri di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) e Criteri di invio alla Comunità Riabilitativa nell'Allegato B, le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato C, il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato D del presente provvedimento;

Considerata la particolare tipologia di pazienti, non contemplata nella programmazione sanitaria di cui alla D.G.R. n. 32-29522/2000, si rende necessario, a conclusione della sperimentazione, adottare gli eventuali necessari provvedimenti di programmazione.

Con D.G.R. n. 63 – 12253 del 28 settembre 2009 sono stati normati i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche. Sia nel dispositivo sia nell'Allegato A della suddetta deliberazione è stabilito che "qualora la Regione definisca nuove tipologie di strutture residenziali non comprese nell'elenco delle tipologie esistenti e richiamate nell'Allegato B della presente deliberazione, il relativo provvedimento dovrà contenere, oltre alla definizione dei requisiti strutturali e gestionali, anche le modalità per il rilascio del titolo autorizzativo ed i criteri specifici per l'accreditamento".

Pertanto, ai sensi della D.G.R. n. 63-12253/2009, l'ASL CN1 è competente a rilasciare l'autorizzazione al funzionamento alla struttura Comunità Riabilitativa Terapeutica "Cascine Coste": per quanto attiene i requisiti strutturali di cui alla D.C.R. 357-1370 del 28 gennaio 1997 - con la precisazione che i requisiti strutturali delle RAF (citati dalla D.C.R. n. 357-1370/1997) sono da intendersi sostituiti dai requisiti previsti dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, mentre i requisiti organizzativi, gestionali e relative tariffe sono quelli previsti nell'Allegato A del presente provvedimento, in quanto la tipologia in oggetto ha carattere sperimentale e non è, di conseguenza, contemplata nella normativa succitata.

La struttura autorizzata al funzionamento deve presentare, ai sensi della D.G.R. n. 63-12253/2009, alla Regione Piemonte istanza di accreditamento con il sistema pubblico, secondo i "Requisiti per l'accreditamento di Comunità Riabilitativa Terapeutica e Comunità Riabilitativa Educazionale"

previsti nell'Allegato E del presente provvedimento. Il Modulo di richiesta di accreditamento sarà oggetto di determinazione dirigenziale del Settore competente della Direzione Regionale Sanità, così come previsto nel dispositivo della D.G.R. n. 63-12253/2009.

La sperimentazione della Comunità Riabilitativa Terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale ha una durata triennale, periodo congruo tale da consentire l'acquisizione di esaustivi elementi qualitativi e quantitativi, che permettano, allo scadere dei tre anni di sperimentazione di valutare l'eventuale passaggio dalla fase sperimentale a quella a regime oppure il termine della sperimentazione stessa, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

Visto il carattere sperimentale la Regione deve verificare con cadenza annuale la permanenza, in capo alla struttura accreditata, dei presupposti e dei requisiti che hanno dato luogo all'accredimento. La verifica viene effettuata dalla Regione - anche avvalendosi della competente Commissione di Vigilanza dell'ASL CN1 - (così come stabilito dalla predetta D.G.R. n. 63-12253/2009) ed attiene al mantenimento della coerenza programmatica, dei requisiti, nonché dei positivi risultati dell'attività erogata.

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede, con voto unanime reso nelle forme di legge,

*delibera*

di approvare, per le motivazioni espresse in premessa,

- la sperimentazione di una Comunità riabilitativa di 20 p.l. ad alta intensità psichiatrica-nutrizionale per pazienti affetti da DCA, con tariffa giornaliera a carico del Servizio Sanitario Regionale, di cui 1 Nucleo di 10 p.l. per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale e 1 Nucleo di 10 p.l. per la riabilitazione ad alta intensità psico-socio-educazionale presso la struttura "Cascina Coste" messo a disposizione nel Comune di Prunetto, in Provincia di Cuneo, per la durata di tre anni, autorizzandone la realizzazione;

di stabilire che:

- 1 Nucleo di 10 p.l. sia dedicato per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale, i cui requisiti organizzativi, gestionali e relativa tariffa sono presenti nell'Allegato A, i Criteri di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) e Criteri di invio alla Comunità Riabilitativa nell'Allegato B, le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato C, il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato D - i predetti Allegati sono parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- 1 Nucleo di 10 p.l. sia dedicato per la riabilitazione ad alta intensità psico-socio-educazionale i cui requisiti organizzativi, gestionali e relativa tariffa sono presenti nell'Allegato A, i Criteri di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) e Criteri di invio alla Comunità Riabilitativa nell'Allegato B, le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato C, il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato D - i predetti Allegati sono parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- ai sensi della D.G.R. n. 63-12253/2009, l'ASL CN1 rilascia l'autorizzazione al funzionamento alla struttura Comunità Riabilitativa Terapeutica "Cascine Coste": per quanto attiene i requisiti strutturali di cui alla D.C.R. 357-1370 del 28 gennaio 1997 - con la precisazione che i requisiti strutturali delle RAF (citati dalla D.C.R. n. 357-1370/1997) sono da intendersi sostituiti dai requisiti previsti dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 -, mentre per i requisiti organizzativi, gestionali e relative tariffe si rimanda a quelli previsti nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in quanto la tipologia in oggetto ha carattere sperimentale e non è, di conseguenza, contemplata nella normativa succitata,

