

Deliberazione della Giunta Regionale 9 dicembre 2013, n. 42-6860

Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa)". Definizione dei requisiti strutturali-tecnologici-organizzativi. Revoca della D.G.R. n. 7-5304 del 5 febbraio 2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

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 DCA 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 (anoressia, bulimia e alcuni tipi di obesità psicogena come i Binge Eating Disorders) nella popolazione generale si attestano attorno al 5% (Lancet Treasure et al. 2010). In particolare, per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, forme di DCA con maggiore rischio di 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 costituiscono uno dei più grandi problemi di salute pubblica, dato che una persona su tre ne è affetto negli USA (Flegal et al. 2010), una persona su dieci in Piemonte (Sesto rapporto sull'obesità 2006) ed un ragazzo tra i 14 e i 18 anni su dieci 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; la ricerca ed il trattamento dell'obesità sarebbero meglio serviti da una maggiore comprensione delle componenti psicosociali dell'obesità. Ci sono somiglianze cliniche tra persone obese, bulimiche ed anoressiche (come gli eccessivi tentativi di controllare il peso e il comportamento binge eating) e sono condivisi alcuni fattori di rischio (come la bassa autostima, il locus of control esterno, l'abuso infantile, 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. La resistenza ai trattamenti è assai diffusa e causa forte tendenza alla cronicizzazione (Hay, Touyz, Sud 2013; Fassino e Abbate Daga 2013).

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 della Direzione Sanità dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità.

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 con continuità assistenziale devono articolarsi in livelli definiti di competenza e devono 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, strutture residenziali) e richiede un coordinamento a carico di una struttura ospedaliera regionale dedicata.

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

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 prevede, 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”.

In caso di conferma della diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare, i pazienti che necessitano di Protocolli Terapeutici Complessi (PTC) vengono avviati al setting “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)].

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 (ora 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 dava mandato alla 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 accettava 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 SCU 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 uno stretto 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 D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010, summenzionata, veniva previsto l'avvio, a livello sperimentale di una struttura 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 vincolato di compatibilità, ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/1992 e s.m.i e delle DD.GG.RR. n. 32-26522 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.

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. più 2 p.l. di pronta accoglienza, questi ultimi atti ad accogliere soggetti con un progetto terapeutico di durata massima di 60 gg, in considerazione dei nuovi requisiti strutturali specificatamente normati nell'Allegato A del presente provvedimento, al fine di consentire un inserimento urgente nel caso di necessità - 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.(più 1 p.l di pronta accoglienza) per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale, i cui requisiti strutturali sono indicati nell'Allegato A), i requisiti organizzativi e gestionali e tariffa giornaliera nell'Allegato B), Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) Criteri di invio presso la Comunità Riabilitativa Terapeutica nell'Allegato C), le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato D), il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato E), la Lettera di Dimissione nell'Allegato F) del presente provvedimento;

- 1 Nucleo di 10 p.l (più 1 p.l di pronta accoglienza) per la riabilitazione ad alta intensità psico-socio-educazionale i cui requisiti strutturali sono indicati nell'Allegato A), i organizzativi, gestionali e tariffa giornaliera nell'Allegato B), Protocollo di Trattamento Complesso (PTC) Criteri di invio presso la Comunità Riabilitativa Educazionale nell'Allegato C), le linee di riferimento per la predisposizione del Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) nell'Allegato D), il Piano Individuale Terapeutico (PiTI) nell'Allegato E), la Lettera di Dimissione nell'Allegato F) 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 “Cascina Coste”.

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 G 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 e tale da consentire l'acquisizione di esaustivi elementi qualitativi e quantitativi, che permettano alla Regione, 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.

L'ASL CN1 deve verificare con cadenza annuale la permanenza, in capo alla struttura accreditata, dei presupposti e dei requisiti che hanno dato luogo all'autorizzazione e all'accreditamento. La verifica effettuata dalla competente Commissione di Vigilanza per le strutture sanitarie dell'ASL CN1 e dagli organismi regionali preposti è finalizzata alla verifica del mantenimento dei requisiti strutturali-tecnologici-organizzativi nel rispetto della coerenza programmatica, nonché dei risultati dell'attività sanitaria erogata.

Preso atto che la Regione Piemonte con la D.G.R. 7-5304 del 5 febbraio 2013 “Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa)” ha stabilito i percorsi diagnostico-terapeutici per i soggetti affetti da DCA (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa)

Preso atto che l'Istituto Superiore di Sanità nella Conferenza di Consenso "Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti" tenutasi a Roma, il 24-25 ottobre 2012, ha ribadito un impegno da parte del Ministero della Salute sulla razionalizzazione dei percorsi diagnostici, clinici ed assistenziali, iscrivendo questa problematica in un più ampio programma denominato "Guadagnare salute – rendere facili le scelte sanitarie".

Considerato che il Gruppo di Lavoro AGENAS – GISM, in data 25 marzo 2013, ha ridefinito le strutture residenziali psichiatriche per la salute mentale approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013.

Pertanto, si ritiene necessario fissare i requisiti strutturali-tecnologici, ridefinire i requisiti organizzativi, nonché dell'accreditamento, delle strutture residenziali dedicate alle persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e revocare la D.G.R. 7-5304/ 2013. Altresì, si ritiene anche necessario definire, nel presente provvedimento deliberativo, le modalità di erogazione dei farmaci, nonché della prescrizione degli stessi e degli eventuali accertamenti specialisti.

Considerato inoltre che nell'Allegato B, del presente provvedimento, sono state ridefinite, rispetto alla D.G.R. 7-5304/ 2013, le figure professionali operanti nella struttura sanitaria, distinguendo le competenze cliniche (il medico psichiatra, lo psicologo, altre figure professionali) da quelle organizzative (il Direttore sanitario), nonché è stato individuato il "case manager" per la gestione delle problematiche clinico sanitarie, riabilitative e relazionali, al fine di migliorare il servizio da erogare. Pertanto, è stata aggiornata, rispetto alla D.G.R. 7-5304/ 2013, la tariffa giornaliera omnicomprensiva sia della Comunità Riabilitativa Terapeutica sia della Comunità Riabilitativa Educazionale, entrambe a carico del SSR, e si è provveduto anche ad effettuare un'indagine conoscitiva di altre strutture sanitarie operanti in altre Regioni, che erogano prestazioni simili e/o assimilabili.

