

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 238

Adunanza 22 ottobre 2021

L'anno duemilaventuno il giorno 22 del mese di ottobre alle ore 12:25 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto CIRIO Presidente, Fabio CAROSSO Vicepresidente e degli Assessori Chiara CAUCINO, Marco GABUSI, Luigi Genesio ICARDI, Maurizio Raffaello MARRONE, Vittoria POGGIO, Fabrizio RICCA, Andrea TRONZANO, ~~Elena CHIORINO, Matteo MARNATI, Marco PROTOPAPA,~~ con l'assistenza di Paola D'AMATO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: CHIORINO, MARNATI, PROTOPAPA

(Omissis)

D.G.R. n. 36 - 3977

OGGETTO:

Rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e relative tariffe delle strutture dedicate. Integrazione e revoca parziale della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42- 6860.

A relazione dell' Assessore ICARDI:

Premesso che:

- in attuazione delle indicazioni di cui ai Quaderni del Ministero della Salute n. 17 del 22 luglio 2013, "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione," la DGR 9 dicembre 2013 n. 42-6860, ha approvato:

- i requisiti strutturali delle Comunità per disturbi del comportamento alimentare
- il percorso diagnostico terapeutico per persone con anoressia nervosa e bulimia nervosa, i requisiti organizzativi, gestionali e le tariffe della Comunità riabilitativa terapeutica e della comunità riabilitativa educativa
- il progetto terapeutico individuale
- il piano individuale terapeutico
- la lettera di dimissione
- i requisiti per l'accreditamento della Comunità riabilitativa terapeutica e della comunità riabilitativa educativa,

sul presupposto della costante crescita del problema dei disturbi del comportamento alimentare quale problema di sanità pubblica, in grado di determinare condizioni di disturbo permanenti ed anche, nei casi più gravi, la morte dei soggetti affetti.

L'attenzione al disturbo è stata oggetto di definizione e linee di indirizzo del Ministero della Salute in più provvedimenti, e precisamente:

- il Piano d'azione nazionale per la salute mentale 2014-2017 definisce, tra gli 11 obiettivi per garantire il Livello Essenziale di Assistenza relativo alla Tutela della Salute Mentale, lo sviluppo del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei disturbi stessi, in collaborazione tra DSM, NPIA, MMG e strutture ospedaliere;

- i Quaderni del Ministero della Salute n. 29 del settembre 2017, "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" danno indicazioni a supporto nella cura dei disturbi dell'alimentazione, al fine di identificare correttamente le persone che necessitano di un supporto nutrizionale e mettere in atto i trattamenti nutrizionali più appropriati al momento opportuno;

- il documento "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: raccomandazioni per i familiari", a cura di Ministero della salute (Ministero Salute 28 marzo 2018) intende supportare i genitori e le famiglie fornendo delle prime risposte su come riconoscere i sintomi dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, a comprenderne la natura e a fornire un orientamento sulla scelta del trattamento;

- il documento del Ministero Salute di ottobre 2020 "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso (Revisione 2020)" dà indicazioni per il triage, la valutazione e la presa in cura dei soggetti fragili che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che si presentano in PS in condizioni di urgenza;

a ciò si aggiungono iniziative volte a sensibilizzare la popolazione sul tema, quali la promozione di una campagna di comunicazione digitale da parte del Ministero della Salute in occasione della "Giornata Nazionale del fiocchetto lilla" dedicata ai disturbi del comportamento alimentare e l'avvio, sempre da parte del Ministero della Salute, di un progetto di ricerca pilota per far fronte all'aumento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione causati dall'epidemia Covid-19 (15 marzo 2021).

Considerato conseguentemente che l'evolversi delle conoscenze e dei disturbi rendono necessario un aggiornamento di quanto disposto, a livello regionale, con la citata D.G.R. n. 42-6860/2013, in considerazione della variazione dei quadri clinici e dei criteri diagnostici, dell'aumento epidemiologico delle persone affette nell'ultimo decennio, con ulteriore incremento dell'incidenza a causa della pandemia, delle indicazioni intervenute a livello ministeriale, dei bisogni insoddisfatti di cura tuttora presenti nella regione Piemonte.