- la struttura autorizzata al funzionamento deve presentare, ai sensi della D.G.R. n. 63-12253/2009, alla Regione Piemonte istanza di accreditamento con il sistema pubblico, secondo i "Requisiti per l'accredimento di Comunità Riabilitativa Terapeutica e Comunità Riabilitativa Educazionale" previsti nell'Allegato E, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

- il Modulo di richiesta di accreditamento sarà oggetto di determinazione dirigenziale del Settore competente della Direzione Regionale Sanità, così come previsto nel dispositivo della D.G.R. n. 63-12253/2009.
  - la sperimentazione della Comunità Riabilitativa Terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale ha una durata triennale a decorrere dalla data di autorizzazione al funzionamento, tale da consentire l'acquisizione di esaustivi elementi qualitativi e quantitativi, che permettano, allo scadere dei tre anni, di valutare l'eventuale passaggio dalla fase sperimentale a quella a regime oppure il termine della sperimentazione stessa, ponendo in essere i relativi provvedimenti necessari tenuto conto anche di quelli eventualmente necessari in sede di programmazione;
  - la Regione, visto il carattere sperimentale, deve verificare con cadenza annuale la permanenza, in capo alla struttura accreditata, dei presupposti e dei requisiti che hanno dato luogo all'accreditamento. La verifica viene effettuata dalla Regione - anche avvalendosi della competente Commissione di Vigilanza dell'ASL CN1 così come stabilito dalla D.G.R. n. 63-12253/2009 - ed attiene al mantenimento della coerenza programmatica, dei requisiti, nonché dei positivi risultati dell'attività erogata;
  - di modificare e integrare la D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010 secondo quanto sopra disposto;
- di dare atto che:
- il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto gli eventuali oneri derivanti saranno a carico delle Aziende Sanitarie Locali di appartenenza degli assistiti, che vi faranno fronte con il finanziamento indistinto per il Servizio Sanitario Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

**Percorso diagnostico terapeutico per persone con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa e Requisiti organizzativi, gestionali e tariffe della Comunità residenziale riabilitativa terapeutica e della Comunità residenziale riabilitativa educativa**

A) Percorso diagnostico terapeutico per persone con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa

**1) Il percorso diagnostico-terapeutico .**

Il percorso diagnostico terapeutico per persone con Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) deve articolarsi in livelli definiti di competenza e deve prevedere una effettiva interrelazione fra i vari professionisti della salute e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere, che intervengono sul percorso.

La rete terapeutica dei servizi ospedalieri (day-hospital, ambulatorio intensivo, ricovero ordinario) e territoriali Dipartimento di Salute Mentale (DSM): ambulatorio, residenzialità e semiresidenzialità, necessita un coordinamento, nonché di una formazione continua, affidati ad una struttura ospedaliero-universitaria regionale dedicata, nello specifico per persone maggiori di 16 anni, il Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare è la Struttura Complessa a Direzione Universitaria Psichiatria – CPR Cura Prevenzione Ricerca Disturbi Comportamento Alimentare dell'AOU San Giovanni Battista di Torino, costituita da un Centro Ambulatoriale Intensivo Ospedaliero, il Day Hospital Psichiatrico e il Reparto di Degenza dedicato.

Il medico di medicina generale (MMG), il pediatra di libera scelta (PLS), i medici dei consultori familiari, pediatrici e per adolescenti, svolgono un'azione di screening ed individuano i pazienti potenzialmente affetti da DCA, inviandoli, là dove esistano, a setting ambulatoriali territoriali, dedicati ai DCA o al Centro di Riferimento Regionale. Per l'azione di screening è fondamentale una corretta e adeguata formazione di tipo tecnico, comportamentale e psicologico degli operatori sanitari.

I pazienti che necessitano di protocolli terapeutici complessi (PTC), tramite i centri di primo livello ambulatoriali, ove presenti nel Dipartimento di salute Mentale o tramite il MMG direttamente, sono avviati al setting "intensivo" ospedaliero che può prevedere, in base i bisogni terapeutici individuali: interventi ambulatoriali, ricoveri in reparto di degenza dedicato, ricoveri in day hospital psichiatrico dedicato. I criteri d'invio al PTC enucleati nell'Allegato C parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

I pazienti con PTC, dopo opportuno trattamento, possono essere dimessi e inviati al MMG ed eventualmente al setting ambulatoriale territoriale, mentre, nel caso in cui il Centro Ambulatoriale Intensivo Ospedaliero ravvisi la necessità di proseguire il percorso terapeutico il paziente può essere inviato in comunità terapeutiche residenziali temporanee dedicate. Il Centro Ambulatoriale Intensivo Ospedaliero predispone un Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) - Allegato D, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento - che concorda con il Centro di primo livello inviante, l'ASL/DSM di residenza o MMG e con la Comunità Riabilitativa, inviandolo a quest'ultima.