Conseguentemente, considerato che con la presente deliberazione si è rivisto integralmente quanto previsto nella D.G.R. 7-5304/ 2013 con plurime integrazioni e modifiche, si ritiene necessario abrogare la predetta deliberazione, al fine di consolidare in un unico testo tutte le previsioni relative al "Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa)", rendendolo in tal modo di immediata fruibilità.

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, i seguenti Allegati, parti sostanziali ed integranti del presente provvedimento

- l'Allegato A "Requisiti Strutturali"
- l'Allegato B "Percorso diagnostico terapeutico per persone con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa; requisiti organizzativi gestionali e tariffe della Comunità Riabilitativa Terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale"
- l'Allegato C "Protocollo di Trattamento Complesso (PTC): Criteri di invio presso la Comunità Riabilitativa Terapeutica e la Comunità Riabilitativa Educazionale",
- l'Allegato D "Progetto Terapeutico Individuale (PrTI)"

- l'Allegato E "Piano Individuale Terapeutico (PiTI)"
- l'Allegato F "Lettera di Dimissione"
- l'Allegato G "Requisiti per l'accreditamento della Comunità Riabilitativa Terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale"

di autorizzare

- la realizzazione e la sperimentazione di una Comunità riabilitativa di 20 p.l. più 2 p.l. di pronta accoglienza - disponibili ad accogliere soggetti con un progetto terapeutico di durata massima di 60 gg, - 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. (più 1 di pronta accoglienza) per la riabilitazione ad alta intensità psichiatrico-nutrizionale e 1 Nucleo di 10 p.l. (più 1 di pronta accoglienza) per la riabilitazione ad alta intensità psico-socio-educazionale presso la struttura "Cascina Coste", Borgata Coste n. 1 di Prunetto, in Provincia di Cuneo, messa a disposizione del Comune di Prunetto, per la durata di anni tre;

di stabilire che

- ai sensi della D.G.R. n. 63-12253/2009, l'ASL CN1 rilascia l'autorizzazione al funzionamento alla struttura Comunità Riabilitativa Terapeutica "Cascina Coste": acquisito il parere della Commissione di Vigilanza per le strutture sanitarie dell'ASL CN1, dopo verifica dei requisiti strutturali-tecnologici ed organizzativi stabiliti dal presente atto deliberativo;
- 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 G) ;
- 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 presso "Cascina Coste", messa a disposizione dal Comune di Prunetto, ha durata triennale a decorrere dalla data di autorizzazione al funzionamento, tale da consentire da parte della Direzione Sanità 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 definitivo 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 autorizzata-accreditata, dei presupposti e dei requisiti che hanno dato luogo all'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento. La verifica viene effettuata dalla Regione - avvalendosi della competente Commissione di Vigilanza per le strutture sanitarie dell'ASL CN1 e dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA);
- di revocare di conseguenza la D.G.R. 7-5304/2013 "Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa)".
- il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, in quanto gli eventuali oneri derivanti saranno a carico dei Dipartimenti di Salute Mentale della

Aziende Sanitarie Locali di competenza 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

REQUISITI STRUTTURALI

REQUISITI GENERALI

Finalità

La Comunità per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare è una struttura che accoglie persone che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari di elevata complessità e che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo polispecialistico.

Il rispetto della condizione delle persone accolte nella struttura, sulla base dell'analisi delle esigenze che esse presentano, implica una concezione architettonica e spaziale di tipo nuovo, atta a ricreare all'interno della struttura condizioni di vita ispirate al miglioramento della qualità della stessa.

Capacità ricettiva

Ogni nucleo presente nella Comunità Riabilitativa Terapeutica o nella Comunità Riabilitativa Educazionale non potrà accogliere più di 20 posti letto [eventualmente più 2 p.l. di pronta accoglienza disponibili ad accogliere soggetti con un progetto terapeutico di una durata massima di 60 gg.].

Principi generali di progettazione e realizzazione

Ogni struttura deve garantire le seguenti caratteristiche:

- Difesa dagli incendi (si rimanda alle prescrizioni del DPR n. 151 del 01.08.2011 e del DM 18.09.2002 "Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private", e loro successive modifiche e integrazioni).
- Condizioni di sicurezza degli impianti (si rimanda alle prescrizioni della Legge 02.12.2005 n. 248, del DM 22.01.2008 n. 37 e s.m.i., del D.Lgs. 19.08.2005 n. 192 e s.m.i. e dalla norma UNI 10339/95).
- Accessibilità ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche (si rimanda al DPR 24.07.1996 n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici").
- Rispetto delle disposizioni normative in materia di rischio sismico (si rimanda alle prescrizioni dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 Marzo 2003 n. 3274, della DGR 23.12.03 n. 64-11402 e della Circolare del Presidente GR 27.04.04 n. 1/DOP).
- Rispetto delle disposizioni normative in materia di rendimento energetico nell'edilizia (si rimanda alle prescrizioni della L.R. 28.05.2007 n. 13 e relativi provvedimenti attuativi).

- Rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, ai sensi del D.Lgs 106/2009 e s.m.i.

➤ **Localizzazione**

Le strutture di nuova edificazione devono essere localizzate in luoghi urbanizzati, collegate ai servizi sanitari e socio-sanitari di zona, e deve essere garantita la fruibilità alla struttura tramite mezzi pubblici.

➤ **Verde attrezzato**

Le strutture di nuova realizzazione devono essere dotate di spazi esterni che devono essere pianeggianti e complanari alla struttura, per facilitare l'accessibilità, l'orientamento e la fruizione; per le strutture di nuova edificazione l'area esterna deve essere necessariamente prevista e deve essere ad esso collegata.