Preso atto che, per quanto riguarda i livelli di assistenza, già nel 1998 la Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ipotizzò, per il trattamento di queste condizioni, un **modello organizzativo** articolato in quattro livelli, a seconda delle necessità di intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera), prospettando una futura rete di assistenza su tutto il territorio nazionale, livelli facenti parte di una rete che garantisca l'appropriatezza dell'intervento con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, così individuati:

- **ambulatorio**, punto centrale dell'intervento, che deve rispondere al 60% della domanda di cura. È necessario che tale intervento garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'aspetto nutrizionale sia quello psichiatrico.
- **day hospital**, che garantisce un livello più intensivo di assistenza in ambiente ospedaliero con un attento monitoraggio delle condizioni cliniche e associato alla riabilitazione nutrizionale (pasti assistiti).
- **ricovero ospedaliero** in fase acuta; garantisce la presa in carico in momenti più critici della terapia, con lo scopo di stabilizzare le condizioni medico-psichiatriche, gestire le

complicanze acute associate al disturbo e preparare il paziente al passaggio ad un altro livello di trattamento.

- **livelli residenziali e semiresidenziali**, necessariamente extraospedalieri, garantiscono che la riabilitazione possa avvenire in un ambiente adeguato e "osmotico", dove giovani adolescenti e a volte bambini possano essere curati senza subire gli inevitabili effetti negativi di una lunga ospedalizzazione.

Dato atto che ad oggi dai rilievi effettuati dal Settore regionale competente nella Regione Piemonte risultano attive alcune sedi di cura dei disturbi dell'alimentazione, ma non si è giunti ancora a una capillare e integrata rete regionale per la cura ambulatoriale, ospedaliera e riabilitativa.

Rilevato dalle ricognizioni presso le Aziende Sanitarie territoriali ed ospedaliere che l'offerta di assistenza e ricovero risulta ad oggi in Piemonte essere frammentaria e non del tutto adeguata ad affrontare la complessità della patologie rientranti sotto la denominazione comune di "disturbo della nutrizione e dell'alimentazione", sia per quanto riguarda le fasi del ricovero ospedaliero, sia per quanto riguarda la presa in carico sul territorio e che, inoltre, esiste una rilevante mobilità passiva.

Dato atto che il trattamento di dette patologie richiede l'integrazione di varie competenze professionali anche specialistiche (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, nutrizionisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, endocrinologi, ginecologi) e che risulta necessario ridefinire un quadro di interventi integrati, con il coordinamento di professionalità qualificate e con l'eventuale integrazione di pubblico e privato accreditato, realizzando una rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza, al fine di attuare un percorso di cura appropriato e ottimizzato sul piano delle risorse impiegate.

Ritenuto di approvare, a tal fine, il "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" e le relative tariffe, redatto dai competenti settori regionali della Direzione Sanità e Welfare con il supporto di un gruppo di lavoro di esperti, che recepisce le indicazioni delle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", contenute nei Quaderni del Ministero della Salute n. 29 del settembre 2017 e del documento "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso" (Revisione 2020), allegato al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, a integrazione e modifica, per quanto non più richiamato, della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42-6860.

Ritenuto, pertanto, sulla base della revisione suindicata, di costituire la "Rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" a integrazione e modifica, per quanto non più richiamato, della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42-6860, definendo i seguenti livelli di presa in carico e cura del paziente:

1. Centro esperto regionale
2. livello di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)
3. livello ambulatoriale di primo livello
4. livello ambulatoriale complesso/semiresidenziale
5. livello ospedaliero (emergenza e PL dedicati di riabilitazione)
6. comunità terapeutica

Ritenuto di demandare alle Aziende Sanitarie territoriali ed ospedaliere l'attuazione di quanto di seguito indicato, previa adozione degli atti necessari da parte della Direzione Sanità e Welfare:

- a) promozione di programmi formativi in materia di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare per gli operatori sanitari (MMG, PLS, personale dedicato delle aziende ospedaliere e del territorio) e di informazione presso scuole e famiglie;
- b) l'apertura di un centro per terapia ambulatoriale specialistica presso ogni azienda sanitaria e di un centro di terapia intensiva di secondo livello in ogni quadrante (Q.1: Asl Città di Torino e della provincia; Q.2: AA.SS.LL. di Novara, Vercelli, Biella e VCO; Q.3: AA.SS.LL. Cn 1 e Cn 2; Q.4: AA.SS.LL. di Asti e Alessandria);
- c) attivazione presso ogni ospedale del "codice lilla" previsto dal documento del Ministero Salute di ottobre 2020 "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso (Revisione 2020)";
- d) attivazione di almeno 2 posti letto dedicati in ogni quadrante per i ricoveri urgenti ed almeno 8 posti letto presso il centro Esperto regionale, collocato presso la SC CER DCA dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, che svolge una funzione di coordinamento della rete dei servizi, dei compiti formativi e di ricerca, fornisce trattamenti ambulatoriali intensivi, attività di DH, di degenza ospedaliera e pronta disponibilità presso il pronto soccorso in via continuativa;
- e) individuazione, per la riabilitazione, di posti letto dedicati ove, superata l'emergenza nei reparti di degenza intensiva, le persone affette da DA possano proseguire cure h24.

Considerato che dalle risultanze del sopracitato Documento, approvato con la presente deliberazione, emerge la necessità di realizzare un intervento programmatico di portata complessiva rivedendo, alla luce delle nuove esigenze di cura, i setting residenziali proposti nella D.G.R. 9 dicembre 2013 n. 42-6860, e precisamente:

- aggiornare il fabbisogno complessivo territoriale ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. ad integrazione dei 20 posti letto (più 2 di pronta accoglienza) di Comunità Riabilitativa Educazionale per i disturbi da binge eating e obesità con tre strutture riabilitative per anoressia e bulimia con comorbidità psichiatrica accreditabili, così caratterizzate:
 - 2 Comunità Terapeutiche da 10 pl. ciascuna per minori (fasce 10-14/14-17 anni, fermo restando eventuali deroghe fino a 20 per specifiche esigenze, in particolare per assicurare la continuità della presa in carico e la conclusione del percorso terapeutico assistenziale a carattere residenziale)
 - 1 struttura SRP1 da 20 pl. per adulti (da 18 anni e oltre)
- revocare il carattere sperimentale della Comunità Riabilitativa Educazionale dando atto che la struttura Villa Giulietta con sede a Prunetto (CN) è stata autorizzata con Determinazione n. 947 del 10.06.2021 del Direttore della S.C. Distretto Nord Ovest dell'ASL CN1 per 20 posti letto più 2 di pronta accoglienza quale Comunità riabilitativa educazionale per i disturbi da binge eating e obesità.

Dato atto che è necessario, conseguentemente, a modifica della citata D.G.R. n. 42-6860, relativamente alle tematiche autorizzatorie, fare riferimento:

- a. per la CTM: per quanto riguarda la verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3 ed 8 quater del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., applicare i disposti di cui alla D.G.R. 22 marzo 2019 n. 31-8596 e smi (nello specifico, all'allegato D – strutture sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute mentale dei minori); per quanto riguarda i requisiti strutturali e gestionali ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento applicare i disposti di cui alla D.G.R. 5 aprile 2019, n. 22-8704 e all'allegato B) della D.G.R. 14 Settembre 2009, n. 25-12129, così come modificati ed integrati, in particolare relativamente alle risorse umane, nel "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi

regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" allegato alla presente deliberazione;

- b. per la SRP1: per quanto riguarda la verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3 ed 8 quater del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., applicare i disposti di cui alla D.G.R. 22 marzo 2019 n. 31-8596 e s.m.i. (nello specifico, all'allegato G - strutture residenziali e semi-residenziali, sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone adulte affette da patologia psichiatrica); per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento applicare i disposti di cui alla D.G.R. 3 giugno 2015 n. 30-1517 e s.m.i. così come modificati ed integrati per quanto concerne i requisiti gestionali, in particolare relativamente alle risorse umane nel "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" allegato alla presente deliberazione.