Nel caso di paziente proveniente da altre Regioni l'inserimento in Comunità Riabilitativa è subordinato all'autorizzazione dell'ASL/DSM di residenza del paziente, la quale si assume l'onere del relativo costo, fatturato direttamente dalla struttura residenziale.

Il percorso per accedere alla Comunità Riabilitativa per il paziente proveniente da altre Regioni, sarà concordato tra il Centro Ambulatoriale Intensivo Ospedaliero, afferente al Centro Esperto Regionale, la struttura sanitaria inviante (ASL di residenza del paziente) e Direttore Sanitario della Comunità Riabilitativa.

## **2) La valutazione preliminare all'inserimento in Comunità Riabilitativa da parte del Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare**

La valutazione preliminare comporta una visita medico-nutrizionale, una visita psichiatrica comprendente una valutazione clinica complessiva.

*La funzione della visita medico-nutrizionale* è di valutare le condizioni fisiche del paziente e gli effetti del disturbo alimentare sulle condizioni dell'organismo. In questa visita viene valutato se vi sono le condizioni cliniche per ritenere opportuno e probabilmente efficace un ingresso in Comunità. Nel caso non vi fossero le condizioni cliniche nell'immediato, ma venisse valutato che il paziente può beneficiare in prospettiva del trattamento in Comunità, viene indicato al paziente quale percorso clinico seguire per raggiungere le condizioni adatte all'avvio dell'esperienza comunitaria. Oppure, nel caso venisse valutata una non idoneità al trattamento comunitario, viene indicato al paziente un percorso, sempre clinico, da seguire alternativo alla comunità. Il parametro di riferimento discriminante essenziale è l'Indice di Massa Corporea (IMC), il cui valore minimo accettabile è 13. A discrezione del curante tale indice può essere non considerato vincolante con motivazione clinica.

*La funzione della visita psichiatrica* è anzitutto quella di una ricostruzione anamnestica della storia del paziente, del proprio contesto familiare ed esistenziale, del suo percorso clinico e terapeutico, del suo rapporto con il disturbo alimentare, nel quadro di un primo tentativo di valutazione della personalità e dei suoi specifici aspetti psicopatologici. Essenziale in questo contesto è anche la messa a punto di una eventuale terapia psicofarmacologica che tenga conto di trattamenti psicofarmacologici precedenti o in corso e della frequente comorbidità psichiatrica. In secondo luogo lo psichiatra valuterà la motivazione del paziente e introdurrà il paziente nel contesto dell'esperienza comunitaria, illustrandone scopi, finalità e funzionamento.

E' riservato uno spazio dedicato all'ascolto dei familiari del paziente.

La valutazione può dare i seguenti esiti:

- non idoneo ad un inserimento in Comunità,
- idoneo, ma necessita prima dell'inserimento in Comunità di uno specifico percorso clinico-nutrizionale e/o psichiatrico-psicoterapeutico,
- idoneo per la Comunità Riabilitativa di tipo Terapeutico,
- idoneo per la Comunità Riabilitativa di tipo Educazionale.

Nel caso in cui il paziente sia idoneo viene predisposta una visita presso la Comunità Riabilitativa individuata, al fine di conoscere la struttura e l'equipe multiprofessionale.



## B) Le Comunità riabilitative residenziali dedicate

A completamento del percorso diagnostico-terapeutico è necessario un adeguato periodo di proseguimento ad intensità differenziata delle cure psichiatriche nutrizionali e degli interventi educazionali con riabilitazione bio-psico-sociale di medio lungo periodo.

Il setting appropriato per tali interventi è residenziale ed ha i seguenti obiettivi:

- aumentare la motivazione alla cura, la capacità di coping e la progettualità terapeutica,
- rinforzare uno stile di vita autonomo e una progettualità di vita futura (lavoro, studio, impegno sociale...),
- ridimensionare il ruolo svolto dal sintomo alimentare nella vita del paziente (a cui si legano gli obiettivi clinici: incremento del peso, riduzione delle condotte bulimiche, etc),
- migliorare il rapporto del paziente con il proprio corpo (auto-accettazione),
- migliorare la comunicazione interpersonale del paziente (effetto risocializzante),
- iniziare un percorso psicoterapeutico da proseguire al di fuori della comunità,
- migliorare i rapporti con i familiari attraverso un loro coinvolgimento diretto (soprattutto per pazienti molto giovani o con particolari problematiche familiari).

La Comunità si rivolge ai soggetti che soffrono di anoressia nervosa e bulimia nervosa, che manifestano, permanentemente o in alcuni periodi, una difficoltà a mantenere gli obiettivi alimentari e di peso concordati con i curanti di provenienza, a sostenere efficacemente un trattamento psico-terapeutico di tipo individuale e/o gruppale, e per i quali si ritiene spesso utile e necessario un periodo di distacco dalla convivenza con i familiari, spesso caratterizzato da un alto grado di logoramento delle relazioni, da aggressività reciproca, da un senso di impotenza diffuso, stati solitamente concomitanti alla gestione della patologia anoressico-bulimica in famiglia.

La Comunità si pone come percorso successivo al ricovero ospedaliero, in caso di DCA grave, o come percorso a lungo termine e ove non occorrono le monitorizzazioni mediche del Day Hospital psichiatrico-nutrizionale.