Le eventuali aree a verde devono prevedere percorsi semplici e preferibilmente circolari, manti erbosi, arbusti, alberi e aree attrezzate per la sosta, adeguatamente ombreggiate e dotate di panchine perimetrali, per favorire gli incontri e le attività ricreative collettive.

I percorsi devono essere pavimentati con materiali antisdrucciolo e dotati di corrimani di sicurezza, per consentire una deambulazione sicura e un benessere visivo.

I giardini possono essere arricchiti da pergolati, fontane, ecc. che aiutino l'orientamento e l'ubicazione, nonché da orti sopraelevati, accessibili all'utenza in postura eretta.

L'area deve essere recintata, adeguatamente protetta e illuminata.

➤ **Accessi e porte**

Al fine di agevolare l'accesso alla struttura, è necessario prevedere varchi e porte esterne allo stesso livello dei percorsi pedonali o con essi raccordati mediante rampe.

Gli accessi devono avere una luce netta minima di 1,20 m. Per gli edifici esistenti sottoposti a ristrutturazione edilizia gli accessi possono avere una luce netta minima di 1,00 m in casi di dimostrata impossibilità tecnica connessa agli elementi strutturali o impiantistici, salvo quanto prescritto dalle norme di Prevenzione Incendi vigenti.

Le zone antistanti e retrostanti l'accesso devono essere in piano e allo stesso livello, ed estendersi rispettivamente per ciascuna zona per una profondità di almeno 1,50 m.

Qualora sia indispensabile prevedere una soglia, il dislivello massimo non deve superare i 2,5 cm.

La zona antistante gli accessi deve essere protetta dagli agenti atmosferici per una profondità di almeno 2,00 m.

La luce netta delle porte delle camere da letto, dei servizi igienici annessi, del bagno assistito e di tutti i locali accessibili agli ospiti non deve essere inferiore a 90 cm (nel caso di porte a due o più battenti, deve essere sempre garantito un passaggio con luce netta minima di 90 cm realizzato con unico battente); le restanti porte possono avere una luce netta minima di 80 cm.

Le porte dei locali igienici devono essere del modello a scorrere oppure a battente con senso di apertura verso l'esterno.

➤ **Percorsi orizzontali e verticali**

Per le strutture di nuova realizzazione la larghezza minima dei corridoi e dei passaggi deve essere di 1,80 m. Per le strutture esistenti, oggetto di ristrutturazione o adeguamento, la larghezza minima dei corridoi e dei passaggi deve essere di 1,50 m.; sono ammesse deroghe fino ad un minimo di 1,20 m., in casi di dimostrata impossibilità tecnica, connessa agli elementi strutturali, salvo quanto prescritto dalle norme di Prevenzione Incendi vigenti.

I corridoi devono essere attrezzati di corrimani su un lato.

L'altezza minima interna utile dei corridoi, dei passaggi e dei disimpegni in genere, è fissata a 2,40 m. Ogni struttura disposta su più di un piano deve essere dotata di almeno un ascensore idoneo anche al trasporto di persone diversamente abili.

Le scale devono avere una larghezza minima di 1,20 m., dotate di corrimano continuo su entrambi i lati. Per le scale di sicurezza antincendio si rimanda alle norme di riferimento.

➤ **Pavimenti**

Tutte le pavimentazioni interne e di accesso al presidio, comprese quelle di scale, rampe e pianerottoli a uso pubblico o degli ospiti, devono rispondere a quanto prescritto dal D.Lgs 3 agosto 2009 n. 106 all. IV e s.m.i.

In caso di pavimenti di particolare pregio inseriti in strutture sottoposte a tutela ai sensi del Dlgs 42/04 e s.m.i. potranno essere adottati particolari accorgimenti tali da preservare gli stessi pur garantendo la sicurezza.

Articolando opportunamente materiali e colori i pavimenti possono contribuire all'individuazione dei percorsi e alla distinzione dell'uso dei vari ambienti.

➤ **Impianti**

Per i requisiti tecnici richiesti agli impianti elettrico e di sollevamento verticale si rimanda alle prescrizioni della Legge 02.12.2005 n. 248 e al DM 22.01.2008 n. 37 e s.m.i.

Per i requisiti tecnici richiesti agli impianti termici si rimanda alle prescrizioni normative del D.Lgs. 19.08.2005 n. 192 come modificato dal D.Lgs. 29.12.2006 n. 311 e s.m.i. e dalla norma UNI 10339/95. In caso di rifacimento totale o di nuovo impianto è preferibile prevedere un sistema di climatizzazione ad aria condizionata, più idoneo sia sotto il profilo della sicurezza sia della possibilità di rinnovo e di umidificazione dell'aria nei locali.

Le camere da letto, i servizi igienici e gli altri locali frequentati dagli ospiti devono essere dotati di particolari attrezzature di comunicazione idonee a segnalare agli operatori le richieste di aiuto e di assistenza. Per il posizionamento e le altezze delle prese e dei dispositivi di comando si rimanda al DPCM 24.07.1996 n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici."

In presenza di ospiti affetti da qualsiasi patologia che induca vagabondaggio afinalistico, è necessario predisporre sistemi di controllo degli accessi che impediscano l'abbandono involontario del presidio.

In coerenza con gli indirizzi più generali di sviluppo sostenibile promossi dalla Regione, è auspicabile che negli interventi di ristrutturazione o di nuova edificazione siano preferite scelte progettuali volte a favorire l'incremento, la valorizzazione e l'integrazione delle fonti rinnovabili nonché la diversificazione energetica per il contenimento dei consumi, la riduzione dell'inquinamento ambientale e dei costi di gestione.

E' altresì consigliato l'uso di tecnologie che consentano un basso consumo di calore, di materiali isolanti bio ed eco compatibili e la realizzazione di sistemi di raccolta dell'acqua piovana per l'irrigazione delle aree destinate a verde attrezzato.

➤ **Segnaletica**

Negli edifici e negli spazi esterni accessibili devono essere installati, in posizioni facilmente visibili, cartelli di indicazione che facilitino l'orientamento e la fruizione degli spazi.