Ritenuto di disporre che la verifica ai fini autorizzativi delle strutture per la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare sopra individuate sia di competenza delle Commissioni di vigilanza delle ASL territorialmente competenti, mentre la verifica ai fini dell'accreditamento sia di competenza dell'ARPA.

Ritenuto di demandare alla Direzione Sanità e Welfare:

- l'aggiornamento tecnico dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento relativamente alle nuove strutture individuate, nonché della modulistica per la presentazione delle relative istanze;
- la ricognizione presso le Aziende Sanitarie delle disponibilità per l'attivazione di strutture pubbliche per i disturbi del comportamento alimentare, oppure, in caso si renda necessario far ricorso agli erogatori privati accreditati, la definizione dei criteri, avvalendosi del Centro esperto di riferimento regionale, per l'individuazione di strutture private mediante avviso di manifestazione di interesse.

Rilevato che agli esiti degli approfondimenti istruttori del gruppo di esperti si rende necessario, ad ulteriore modifica della citata D.G.R. n. 42-6860/2013, rivedere la dotazione delle figure professionali previste per la Comunità Riabilitativa Educazionale per i disturbi da binge eating e obesità, rendendo più aderente ai bisogni di cura la presenza delle varie tipologie di personale, riadeguando conseguentemente la tariffa ivi prevista come di seguito esposto:

Comunità Riabilitativa Educazionale per binge eating ed obesità (20 posti)

Figure professionali (calcolate su 20 posti)	Ore settimanali	Presenza
Psichiatra	28	5 giorni/7
Psicoterapeuta	40	5 giorni/7
Medico nutrizionista clinico	54	6 giorni/7
Infermiere	50	7 giorni/7
Operatore socio sanitario	170	7 giorni/7
Dietista	90	7 giorni/7
Educatore/Tecnico della riabilitazione psichiatrica	70	6 giorni/7
Consulenti per laboratori	10	Secondo progetto

Tariffa giornaliera rideterminata: euro 190 a carico del SSN, senza oneri a carico dell'utenza

Dato atto che gli oneri derivanti dall'applicazione del presente provvedimento rientrano nel finanziamento indistinto del SSR e che l'autorizzazione, l'accreditamento e la contrattualizzazione delle strutture di cui trattasi dovranno necessariamente avvenire nel rispetto della programmazione

sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole Aziende Sanitarie Regionali.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016, così come modificata con D.G.R. n. 1-3361 del 14/6/2021.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale unanime

d e l i b e r a

1) di approvare, a modifica ed integrazione della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42-6860, il "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" e le relative tariffe, allegato al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, che recepisce le indicazioni delle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", contenute nei Quaderni del Ministero della Salute n. 29 del settembre 2017 e del documento "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso" (Revisione 2020);

2) di costituire, sulla base della revisione suindicata, la "Rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" a integrazione e modifica, per quanto non più richiamato, della D.G.R. 9 dicembre 2013, n. 42-6860, definendo i seguenti livelli di presa in carico e cura del paziente:

- Centro esperto regionale
- livello di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)
- livello ambulatoriale di primo livello
- livello ambulatoriale complesso/semiresidenziale
- livello ospedaliero (emergenza e PL dedicati di riabilitazione)
- comunità terapeutica