### **L'équipe terapeutica multiprofessionale**

L'équipe terapeutica multiprofessionale della Comunità è composta da figure professionali sanitarie (medici psichiatri, nutrizionista, psicologo clinico, dietista, infermiere, educatori professionali) e socio assistenziali (Operatori Socio Sanitari), essa predispone, in base al Progetto Terapeutico Individuale (PrTI), il Piano Terapeutico Individuale (PiTI), il quale è la trasposizione operativa del PrTI. Il Piano Terapeutico Individuale (PiTI) è soggetto a verifiche periodiche, stabilite per ogni paziente dall'équipe, per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il "lavoro" sul caso singolo viene strutturato nella riunione settimanale d'équipe tra tutti gli operatori. Almeno ogni tre mesi, in un incontro istituzionale l'équipe con il paziente, a volte insieme ai suoi familiari, a volte insieme ad operatori dei Servizi invianti, attuano una verifica congiunta del Piano Terapeutico Individuale (PiTI).

## **Contratto Terapeutico**

All'ingresso in Comunità il paziente ed anche i suoi familiari si impegnano a sottoscrivere il Contratto terapeutico, che è costituito dal Piano Terapeutico Individuale e dal Regolamento della Comunità che disciplina la vita comunitaria, nonché i rapporti con le persone esterne alla comunità. Altresì, il Contratto prevede per il paziente l'obbligo di prendersi maggiormente cura di sé.

La durata media in Comunità è di 6 mesi. La durata massima di permanenza in Comunità è di 36 mesi, anche non continuativi, come per tutti i pazienti psichiatrici che necessitano di Comunità tipo A.

## **Le attività nella Comunità**

La vita quotidiana dei pazienti all'interno della Comunità è scandita da momenti strutturati, nei quali si prevedono delle attività specifiche da svolgere, e da momenti non strutturati, nei quali gli ospiti hanno la possibilità di coltivare liberamente i propri interessi specifici nel rispetto delle regole della Comunità stessa. I momenti strutturati sono di tre tipi: momenti conviviali, momenti gruppali e momenti individuali.

### *- I momenti conviviali*

I momenti conviviali sono un nucleo di fondo della riabilitazione dello stile alimentare patologico e rappresentano una via privilegiata per riattivare lo sviluppo della personalità del soggetto. I momenti conviviali sono i momenti del pasto, costituiti dalla colazione, dai break di metà mattinata e metà pomeriggio, dal pranzo e dalla cena. Hanno importanza fondamentale perché in tale contesto le pazienti affrontano, sotto la supervisione di dietista ed educatori, le loro più radicate paure nei confronti del cibo e recuperano anche l'esperienza della convivialità legata al cibo.

Altresì, sono anche momenti in cui si condividono festeggiamenti (festività, compleanni), in cui si accolgono i nuovi arrivati o si prende congedo da chi ha terminato il periodo di Comunità.

In fasi più avanzate, i pazienti possono essere riabilitate a preparare il pasto con l'assistenza degli operatori.

### *- I momenti gruppali*

Costituiscono il motore del lavoro di elaborazione che i pazienti sviluppano all'interno della comunità. Essi rappresentano un luogo strutturato di espressione riguardo ai molteplici eventi che si producono nel gruppo di pazienti nel corso della convivenza in Comunità. Si differenziano, a seconda della tipologia di lavoro collettivo che propongono, in tre modi fondamentali di organizzazione fondamentale: la riunione, il gruppo psicoterapeutico, l'atelier.

- la riunione di comunità affronta i problemi di tipo pratico-organizzativo che la convivenza ha presentato nel corso della settimana e vengono prese delle decisioni riguardanti iniziative da svolgere nel corso della settimana a venire,
- il gruppo psicoterapeutico è il luogo fondamentale di trattamento delle dinamiche emozionali cosce e inconscie che la convivenza produce nei rapporti tra i pazienti

e di questi nei confronti degli operatori. Qui vengono analizzate le dinamiche interpersonali e i vissuti condivisi nei confronti della patologia,

- gli ateliers comprendono “esperienze sensoriali” condivise, come letture, visione di film, arteterapia, gruppo cucina; tali esperienze vengono poi successivamente discusse nel gruppo psicoterapeutico.

- *I momenti individuali*

I momenti individuali sono rappresentati da colloqui psicologici e psicoterapeutici, da colloqui psichiatrici per valutare la farmacoterapia e da visite mediche dietologico-dietistiche, in cui si monitorerà l'andamento individuale (peso, parametri fisici, esami di laboratorio).

Sono previsti momenti di relax, di riflessione individuale e di lavoro (nel giardino o nell'orto, con gli animali), in cui il paziente si confronta con la responsabilità del perseguire una meta e compiere un lavoro, incrementando in questo modo la propria autostima.

*Le attività di cui sopra possono essere integrate, con frequenza settimanale, con:*

- Gruppo psicoterapeutico immagine corporea,
- Gruppo Psicoeducazionale su DCA e fattori di rischio,
- Gruppo terapia motivazionale,
- Effettuazione di tests psicometrici, neuropsicologici e proiettivi con i singoli pazienti.