Anche il colore è scelta progettuale che contribuisce al benessere, partecipa in maniera decisiva all'identificazione dell'ambiente, all'orientamento, fornisce stimoli, rende evidente i pericoli e concorre ad accrescere nelle persone la consapevolezza degli spazi.

➤ **Arredi**

Gli arredi che compongono la struttura devono essere di adeguata classe di reazione al fuoco, in rapporto ai carichi di incendio dei singoli locali in cui sono posti, facilmente lavabili e con spigoli arrotondati, conformi alle normative vigenti e corredati delle schede tecniche e delle certificazioni rispondenti alla normativa ai fini antincendio e antinfortunistica.

Essi non devono costituire pericolo per l'incolumità e la salute degli ospiti e risultare completamente e liberamente fruibili da utenti disabili su sedia a ruote.

Gli arredi fissi non devono costituire ingombro o ostacolo alle manovre di attrezzature e/o ausili.

➤ **Adeguamenti d'immobili o strutture esistenti**

Nel caso di ristrutturazione edilizia sono ammesse misure in difetto entro il 5% degli standard dimensionali stabiliti dal presente Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ad esclusione di scale, corridoi, disimpegni in genere. Non sono ammesse, comunque, deroghe dimensionali per tutti i locali-spazi definite da specifiche norme di riferimento.

REQUISITI AREE FUNZIONALI

Le strutture debbono configurare un tessuto articolato in cui siano presenti insieme alle camere di degenza le diverse zone dedicate alle relazioni sociali, con collegamenti ad attività occupazionali e di laboratorio secondo il progetto terapeutico.

Per adeguarsi alle diverse esigenze derivanti dalla differente e/o mutata composizione degli ospiti e garantire una buona flessibilità organizzativa e gestionale, le strutture sono articolate in nuclei di max 20 p.l. [eventualmente più 2 p.l. di pronta accoglienza disponibili ad accogliere soggetti con un progetto terapeutico di una durata massima di 60 gg.].

I nuclei devono essere realizzati secondo gli standard dimensionali, di seguito indicati, nonché differenziati in termini organizzativi, secondo le problematiche affrontate, e in termini di standard di personale, secondo le tipologie di ospiti presenti.

Possono essere previsti uno o più nuclei per piano, anche con aree funzionali separate da eventuali corpi scala. Nel caso in cui il progetto terapeutico preveda la possibilità di separare alcuni spazi alberghieri (camere da letto più bagni di pertinenza) dal nucleo, la gestione di detti spazi rimane di competenza del nucleo, sempreché siano all'interno dello stesso edificio e nel rispetto del numero dei posti letto stabiliti per il nucleo.

Le strutture sono da articolare, sotto il profilo funzionale, sulla base dei seguenti servizi:

a) Area residenziale

- Camere e relativi servizi igienici
- Soggiorno
- Servizi igienici comuni
- Locale di servizio per il personale di assistenza, dotato di servizio igienico,
- Locale medici/ambulatorio (uno per piano)
- Depositi pulito/sporco

b) Area destinata alla valutazione e alle terapie

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche
- Locali polivalenti con attrezzature per le specifiche attività riabilitative

c) Area di socializzazione

- Angolo bar
- Sale polivalenti
- Servizi igienici comuni

d) Aree generali di supporto

- Ingresso con portineria
- Uffici amministrativi
- Cucina dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Magazzini
- Spogliatoi e bagni del personale
- Depositi pulito/sporco e materiali

STANDARD DIMENSIONALI

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle strutture sono determinati nei successivi punti.

Camere da letto

Le camere devono essere da 1 o 2 p.l., con annesso servizio igienico, e devono avere una superficie al netto della superficie dei servizi igienici:

- 7 mq per posto letto per camera multipla;
- 12 mq per posto letto per camera singola;

Il rapporto massimo tra camere doppie e singole deve essere pari al 50% per nucleo, nel caso in cui la struttura preveda la realizzazione di solo camere singole almeno il 10% deve poter essere trasformabile all'occorrenza in doppia, nel rispetto degli standard dimensionali previsti, e nel rispetto comunque del numero dei posti letto stabiliti per il nucleo .

L'altezza minima interna utile dei locali è fissata in 2,70 m. riducibili a 2,40 m. per i corridoi, i disimpegno in genere e i bagni. Nei comuni montani al di sopra dei m 1000 sul livello del mare può essere consentita, tenuto conto delle condizioni climatiche locali e della locale tipologia edilizia, una riduzione dell'altezza minima dei locali abitabili a m 2,55.

La camera di degenza deve garantire le normali e urgenti operazioni del personale medico e non medico ai due lati di ciascun letto.

Appare quindi rilevante allo scopo di facilitare i percorsi interni delle camere, l'adeguato posizionamento degli arredi fissi, o difficilmente spostabili, quali: porta, lavandino, tavoli e armadi, e i letti fissi.

In ogni caso le camere dovranno essere organizzate in modo tale da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione.

La camera, inoltre, deve essere dotata di specifici dispositivi di allarme, di chiamata del personale a ciascun letto.

Servizi igienici devono essere dimensionati e attrezzati per consentire l'accessibilità o l'agevole adattabilità all'uso dell'utenza, anche temporaneamente disabile, presente nell'area di degenza; inoltre devono essere direttamente asserviti alle camere di degenza.

Locale del personale

E' un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta con spazio per infermieri, dotato di carrello delle emergenze, completo di cardiomonitor, defibrillatore e farmaci di emergenza; eventuale carrello delle terapie e medicazioni, nonché armadio/deposito farmaci.

Nei locali per il personale devono essere previste apparecchiature tecnologiche finalizzate alla comunicazione interna (telefono, citofono, campanello di chiamata, ecc.) oppure soluzioni tecnologiche alternative, quali per esempio telefoni portatili ad uso interno, e comunque con la finalità

di mettere il personale addetto all'assistenza in condizioni di ricevere le richieste di aiuto ed assistenza provenienti dagli ospiti.

Locale medici/ambulatorio

E' un locale previsto per ogni piano, da adibire a deposito cartelle cliniche. Il locale deve essere provvisto di lavandino e di servizio igienico annesso.