3) di demandare alle Aziende Sanitarie territoriali ed ospedaliere l'attuazione di quanto di seguito indicato, previa adozione degli atti necessari da parte della Direzione Sanità e Welfare:

a) promozione di programmi formativi in materia di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare per gli operatori sanitari (MMG, PLS, personale dedicato delle aziende ospedaliere e del territorio) e di informazione presso scuole e famiglie;

b) apertura di un centro per terapia ambulatoriale specialistica presso ogni azienda sanitaria e di un centro di terapia intensiva di secondo livello in ogni quadrante come indicato in premessa;

c) attivazione presso ogni ospedale del "*codice lilla*" previsto dal documento del Ministero Salute di ottobre 2020 "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso (Revisione 2020)";

d) attivazione di almeno 2 posti letto dedicati in ogni quadrante per i ricoveri urgenti ed almeno 8 posti letto presso il centro Esperto regionale, collocato presso la SC CER DCA dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, che svolge una funzione di coordinamento della rete dei servizi, dei compiti formativi e di ricerca, fornisce trattamenti

ambulatoriali intensivi, attività di DH, di degenza ospedaliera e pronta disponibilità presso il pronto soccorso in via continuativa;

e) individuazione, per la riabilitazione, di posti letto dedicati ove, superata l'emergenza nei reparti di degenza intensiva, le persone affette da DA possano proseguire cure h24.

4) di rivedere, alla luce delle nuove esigenze di cura, i setting residenziali proposti nella D.G.R. 9 dicembre 2013 n. 42-6860, disponendo:

- l'aggiornamento del fabbisogno complessivo territoriale ai sensi degli artt. 8 ter/8 quater del D.lgs 502/1992 e s.m.i. ad integrazione dei 20 posti letto (più 2 di pronta accoglienza) di Comunità Riabilitativa Educazionale per i disturbi da binge eating e obesità con tre strutture riabilitative per anoressia e bulimia con comorbidità psichiatrica accreditabili, così caratterizzate:

- 2 Comunità Terapeutiche da 10 pl. ciascuna per minori (fasce 10-14/14-17 anni, fermo restando eventuali deroghe fino a 20 per specifiche esigenze, in particolare per assicurare la continuità della presa in carico e la conclusione del percorso terapeutico assistenziale a carattere residenziale)
- 1 struttura SRP1 da 20 pl. per adulti (da 18 anni e oltre);

- la revoca del carattere sperimentale della Comunità Riabilitativa Educazionale dando atto che la struttura Villa Giulietta con sede a Prunetto (CN) è stata autorizzata per 20 posti letto più 2 di pronta accoglienza quale Comunità riabilitativa educazionale per i disturbi da binge eating e obesità;

5) di disporre che, a modifica della citata D.G.R. n. 42-6860/2013, relativamente alle tematiche autorizzatorie, si farà riferimento:

- a) per la CTM: per quanto riguarda la verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3 ed 8 quater del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., applicare i disposti di cui alla D.G.R. 22 marzo 2019 n. 31-8596 e smi (nello specifico, all'allegato D – strutture sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute mentale dei minori); per quanto riguarda i requisiti strutturali e gestionali ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento applicare i disposti di cui alla D.G.R. 5 aprile 2019, n. 22-8704 e all'allegato B) della D.G.R. 14 Settembre 2009, n. 25-12129, così come modificati ed integrati, in particolare relativamente alle risorse umane, nel "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" allegato alla presente deliberazione;
- b) per la SRP1: per quanto riguarda la verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3 ed 8 quater del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., applicare i disposti di cui alla D.G.R. 22 marzo 2019 n. 31-8596 e smi (nello specifico, all' allegato G - strutture residenziali e semi-residenziali, sanitarie e socio-sanitarie destinate a persone adulte affette da patologia psichiatrica); per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento applicare i disposti di cui alla D.G.R. 3 giugno 2015 n. 30-1517 e s.m.i. così come modificati ed integrati per quanto concerne i requisiti gestionali, in particolare relativamente alle risorse umane nel "Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" allegato alla presente deliberazione;

6) di disporre che la verifica ai fini autorizzativi delle strutture per la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare sopra individuate sia di competenza delle Commissioni di vigilanza delle ASL territorialmente competenti, mentre la verifica ai fini dell'accreditamento sia di competenza dell'ARPA;