## **La famiglia**

La famiglia è spesso un fattore di mantenimento del disturbo, quando non è un vero e proprio fattore causativo. I familiari devono essere coinvolti nel trattamento e devono ricevere una adatta psicoeducazione in previsione del ritorno a casa del paziente.

Sono importanti gli incontri individuali con il terapeuta familiare (quindicinali o mensili), gli incontri gruppal con altri familiari e gli incontri di verifica (trimestrali) con il paziente e tutta l'équipe.

In particolare, nell'équipe multi professionale deve essere individuato un terapeuta dedicato ai genitori dei pazienti, che li accoglie all'inizio del ricovero del figlio/figlia in Comunità, con cui effettua incontri periodici e garantisce una reperibilità telefonica per eventuali comunicazioni. Lo stesso terapeuta periodicamente conduce un gruppo genitori, utile occasione di confronto e di scambio anche sui problemi legati nell'avere un figlio/una figlia con disturbi alimentari lontano/a da casa e ricoverato/a in comunità.

Gli interventi con/per la famiglia hanno un alto valore preventivo nei confronti delle ricadute.

## **La dimissione dalla Comunità riabilitativa**

L'uscita dalla Comunità riabilitativa deve avvenire al raggiungimento degli obiettivi proposti all'inizio (clinici, relazionali, familiari). Il progetto post-dimissione deve essere concordato con il Centro Esperto Regionale, con l'ASL/DSM o MMG di residenza e con la Direzione sanitaria della struttura residenziale.

La dimissione deve essere graduale e preparata, considerando eventualmente:

- percorsi di residenzialità terapeutica meno protetta: inserimento in un gruppo appartamento parzialmente supportato, con effettuazione di visite periodiche in Comunità, possibilmente limitrofo alla Comunità,
- incontri periodici di gruppo post-dimissioni per sei mesi per pazienti dimessi dalla Comunità ed in fase di reinserimento nel proprio tessuto familiare e sociale: la loro utilità è data in particolare dal permettere un passaggio meno traumatico del soggetto dalla Comunità alla vita sociale, rendendogli possibile mantenere, attraverso il gruppo comunitario, un luogo di elaborazione delle difficoltà interne al processo di separazione dalla Comunità stessa,
- incontri periodici con il paziente dimesso ed i suoi familiari con l'èquipe della Comunità, per un periodo variabile da sei mesi ad un anno, per accompagnare il processo di riformulazione di un progetto individuale di vita e la sua realizzazione concreta,
- proseguimento delle cure presso il Centro Esperto Regionale,
- proseguimento delle cure presso il DSM di competenza.

### **La Comunità Riabilitativa Terapeutica**

La Comunità Riabilitativa Terapeutica è riservata alle situazioni più gravi da un punto di vista psicopatologico e nutrizionale, con un periodo pregresso di malattia protratto o con perdurante tendenza a episodi acuti gravi e recidivanti di DCA.

In questo tipo di Comunità sono particolarmente considerati i seguenti obiettivi:

- a) aumentare la motivazione alla cura e al progetto terapeutico: adesione al trattamento psicofarmacologico, alla terapia nutrizionale ed internistica, nonché rinforzare uno stile alimentare e uno stile di vita autonomo che consenta un progetto di vita (studio, lavoro, impegno socio-relazionale),
- b) ridimensionare il ruolo dei sintomi psicopatologici e alimentari nella vita del paziente (a cui si legano gli obiettivi clinici: incremento del peso, riduzione delle condotte di restrizione, eliminazione, bulimiche, ecc..)
- c) migliorare il rapporto del paziente con il proprio corpo (autoaccettazione).
- d) avviare ad un persistente miglioramento e guarigione psicofisica
- e) riabilitare ad una maggiore e duratura autonomia personale
- f) maturazione e sviluppo della personalità e prevenzione delle ricadute

Tutte le figure professionali devono lavorare in équipe a seconda delle diverse competenze professionali

<b>Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo riabilitativo terapeutico (10 pl)</b>		
<b>Personale</b>	<b>Ore settimana</b>	<b>Note</b>
Medico psichiatria con incarico di Direttore sanitario della struttura	38	Direzione sanitaria, coordinamento clinico ricerca e didattica
Medici nutrizionisti	5	Impostazione programma di riabilitazione nutrizionale, terapie individuali e di gruppo
Medici specialisti (endocrinologi/ginecologo ...)	2	Si rapporta con il medico psichiatra con funzioni di Direttore Sanitario per interventi specifici
Psicologo clinico, psicoterapeuta	52,5	Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori. Psico terapia individuale e di gruppo
Infermieri di cui 1 con funzioni di coordinamento infermieristico.	84	Monitoraggio clinico, gruppo terapia, colloqui di supporto, assistenza ai pasti, tecniche di riabilitazioni.
Educatore professionale, tecnici riabilitazione psichiatrica. Laureati in scienza della formazione, laureati in psicologia.	102,5	Coordinamento attività quotidiane. Preparazione pasti, servizio di assistenza ai pasti.
Dietiste	35	Assistenza al programma di riabilitazione nutrizionale, colloqui individuali e lavoro di gruppo
Terapeuti non convenzionali	7	Terapia di gruppo, tecniche di rilassamento, terapia corporea, psicomotricisti ecc.