Soggiorno di nucleo

Il soggiorno di nucleo è lo spazio per la vita di relazione, la lettura, l'ascolto della musica e per guardare la televisione; deve, pertanto, essere realizzato e dimensionato per essere flessibile e fruibile per le diverse attività proposte agli ospiti.

Superficie minima per utente: 1,50 mq.

Bagno assistito

Il bagno assistito, uno per la struttura, è l'area destinata all'igiene personale dell'ospite in condizioni di non autosufficienza, in totale sicurezza per l'assistito e per gli operatori; necessita di preciso dimensionamento e attenta organizzazione degli spazi (scelta e distribuzione degli arredi),

Il bagno assistito deve essere dotato di:

- lavandino
- vaso w.c.
- vasca assistita dotata di sportello apribile oppure barella doccia, regolabile in altezza
- vuotatoio

Ogni elemento del bagno assistito deve essere accostabile dai tre lati.

Il bagno assistito deve avere pareti rivestite in materiale lavabile e disinfettabile fino ad un'altezza di 2,00 m dal piano di pavimento.

La luce netta della porta del bagno assistito non deve essere inferiore a 90 cm (nel caso di porte a due o più battenti deve essere sempre garantito un passaggio con luce netta minima di 90 cm, realizzato con unico battente).

Deposito biancheria pulita

Il deposito biancheria pulita deve essere previsto in ogni piano, per consentire il ricambio della biancheria e la sua conservazione in perfette condizioni microclimatiche; a tal fine, il locale deve essere ben areato, privo di riscaldamento e attrezzato con scaffali metallici.

Nel caso in cui in sostituzione del locale per la biancheria si utilizzino solo degli armadi, è necessario prevedere un locale per il ricovero dei carrelli.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

Deposito biancheria sporca

Il deposito biancheria sporca deve essere previsto in ogni piano. Il locale deve essere ben ventilato tramite impianto di estrazione meccanica, dotato di idonea filtrazione, di almeno 8 vol/h e non

riscaldato, e deve avere pareti rivestite in materiale lavabile e disinfettabile fino ad un'altezza di 2,00 m dal piano di pavimento.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

Locale per attività ambulatoriali

Deve essere previsto per ogni struttura almeno un locale per prestazioni ambulatoriali, dotato di servizio igienico, destinato al controllo periodico degli ospiti, arredato con una scrivania, lettino visita, dotato di lavandino con rubinetteria con comando di tipo sanitario e delle attrezzature necessarie alle prestazioni in esso espletate.

Locali polivalenti con attrezzature per le specifiche attività riabilitative

Sono locali polivalenti dove è possibile svolgere diversa attività funzionale, che possono essere di vario tipo (disegno, pittura, modellismo, scultura, attività fisica, hobbistica in genere ecc.) e conseguentemente anche gli arredi e le attrezzature di tali spazi devono essere adeguati ai Progetti Terapeutici.

Superficie minima per utente: 1,50 mq. suddivisi anche in più locali con pareti mobili.

Soggiorni comuni

Sono spazi comuni, divisibili anche con pareti mobili o arredi, dove è possibile svolgere lettura, studio, hobbistica e attività relax. Sono ambienti dedicati allo studio e alle lezioni di pazienti che stanno proseguendo l'impegno scolastico (sala/e studio, sala computer).

Superficie minima per utente: 2,00 mq, suddivisi anche in più locali con pareti mobili, di cui almeno uno di dimensioni non inferiori a 40,00 mq.

Sala Pranzo

E' uno spazio che deve essere possibilmente collocato vicino al soggiorno, in modo da costituire un ulteriore punto di socializzazione tra gli ospiti.

Superficie minima per utente: 1,50 mq.

Servizi igienici ad uso collettivo

I servizi igienici a uso collettivo devono essere previsti per ogni piano della struttura, suddivisi per sesso, di cui uno accessibile come da DPR 24.07.1996 n. 503, e devono contenere almeno un vaso e un lavabo ciascuno.

Ingresso con servizio di portineria

L'ingresso con servizio di portineria può essere costituito da un unico ambiente, adeguatamente organizzato per essere punto d'informazione e di riferimento per gli ospiti e i visitatori.

La sua ampiezza deve essere tale da consentire un comodo accesso alle scale, agli ascensori, nonché ai corridoi di collegamento alle varie aree.

Uffici per la direzione e l'amministrazione

Gli uffici per la direzione e l'amministrazione devono essere ubicati preferibilmente al piano terra e in prossimità dell'atrio principale di ingresso.

Cucina

Il locale cucina, provvista di depositi e spogliatoi del personale di cucina, deve rispondere alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari di settore.

La cucina deve essere ubicata in modo da facilitare gli approvvigionamenti di derrate e lo smaltimento dei fumi e degli odori, che deve avvenire senza recare fastidi all'esterno e all'interno dell'edificio.

Nel caso di servizio in appalto esterno, è da prevedersi solo un locale di ricevimento derrate e sporzionamento, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare.

Lavanderia - stireria

Il servizio di lavanderia – stireria deve essere ubicato in locali idonei per l'ancoraggio delle macchine e per il contenimento delle vibrazioni che queste possono trasmettere alle strutture dell'edificio.

Nel caso la struttura si avvalga di servizio in appalto esterno, dovrà essere comunque prevista una adeguata lavanderia di emergenza.

Spogliatoi del personale

I locali adibiti a spogliatoio del personale con annessi bagni devono rispondere a quanto prescritto dal D.Lgs 3 agosto 2009 n. 106 all. IV e s.m.i.