7) di demandare alla Direzione Sanità e Welfare:

- l'aggiornamento tecnico dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento relativamente alle nuove strutture individuate, nonché della modulistica per la presentazione delle relative istanze;

- la ricognizione presso le Aziende Sanitarie delle disponibilità per l'attivazione di strutture pubbliche per i disturbi del comportamento alimentare, oppure, in caso si renda necessario far ricorso agli erogatori privati accreditati, la definizione dei criteri, avvalendosi del Centro esperto di riferimento regionale, per l'individuazione di strutture private mediante avviso di manifestazione di interesse;

8) di rivedere, ad ulteriore modifica della citata D.G.R. n. 42-6860/2013, la dotazione delle figure professionali previste per la Comunità Riabilitativa Educazionale per i disturbi da binge eating e obesità, rendendo più aderente ai bisogni di cura la presenza delle varie tipologie di personale, riadeguando conseguentemente la tariffa ivi prevista come di seguito esposto:

Comunità Riabilitativa Educazionale per binge esting ed obesità (20 posti)

Figure professionali	Ore settimanali	Presenza
Psichiatra	28	5 giorni/7
Psicoterapeuta	40	5 giorni/7
Medico nutrizionista clinico	54	6 giorni/7
Infermiere	50	7 giorni/7
Operatore socio sanitario	170	7 giorni/7
Dietista	90	7 giorni/7
Educatore/Tecnico della riabilitazione psichiatrica	70	6 giorni/7
Consulenti per laboratori	10	Secondo progetto

Tariffa giornaliera rideterminata: euro 190 a carico del SSN, senza oneri a carico dell'utenza

9) di dare atto che gli oneri derivanti dall'applicazione del presente provvedimento rientrano nel finanziamento indistinto del SSR e che l'autorizzazione, l'accreditamento e la contrattualizzazione delle strutture di cui trattasi dovranno necessariamente avvenire nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alle singole Aziende Sanitarie Regionali.

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. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Alberto CIRIO

Direzione della Giunta regionale
Il funzionario verbalizzante
Paola D'AMATO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 22 ottobre 2021.

Allegato

Documento di revisione dei setting assistenziali e dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture appartenenti alla rete dei servizi regionali per la prevenzione e cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Il presente documento definisce misure e strumenti volti a prevenire e contrastare l'insorgere di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), recependo le indicazioni delle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", contenute nei Quaderni del Ministero della Salute n. 29 del settembre 2017 e del documento "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso" (Revisione 2020).

I Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano infatti una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani dei Paesi occidentali e sono stati inclusi tra le priorità relative alla tutela della salute mentale dal Ministero della Salute in quanto problema di salute pubblica in costante crescita.

Secondo la classificazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione (DSM-5) dell'American Psychiatric Association, si identificano all'interno dei DCA le seguenti diagnosi:

1. Pica
2. Disturbo di ruminazione
3. Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
4. Anoressia nervosa
5. Bulimia nervosa
6. Disturbo da Binge Eating
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
8. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione

Pica : identifica l'ingerire uno o più sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno un mese

Disturbo di ruminazione: richiede il rigurgito di cibo, che può essere rimasticato, deglutito nuovamente o sputato, per almeno 1 mese,

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo: consiste nel ridurre o evitare l'assunzione di cibo per mancanza di interesse o avversione al cibo

Anoressia nervosa: comportamento persistente di rifiuto del cibo che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso, con marcata paura di ingrassare ed alterazione del vissuto corporeo

Bulimia nervosa: identifica un comportamento con abbuffate di cibo e condotte compensatorie inappropriate in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi ed un'autostima eccessivamente dipendente dalla forma corporea

Disturbo da Binge Eating: è caratterizzato da abbuffate senza le condotte compensatorie di cui al punto precedente, vissuti depressivi e di imbarazzo, nonché uno specifico stile alimentare

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione: disturbi alimentari in cui non è possibile approfondire la diagnosi in un dato momento o disturbi alimentari che non soddisfano uno o più criteri dei precedenti disturbi