Considerata la rilevanza dei costi del personale dedicato, di cui alla tabella precedente, che rappresentano una parte considerevole della tariffa giornaliera, quest'ultima è pari a 252, 15 € ed è a totale carico del SSR, come da Livelli Essenziali di Assistenza.

E' necessario garantire nella struttura la presenza dell'infermiere h 24, pertanto il monte ore settimanale del servizio infermieristico è pari a 168 ore totali suddiviso nei due Nuclei [Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo riabilitativo terapeutico (10 pl) e Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo Riabilitativo Educazionale (10 pl)].

### **La Comunità Riabilitativa Educazionale**

La Comunità Riabilitativa Educazionale è riservata alle situazioni che necessitano minore intensità medico psichiatrica, adatta alle forme di disturbo meno gravi e con minor durata di malattia. Ciò comporta la presenza nell'équipe multiprofessionale di una maggior intervento dietistico educazionale finalizzato ad una riabilitazione biopsicosociale.

In questo tipo di Comunità sono particolarmente considerati i seguenti obiettivi:

- a) migliorare la comunicazione interpersonale del paziente ( effetto risocializzante),
- b) iniziare un percorso psicoterapeutico da proseguire al di fuori della Comunità,
- c) migliorare il rapporto con i familiari attraverso un loro coinvolgimento diretto (soprattutto per pazienti molto giovani o con particolari problematiche familiari.
- d) Ristrutturare lo stile alimentare in riferimento agli stili di vita

Tutte le figure professionali devono lavorare in équipe a seconda delle diverse competenze professionali

<b>Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo Riabilitativo Educazionale (10 pl)</b>		
<b>Personale</b>	<b>Ore settimana</b>	<b>Note</b>
Medico psichiatra con incarico di Vice Direttore sanitario della struttura	29,5	Direzione sanitaria, coordinamento clinico ricerca e didattica
Medici nutrizionisti	5	Impostazione programma di riabilitazione nutrizionale, terapie individuali e di gruppo
Medici specialisti (endocrinologi/ginecologo ...)	2	Si rapporta con il medico psichiatra con funzioni di Direttore Sanitario per interventi specifici
Psicologo clinico, psicoterapeuta	46,75	Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori. Psico terapia individuale e di gruppo
Infermieri di cui 1 con funzioni di coordinamento infermieristico	84	Monitoraggio clinico, gruppo terapia, colloqui di supporto, assistenza ai pasti, tecniche di riabilitazioni.
Educatore professionale, tecnici riabilitazione psichiatrica. Laureati in scienza della formazione, laureati in psicologia.	107	Coordinamento attività quotidiane. Preparazione pasti, servizio di assistenza ai pasti
Dietiste	58,5	Assistenza al programma di riabilitazione nutrizionale, colloqui individuali e lavoro di gruppo
Terapeuti non convenzionali	5	Terapia di gruppo, tecniche di rilassamento, terapia corporea, psicomotricisti ecc.
Psicomotricista	9,5	Attività individuale e di gruppo
Fisioterapista	14,75	Attività motorie e riabilitazione fisica individuale e di gruppo

Considerata la rilevanza dei costi del personale dedicato, di cui alla tabella precedente, che rappresentano una parte considerevole della tariffa giornaliera, quest'ultima è pari a 235,75 € ed è a totale carico del SSR, come da Livelli Essenziali di Assistenza.

E' necessario garantire nella struttura la presenza dell'infermiere h 24, pertanto il monte ore settimanale del servizio infermieristico è pari a 168 ore totali suddiviso nei due Nuclei [Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo riabilitativo terapeutico (10 pl) e Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo Riabilitativo Educazionale (10 pl)].

### **Nutrizione Artificiale**

Si estende ai pazienti con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa sottoposti a nutrizione parenterale, la fornitura delle sacche nutrizionali di cui alla D.G.R. n. 13-7456 del 19 novembre 2007 e alla successiva Determinazione Dirigenziale n. 131 del 14 marzo 2008, che approva le Linee guida per l'attuazione della nutrizione parenterale ed enterale a domicilio.

In particolare, nella normativa sopra citata, si specifica che i destinatari della nutrizione artificiale, enterale e parenterale, sono "i soggetti in cui l'alimentazione per via orale sia impedita, controindicata o insufficiente [...]". Le modalità ed i criteri di gestione e di fornitura delle sacche nutrizionali sono quelli indicati nella sopra citata D.G.R. n. 13-7456/2007 e nella Determinazione Dirigenziale n. 131/2008.