Magazzini e depositi

I locali destinati a magazzini e depositi materiali igienici, collocati in modo da limitare quanto più possibile la lunghezza dei percorsi, devono essere ben areati, privi di umidità e dimensionati in relazione all'organizzazione della struttura.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

Percorso diagnostico terapeutico per persone con Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa e Requisiti organizzativi, gestionali e tariffe della Comunità Riabilitativa terapeutica e della Comunità Riabilitativa Educazionale

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 di un coordinamento, nonché di una formazione continua, affidati ad una struttura ospedaliero-universitaria regionale dedicata, nello specifico, al 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 dal 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 ambulatoriali di primo livello, ove presenti nel Dipartimento di Salute Mentale, o direttamente tramite il MMG/PLS, sono avviati al setting “intensivo” ospedaliero che può prevedere, in base ai bisogni terapeutici individuali: interventi ambulatoriali, ricoveri in reparto di degenza dedicato, ricoveri in day hospital psichiatrico dedicato. I criteri d’invio per PTC sono 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/PLS ed eventualmente al setting ambulatoriale territoriale, mentre, nel caso in cui il Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare ravvisi la necessità di proseguire il percorso terapeutico, il paziente può essere inviato in comunità terapeutiche residenziali temporanee dedicate tramite un Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) - Allegato D, Il Centro Esperto Regionale concorda con l’ASL/DSM di residenza o/e MMG/PLS e con la Comunità Riabilitativa terapeutica o la Comunità Riabilitativa Educazionale l’invio del paziente e concorda le modalità di inserimento. La struttura a sua volta comunica al Centro Esperto Regionale, all’ASL/DSM, all’MMG/PLS l’avvenuto inserimento del paziente.

Nel caso in cui l'ingresso nella Comunità Riabilitativa Terapeutica o nella Comunità Riabilitativa Educazionale avvenga direttamente tramite medici specialisti privati gli oneri di spesa sono a totale carico del paziente.

Nel caso di pazienti provenienti da altre Regioni l'inserimento nella Comunità Riabilitativa Terapeutica o nella Comunità Riabilitativa Educazionali è subordinato all'autorizzazione dell'ASL/DSM di residenza del paziente, la quale si assume l'onere del relativo costo di tutte le spesa sostenute.

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 valutazione multiprofessionale comprendete una visita psichiatrica-psicologica e una valutazione clinica complessiva, una visita di uno specialista dietologo ed eventualmente altre valutazioni di altri specialisti, in base alle problematiche emerse.

La funzione della visita psichiatrica-psicologica è indirizzata ad 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

La funzione della visita dietologica è la valutazione del quadro clinico del paziente e gli effetti del disturbo alimentare. In questa visita viene valutato se vi sono le condizioni cliniche per ritenere opportuno e probabilmente efficace un ingresso in Comunità. Nella valutazione è considerato anche l'Indice di Massa Corporea (IMC), il cui valore minimo accettabile è 13 e assenza di grave comorbidità psichiatrica in Asse I – DSM IV (disturbo depressivo maggiore, disturbo borderline di personalità, comportamenti auto lesivi e antisociali), nonché assenza di abuso o dipendenza di sostanza e alcol da almeno 6 mesi.

Nella valutazione deve essere presa in considerazione l'ambiente familiare ed i rapporti che intercorrono tra i diversi componenti della famiglia.

Nella valutazione complessiva e finale deve essere indicato il trattamento terapeutico previsto e concludersi con le seguenti valutazioni:

- 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 ritenuto idoneo ad essere ammesso in una Comunità Riabilitativa di tipo Terapeutico o Comunità di tipo Educazionale deve essere predisposta, da parte del Centro Esperto Regionale, una visita propedeutica all'inserimento presso la Comunità ricevente.

B) Le Comunità riabilitative

La Comunità si pone come percorso successivo al ricovero ospedaliero, in caso di DCA grave, o come percorso riabilitativo (terapeutico od educativo) di alta complessità nei casi in cui non occorrono le monitorizzazioni mediche. La Comunità Riabilitativa si rivolge a persone che soffrono di anoressia nervosa e bulimia nervosa di età \geq a 16 anni, che manifestano, permanentemente o in alcuni periodi, una difficoltà a mantenere gli obiettivi alimentari e di peso, concordati con gli specialisti di riferimento, e finalizzata a sostenere efficacemente un trattamento psico-terapeutico di tipo individuale e/o gruppale, e per i quali si ritiene utile e necessario un periodo di distacco dalla convivenza con i familiari, spesso caratterizzata 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 Riabilitativa residenziale è finalizzata al raggiungimento dei 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).

L'équipe terapeutica multiprofessionale

L'équipe terapeutica multiprofessionale della Comunità Riabilitativa è composta da figure professionali sanitarie (medici psichiatri, neuropsichiatri infantili, endocrinologi, ginecologi, nutrizionisti, psicologi clinici, dietisti, infermieri, educatori professionali ecc...). L'équipe 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.

L'équipe multidisciplinare con cadenza mensile deve confrontarsi con il paziente, ed eventualmente con i famigliari, nonché con il Centro Esperto Regionale o con i medici inviati nel caso di pazienti inviati da liberi professionisti o da strutture sanitarie di altre Regioni.

Contratto Terapeutico

All'ingresso in Comunità Riabilitativa il paziente o i suoi familiari in caso di minori si impegnano a sottoscrivere il Contratto Terapeutico, che è costituito dal Piano Terapeutico Individuale, dal Regolamento della Comunità che disciplina la vita comunitaria, nonché i rapporti con le persone esterne alla Comunità. Il Contratto Terapeutico prevede oltre

all'accettazione degli obblighi precedentemente elencati anche l'obbligo di una maggiore attenzione per la cura di se stesso ed una completa accettazione delle finalità del Progetto Terapeutico.

La durata media della permanenza nelle Comunità Riabilitative è di 3 - 6 mesi. Il periodo massimo di ricovero, anche con periodi non continuativi, è di massimo 36 mesi nell'arco di 5 anni.

Le attività nella Comunità Riabilitativa

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) o si accolgono i nuovi arrivati o si prende congedo da chi ha terminato il periodo di Comunità.

In fasi più avanzate del percorso riabilitativo, i pazienti possono essere riabilitati a preparare il pasto con l'assistenza di specifici 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 modalità organizzative: 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; in tale sede 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 con gli operatori. Qui vengono analizzate le dinamiche interpersonali e i vissuti condivisi nei confronti della patologia,
- gli ateliers comprendono "esperienze sensoriali" condivise, come esempio 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 endocrinologiche, dietologico-dietistiche, in cui si monitorano il peso, i parametri fisici e gli esiti degli 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 (mensile) con il paziente e tutta l'équipe.