Tutte le situazioni elencate determinano un serio disturbo mentale e gravi compromissioni fisiche, oltre che sociali e relazionali, con esiti a volte drammatici per i pazienti e per le loro famiglie. La prevalenza di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e altri Disturbi del Comportamento Alimentare più o meno aspecifici si segnala – tra gli adolescenti e le donne adulte – intorno allo 0.5-1% per Anoressia Nervosa e all'1-3% per Bulimia Nervosa. Le forme subcliniche caratterizzate da una minore gravità del quadro sembrano colpire mediamente il 6 - 10% dei soggetti di sesso femminile. In adolescenza, il rapporto maschi/femmine per anoressia è 1-9. I Disturbi del Comportamento Alimentare, che hanno un'età di esordio sempre più precoce e necessitano di approcci che considerino il *continuum* temporale che caratterizza lo sviluppo di tali disturbi, hanno sempre effetti devastanti sulla salute psicofisica e sulla qualità di vita degli adolescenti e dei giovani adulti che ne sono affetti e, se non trattati tempestivamente, possono diventare una condizione permanente, cronica, o, nei casi più gravi, portare alla morte. Il rischio di morte per una persona con diagnosi di Anoressia Nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei soggetti sani della stessa età e sesso, collocandosi come la malattia psichiatrica a tasso di mortalità più elevato. Inoltre, i Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano la seconda causa di morte nella popolazione femminile in adolescenza dopo gli incidenti stradali.

Relativamente all'obesità, non infrequentemente in comorbidità con il Disturbo da Binge Eating, il problema dell'eccesso di peso riguarderebbe un minore su 4, mentre raggiungerebbe la quota del 46,1% tra le persone di 18 anni e oltre.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi e per la maggior parte limitati a realtà regionali. Uno studio di Favaro A. e coll. fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est Italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro paese. Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova stimava per l'Anoressia Nervosa una prevalenza puntuale dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. La prevalenza puntuale della Bulimia era dell' 1.8% mentre quella nell'arco di vita del 4.6%. Le forme di Anoressia sottosoglia registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6% mentre le forme atipiche di Bulimia raggiungevano una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%. La prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione era infine pari al 5.3%.

La prevalenza puntuale più prudente nei DA si aggira quindi attorno al 5%: si può perciò calcolare che in tutte le sue forme i DA possono affliggere circa 200.000 persone su una popolazione piemontese di 4.311.000 abitanti.

I quadri diagnostici più gravi – anoressia nervosa e bulimia nervosa – nelle stime più basse hanno una prevalenza di 0,5% (Anoressia Nervosa) e 1,2% (Bulimia Nervosa). Significa che in Piemonte si possono stimare circa 20.000 persone affette da anoressia nervosa e più del doppio di Bulimia Nervosa in differenti fasi di cura e in differenti forme di gravità.

Per il calcolo del fabbisogno sono più significativi i dati dell'incidenza.

L'incidenza, stimata, dell'anoressia nervosa è di almeno 8-9 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, tra gli uomini. Approssimando il dato a 10 nuovi casi per 100.000 in tutta la popolazione piemontese, significa che in ogni anno si verifica un numero di nuovi casi atteso di 431 ragazze e ragazzi affette da Anoressia Nervosa.

Poiché è noto che il 30% circa richiederà cure intensive ospedaliere, si calcola che 130 nuove persone ogni anno avranno bisogno di un ricovero per anoressia nervosa, e nel 40% dei casi può non bastare un solo ricovero. Vi sono inoltre persone che necessitano di ricovero e che si sono ammalate negli anni precedenti, che si vanno a cumulare ai nuovi esordi annuali. Sulla base di un recente