### **Attività e relativi spazi**

Per quanto attiene ai requisiti strutturali si rimanda alla D.C.R. 357-1370 del 28 gennaio 1997 con la precisazione che i requisiti strutturali delle RAF (citati dalla D.C.R. 357-1370/1997) sono da intendersi sostituiti dai previsti dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, fermo restando, che vista la particolare tipologia di utenza e di età dell'insorgenza della patologia, è opportuno che le Comunità sia Riabilitativa Terapeutica sia la Riabilitativa Educazionale riproducano il più possibile un ambiente domestico, che tenga conto di maggiori spazi dedicati allo studio e alle lezioni di pazienti che stanno proseguendo l'impegno scolastico (sala/e studio, sala computer), nonché laboratori di arte terapia, aree verdi per worktherapy (orto, giardinaggio), pet-therapy (allevamento di piccoli animali), area sportiva all'aperto. Sono, inoltre, auspicabili foresteria con camere per i familiari dei pazienti ospiti delle Comunità, atelier espositivo dei manufatti prodotti dai pazienti.

**Criteria di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC)  
e Criteria di invio al Comunità Riabilitativa**

**Criteria di invio al Protocollo di Trattamento Complesso (PTC);**

- perdita di peso > 40% rispetto al peso abituale (più temibile se si è verificata rapidamente) e rifiuto di alimentarsi,
- gravi squilibri elettrolitici,
- alterazioni emodinamiche importanti,
- gravi malattie concomitanti (es. diabete mellito insulino dipendente),
- grave psicopatologia del comportamento alimentare,
- comorbidità psichiatrica grave e/o rischio di tentativo non autoconservativo,
- necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili.

**Criteria di invio alla Comunità Riabilitativa - Nucleo residenziale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (almeno uno dei seguenti):**

- alto rischio quoad vitam per le condizioni fisiche e psichiche al di fuori di un percorso protetto,
- elevata conflittualità familiare,
- cronicità (più di 8 anni di malattia e fallimento di cure precedenti),
- stallo terapeutico al protocollo di trattamento complesso (PTC: come definito nel documento regionale: I Disturbi del Comportamento Alimentare: una proposta della Regione Piemonte per un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale" edito nell'ottobre 2008),
- necessità di un contenimento relazionale e del sintomo (gravità clinica elevata) a lungo termine (almeno 6 mesi).

**Criteria di invio alla Comunità Riabilitativa - Nucleo residenziale sperimentale per soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare ad indirizzo Riabilitativo Educazionale (almeno uno dei seguenti, oltre il primo punto):**

- sufficiente motivazione al trattamento residenziale come progettato e proposto alla paziente dal centro inviante. La motivazione si concretizza in una buona adesione alla cura e sulla condivisone degli obiettivi psichiatrici, psicologico clinici e dietologici da raggiungere alla fine del trattamento,
- parziale, ma non soddisfacente, risposta al PTC o al follow up del PTC,
- mancanza di adeguato supporto socio familiare per la riabilitazione psichiatrica e nutrizionale,
- necessità di un contenimento relazionale e del sintomo (gravità clinica elevata) a medio termine (50-120 giorni).



*PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE (PrTI)*

*La definizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI)*

- rilevazione della personalità, temperamento e carattere,
- stili relazionali della famiglia,
- valutazione multi assiale DSM V TR,
- ricognizione anamnestica delle principali difficoltà evolutive,
- rassegna dei precedenti percorsi e tentativi di cura,
- analisi delle pregresse resistenze e cause dell'insuccesso dei precedenti tentativi
  - del paziente
  - della famiglia,
- ricognizione delle risorse e potenzialità evolutive del paziente e della sua famiglia (coping/resilience),
- fattori predittivi, del paziente e della sua famiglia, delle risposte agli interventi e gli esiti dell'interventi,
- previsione della sequenza delle fasi attuative del programma di cura in cui si articola il progetto terapeutico complessivo.

*Gli obiettivi di un percorso comunitario sono:*

- aumentare la motivazione alla cura e al progetto terapeutico: adesione al trattamento psicofarmacologico, alla terapia nutrizione e internistica, ecc...,
- rinforzare uno stile alimentare e uno stile di vita autonomo che consenta un progetto di vita futura (lavoro, studio, impegno socio-relazionale...),
- ridimensionare il ruolo giocato dal sintomo alimentare nella vita della paziente (a cui si legano gli obiettivi clinici: incremento del peso, riduzione delle condotte bulimiche ecc.),
- migliorare il rapporto della paziente con il proprio corpo (auto-accettazione),
- migliorare la comunicazione interpersonale della paziente (effetto risocializzante),
- iniziare un percorso psicoterapeutico da proseguire al di fuori della comunità,
- migliorare i rapporti con i familiari attraverso un loro coinvolgimento diretto (soprattutto per pazienti molto giovani o con particolari problematiche familiari).

**PIANO INDIVIDUALE TERAPEUTICO (PiTI)**

Cognome e Nome .....

Data di nascita .....

Residenza .....

Recapito telefonico di un familiare .....

ASL di residenza .....

Medico di Medicina Generale .....

Recapito telefonico .....

DSM .....

Ambulatorio di provenienza e Medico di riferimento .....

.....

.....

*CONSENSO AL RILASCIO D'INFORMAZIONI*

Il sottoscritto .....  
chiede che eventuali comunicazioni inerenti il proprio stato di salute e il decorso della  
permanenza nella Comunità Riabilitativa siano rilasciate a:

a familiari/coniuge/convivente .....