In particolare, nell'équipe multi professionale deve essere individuato un terapeuta dedicato ai genitori dei pazienti o famigliari, che li accoglie all'inizio del ricovero in Comunità del figlio/figlia o congiunto, e che con loro effettuerà incontri periodici, garantendo una reperibilità telefonica per eventuali comunicazioni. Lo stesso terapeuta periodicamente condurrà un gruppo genitori e/o famigliari utile occasione di confronto e di scambio anche sui problemi legati nell'avere un figlio/una figlia o un congiunto 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'atto della dimissione il Responsabile Sanitario della Comunità Riabilitativa deve concordare con il Centro Esperto Regionale, con l'ASL/DSM e MMG/PLS di residenza il Progetto post-dimissione. Nel caso di paziente inviato da strutture sanitarie di altre Regioni il Responsabile sanitario della Comunità Riabilitativa deve concordare con i soggetti invianti il Progetto post-dimissione; così come nel caso di paziente inviato da specialisti privati.

Il progetto post dimissione deve essere predisposto in considerazione di quanto sotto elencato ed in considerazione anche di un follow-up di controllo nel tempo al fine di una corretta valutazione delle offerte relative alla soluzione di queste specifiche problematiche:

- percorsi di residenzialità terapeutica meno protetta: inserimento in un gruppo appartamento parzialmente supportato, possibilmente limitrofo alla Comunità, con effettuazione di visite periodiche in 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,
- proseguimento del trattamento a distanza attraverso tecnologie innovative,
- altri setting di cura

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 della cura e del 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

Comunità Riabilitativa Terapeutica di 10 posti letto		
Personale	Ore settimana	Note
Medico psichiatria	36	
Medici dietologi - nutrizionisti	5	Impostazione programma di riabilitazione nutrizionale, terapie individuali e di gruppo
Medici specialisti (endocrinologi/ginecologo ...)	2	Per affrontare le problematiche specifiche

		per ogni competenza
Psicologo, 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		Monitoraggio clinico, gruppo terapia, colloqui di supporto, assistenza ai pasti, tecniche di riabilitazione.
Educatore professionale, tecnici riabilitazione psichiatrica,	90	Gestione ed interventi nelle attività quotidiane ivi compreso il supporto-preparazione 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.
Laureati in Scienze della formazione	Fino ad un massimo di 12	In caso di specifici progetti terapeutici

Considerata la rilevanza dei costi del personale dedicato, di cui alla tabella precedente, che è il personale minimo che deve essere garantito dalla Struttura ai fini autorizzativi, la tariffa giornaliera omnicomprensiva è pari a 265,00 € per i pazienti inviati dal Centro Esperto Regionale della Regione Piemonte ed è a totale carico dei DSM del SSR.

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

Comunità Riabilitativa Educazionale di 10 posti letto		
Personale	Ore settimana	Note

Medico psichiatra	28	
Medici dietologi - nutrizionisti	5	Impostazione programma di riabilitazione nutrizionale, terapie individuali e di gruppo
Medici specialisti (endocrinologi/ginecologo ...)	2	Per affrontare le problematiche specifiche per ogni competenza
Psicologo, 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		Monitoraggio clinico, gruppo terapia, colloqui di supporto, assistenza ai pasti, tecniche di riabilitazione.
Educatore professionale, tecnici riabilitazione psichiatrica.	90	Gestione ed interventi nelle attività quotidiane-ivi compreso il supporto-preparazione pasti.
Dietiste	58,5	Assistenza al programma di riabilitazione nutrizionale, colloqui individuali e lavoro di gruppo
Terapeuti non convenzionali	12	Terapia di gruppo, tecniche di rilassamento, terapia corporea, psicomotricisti ecc.
Psicomotricista	9,5	Attività individuale e di gruppo
Laureati in Scienze della formazione	Fino ad un massimo di 12	In caso di specifici progetti terapeutici

Considerata la rilevanza dei costi del personale dedicato, di cui alla tabella precedente, che è il personale minimo che deve essere garantito dalla Struttura ai fini autorizzativi, la tariffa giornaliera omnicomprensiva è pari a 250,00 € per i pazienti inviati dal Centro Esperto Regionale della Regione Piemonte ed è a totale carico dei DSM del SSR.

Case Manager

Ogni paziente inserito nella Comunità Terapeutica deve essere affidato ad un Medico della Struttura per la cura e per la gestione delle problematiche clinico-sanitarie, nonché per quelle riabilitative e relazionali. A questo medico, case manager, sono affidate le competenze per relazionarsi con il Centro Esperto Regionale, con l'ASL/DSM, con il MMG/PLS, dell'ASL di residenza, nonché con gli eventuali medici specialisti o con le strutture sanitarie extra-regionali invianti.

Altresì, al case manager compete anche la stesura del Progetto Terapeutico alla dimissione.

Direttore Sanitario

Per ogni struttura dovrà essere individuato un medico psichiatra con incarico di Direttore Sanitario al fine di assicurare il coordinamento clinico, di ricerca, di didattica in collegamento con Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare,

oltre al coordinamento delle attività svolte all'interno della struttura. Il monte ore svolto per la suddetta attività deve essere oltre l'attività di diagnosi e cura.

Farmaci e accertamenti diagnostici

I farmaci, per i pazienti inseriti nella Comunità Riabilitativa Terapeutica e nella Comunità Riabilitativa Educazionale sono distribuiti direttamente dal Distretto in cui è ubicata la struttura per i pazienti ricoverati a carico del Sistema Sanitario Regionale. Per i pazienti provenienti da altre Regioni dovranno essere adottate le procedure dalle normative vigenti. Per i pazienti inviati direttamente da Medici specialisti sono a totale carico del paziente stesso.

Per gli accertamenti diagnostici o ulteriori accertamenti specialistici per i pazienti inseriti nella Comunità Riabilitativa Terapeutica e nella Comunità Riabilitativa Educazionale sono autorizzati dal Distretto in cui è ubicata la struttura per i pazienti ricoverati a carico del Sistema Sanitario Regionale. Per i pazienti provenienti da altre Regioni dovranno essere adottate le procedure dalle normative vigenti. Per i pazienti inviati direttamente da Medici specialisti sono a totale carico del paziente stesso.