.....

.....

oppure esclusivamente a : .....

.....

.....

.....

*CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. lgs n. 196/2003)*

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data ..... Firma .....

**DATI CLINICI:**

ANAMNESI REMOTA .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI PROSSIMA .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI ALIMENTARE .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATTAMENTI GIÀ INTRAPRESI (ricoveri, farmacoterapia, psicoterapia, terapia nutrizionale)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA IN ATTO .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DIAGNOSI DCA** .....

**DIAGNOSI ASSE I** .....

**DIAGNOSI ASSE II** .....

**PROBLEMATICHE INTERNISTICHE /MEDICHE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ALLERGIE** .....

.....

**TESTS PSICODIAGNOSTICI SOMMINISTRATI** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**OBIETTIVI A BREVE TERMINE:**

[ ] Farmacoterapia: .....

[ ] Psicoterapia individuale/gruppo: .....

[ ] Terapia nutrizionale: .....

- [ ] Colloqui familiari: .....
- [ ] Attività riabilitative: .....
- [ ] altro: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**OBIETTIVI A LUNGO TERMINE:**

- [ ] Reinserimento al domicilio .....
- [ ] Inserimento in gruppo appartamento .....
- [ ] Prosecuzione ambulatoriale delle terapie .....
- [ ] Percorso psicoterapeutico .....

**FIGURE COINVOLTE:** psichiatra, psicoterapeuta, dietologo, dietista, educatore

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ATTIVITÀ PROPOSTE:**

- [ ] Colloqui psichiatrici
- [ ] Psicoterapia individuale
- [ ] Visita dietologica e dietistica
- [ ] Assistenza al pasto e post-prandiale
- [ ] Gruppo lettura
- [ ] Gruppo cinema
- [ ] Work-therapy
- [ ] Arteterapia
- [ ] Psicodramma]
- [ ] Danza-terapia
- [ ] Musico-terapia
- [ ] Gruppo cucina

[ ] Gruppo psicodinamico

[ ] Altro .....

### **VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

[ ] BMI (valutazione dei risultati a ..... mesi)

[ ] Sintomi DCA (valutazione dei risultati a ..... mesi)

[ ] Consapevolezza di malattia (valutazione dei risultati a ..... mesi)

[ ] Test psicodiagnostici (valutazione dei risultati a ..... mesi)

[ ] Rapporti con la famiglia (valutazione dei risultati a ..... mesi)

### **RIVALUTAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE IN BASE AGLI OBIETTIVI PREFISSATI**

Data entro la quale l'equipe deve valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati nella valutazione precedente alla presente .....

Note

.....  
.....  
.....  
.....

### **REFERENTE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE (PiTI)**

Data ..... Firma .....

### **EQUIPE TERAPEUTICA MULTIPROFESSIONALE**

Data ..... Firma .....

Data ..... Firma .....

Data ..... Firma .....

Data ..... Firma .....

## Allegato E

### **Requisiti per l'accreditamento della Comunità Riabilitativa Terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale**

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi della presente atto deliberativo la Comunità Riabilitativa Terapeutica e la Comunità Riabilitativa Educazionale devono:

- 1) possedere la “Carta dei Servizi” e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato D ) della D.G.R. n. 63 – 12253 del 28 settembre 2009;**
- 2) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;**
- 3) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche;**
- 4) Possedere un sistema di “qualificazione del personale” pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio:**

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia a comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia delle persone assistite sia a organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. La struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. La struttura dovrà possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa dovrà essere relativa agli anni precedenti e non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura.

#### **5) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio:**

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con servizi sanitari del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le Istituzioni.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nella struttura devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra soggetto gestore ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

#### **6) Adottare il contratto di ospitalità**

L'inserimento in una Comunità Riabilitativa Terapeutica o Comunità Riabilitativa Educazionale comporta la stipula di un contratto di ospitalità fra la struttura stessa, il paziente e il D.S.M. inserente.

Nel contratto d'inserimento sono esplicitati i servizi resi, gli impegni del paziente, le modalità economiche, le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali.

La Carta dei Servizi di cui al punto 1 è allegata, quale parte integrante, al contratto di ospitalità che si stabilisce con l'Utente.

#### **7) Adottare Piano Terapeutico Individuale (PiTI);**

#### **8) Adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati:**

Le strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato D) della D.G.R. n. 63-12253 del 28 settembre 2009;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redigere un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e dei committenti.

#### **9) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali ed organizzativi:**

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale da attivare nell'ambito del minutaggio dello psicologo, così come definito dal presente atto deliberativo;
- b) protocollo di una corretta gestione dei farmaci e del materiale sanitario;
- c) protocollo di una corretta somministrazione dei farmaci;
- d) protocollo di una corretta gestione del sintomo alimentare;
- e) protocollo di una corretta gestione della nutrizione enterale e parenterale;
- f) protocollo di una corretta gestione di tentativi non autoconservativi;
- g) protocollo di una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- h) protocollo per la pulizia e la sanificazione ambientale;
- i) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nel Nucleo;
- j) Corso BLSD base.