Assistenza infermieristica

La struttura deve assicurare la presenza di un infermiere h 24 per numero massimo di 20 p.l.. Dalle 08.00 alle 20.00 con la presenza attiva di una unità, fino ad un massimo di 20 p.l., e di una guardia attiva notturna dalle 20.00 alle 08.00.

Volontariato

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne deve 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.

**Protocollo di Trattamento Complesso (PTC)
Criteri di invio presso la Comunità Riabilitativa Terapeutica
e la Comunità Riabilitativa Educazionale**

I soggetti che presentano una o più caratteristiche di seguito indicate possono essere eligibili nel 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,
- comorbilità psichiatrica grave e/o rischio di tentativo non autoconservativo,
- necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili.

I soggetti che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche possono essere inviate alla Comunità Riabilitativa Terapeutica:

- 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),
- stallone 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 e pubblicato integralmente <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/18-i-disturbi-del-comportamento-alimentare.-una-proposta-della-regione-piemonte-per-un-percorso-diagnostico-terapeutico-assistenziale.html>),
- necessità di un contenimento relazionale e del sintomo (gravità clinica elevata) a lungo termine (almeno 6 mesi).

I soggetti che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche oltre il primo punto possono essere inviate alla Comunità Riabilitativa Educazionale:

- 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)

Il Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) consiste in:

- rilevazione della personalità, temperamento e carattere,
- stili relazionali della famiglia,
- valutazione multi assiale DSM V,
- 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.

Il Progetto Terapeutico Individuale (PrTI) deve contenere i seguenti obiettivi:

- 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) e
MODELLO per la VALUTAZIONE del PiTI in itinere**

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita

Residenza

Codice Fiscale

Recapito telefonicocellulare

ASL di residenza

Medico di Medicina Generale/Curante.....

Recapito telefonico del Medico

DSM di riferimento

Specialista inviante

.....

Famigliare 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 :

.....

.....

.....

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 MEDICHE CONCOMITANTI

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

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 etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 A 1 MESE

- BMI
- Sintomi DCA
.....
.....
- Sintomi psichiatrici (ansia, depressione, etc.)
.....
.....
- Consapevolezza di malattia
.....
.....
- Test psicodiagnostici
.....
.....
- Rapporti con la famiglia
.....
.....

VALUTAZIONE DEI RISULTATI A 3 MESI

- BMI
- Sintomi DCA
.....
.....
- Sintomi psichiatrici (ansia, depressione, etc.)
.....
.....
- Consapevolezza di malattia

.....
.....
 Test psicodiagnostici

.....
.....
 Rapporti con la famiglia

VALUTAZIONE DEI RISULTATI A 6 MESI

BMI

Sintomi DCA

.....
.....
 Sintomi psichiatrici (ansia, depressione, etc.)

.....
.....
 Consapevolezza di malattia

.....
.....
 Test di personalità e psicodiagnostici

.....
.....
 Rapporti con la famiglia

RIVALUTAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE IN BASE AGLI OBIETTIVI PREFISSATI

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

Note

.....
.....
REFERENTE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE (PiTI)

Nome Cognome Firma

EQUIPE TERAPEUTICA MULTIPROFESSIONALE

Data.....

Nome CognomeFirma.....

Nome CognomeFirma.....

Nome CognomeFirma.....

Nome CognomeFirma.....

Nome CognomeFirma.....

Modello di Dimissione

**Al Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
Azienda Ospedaliera Città della Salute della Scienza della Città di Torino**

Al Centro di Salute Mentale – DSM - dell’ASL

Al MMG/PLS Dott.

Al Dott.(Specialista Inviante)

Si dimette in data il Sig./Sig.ra

Nata a il

Residente Via.....

Ricoverato/a presso questa Comunità Riabilitativa dal al

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

DCA.....

DSM V.....

**CONDIZIONI CLINICHE ALLA DIMISSIONE (sintomi psicopatologici, aspetti
personologici peso, sintomi alimentari, esami ematici, etc.)**

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

OBIETTIVI RAGGIUNTI E ANDAMENTO DEL PERCORSO

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

TERAPIA FARMACOLOGICA ALLA DIMISSIONE

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

INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI EFFETTUATI INTERVENTI RIABILITATIVI

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

NUTRIZIONALI EFFETTUATI

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

PROGETTO TERAPEUTICO NEL POST-DIMISSIONE

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

REFERENTE MEDICO PER LA DIMISSIONE

Nome.....Cognome.....

Recapito telefonico..... e-mail.....

Data Firma

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”, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato D) della D.G.R. n. 63 – 12253 del 28 settembre 2009;**
- 2) possedere un sistema di “qualificazione del personale” pianificato:**

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.

3) Coordinamento con i servizi sanitari e con i servizi sociali del territorio:

La struttura deve sottoscrivere degli impegni formali con i Servizi Sanitari del territorio, in modo da facilitare lo scambio di esperienze.

4) Adottare il Contratto di Ospitalità

Deve essere presente per ogni paziente ospitato nella Comunità Riabilitativa Terapeutica e nella Comunità Riabilitativa Educazionale un Contratto di Ospitalità fra la struttura e il paziente.

Nel contratto d'inserimento sono esplicitati i servizi resi, gli impegni del paziente, le le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali, l'accettazione della Carta dei Servizi, nonché modalità di pagamento dei servizi prestati.

5) Adottare Piano Terapeutico Individuale (PiTI);

Per ogni soggetto ospitato nella Comunità Riabilitativa Terapeutica e nella Comunità Riabilitativa Educazionale deve essere redatto un Piano Terapeutico Individuale (PiTI) e le successive verifiche.

6) 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.

7) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali ed organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale;
- 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 per la gestione di eventuali tentativi non conservativi;
- g) protocollo per la 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 nella Comunità;
- j) Corso BLSD base.