rapporto dell'ISS, che ha calcolato il tasso di ospedalizzazione per anoressia nervosa nella popolazione tra i 10 e i 59 anni, stimandolo in 25 ricoveri ogni 100.000, si ottiene un bisogno complessivo di ricoveri per anoressia nervosa in Piemonte di 642 persone/anno in relazione alla popolazione in quella fascia di età (circa 2.570.000 persone) . Numeri probabilmente aumentati negli ultimi 15 anni e durante la pandemia. La maggioranza dei pazienti ricoverati in ospedale richiede inoltre il prosieguo delle cure in un contesto ospedaliero riabilitativo e il 10% delle persone ricoverate necessitano di una comunità terapeutica riabilitativa per un lavoro intensivo. Pertanto si stima il numero di persone per cui occorre una comunità riabilitativa in circa 65 persone.

Dai dati regionali sulla mobilità passiva si può evincere che i ricoveri fuori regione (essenzialmente verso Veneto, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia) sono in media 170, di cui il 64% per obesità grave, il 14% per anoressia nervosa ed il 22% per altri disturbi alimentari.

Gli inserimenti in strutture residenziali per D.C.A. fuori regione (dato anno 2019) hanno riguardato circa 2.400 giornate di assistenza, per un importo complessivo di circa 500.000 euro.

I dati elencati attestano la gravità e la sempre maggior incidenza del problema, anche nell'età evolutiva, come rilevato anche dalle Linee guida.

Negli ultimi anni, e con ulteriore grave accentuazione del *trend* nel corso del recente periodo pandemico Covid-19, si è purtroppo assistito ad una crescita esponenziale del numero delle richieste di cura e dei conseguenti accessi ai Servizi ospedalieri (in acuzie) e ambulatoriali per tali problematiche, ad un'anticipazione del primo picco di esordio dei DCA, fino a coinvolgere gli anni dell'infanzia e della pre-pubertà, e ad un aggravamento della complessità all'esordio e conseguentemente della prognosi.

Arrivano ai Servizi di cura bambini e ragazzi in età sempre più giovane, con un aumento della prevalenza del sesso maschile rispetto al passato, con quadri clinici complessi e con caratteristiche sempre più sfumate.

Alle forme piuttosto rare della prima infanzia, come la Pica, il Disturbo di ruminazione ed il Disturbo della nutrizione e della condotta alimentare della prima infanzia, si affiancano oggi, in numero sempre maggiore, casi di bambini e preadolescenti con quadri clinici molto simili a quelli che fino a poco tempo fa si osservavano solo nell'adolescente e nell'adulto, come l'Anoressia e la Bulimia.

Il corpo è da sempre al centro della maggior parte dei conflitti, sia nei bambini che negli adolescenti: generalmente, crisi e conflitti trovano nei comportamenti alimentari una manifestazione sintomatica di espressione.

Accanto all'anticipazione dell'età di esordio, si sta assistendo ad una accentuazione della comorbidità con altri disturbi psichici, soprattutto disturbi dell'umore, d'ansia, DOC, disturbi da uso di sostanze, ma soprattutto comportamenti distruttivi e autolesivi, con plurimi accessi ambulatoriali anche a più Servizi in relazione alle specifiche competenze (NPI, Psicologia, SerD, Psichiatria, Pediatria); tali elementi conducono sempre più a identificare i DCA come un disturbo complesso con caratteristiche transnosografiche.

La complessità di tali disturbi appare inoltre legata alla tendenza intrinseca alla migrazione tra le varie categorie diagnostiche (il 30-50% delle pazienti con anoressia presenta sintomi bulimici life-time e circa il 90% del crossover è nei primi 5 anni di malattia), con conseguenti bisogni assistenziali differenti in fasi diverse di malattia.

Dal punto di vista clinico, se adeguatamente trattati, questi disturbi possono risolversi nell'arco di alcuni anni (in media 6 o più anni dall'esordio) conducendo, nel 70-80% dei casi, a una guarigione stabile con o senza sintomi residui sotto-soglia.

Allo stato attuale, una buona quota dei soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare non riceve una diagnosi e un trattamento adeguati: molti arrivano all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia e quando risulta più difficile ottenere una guarigione. Di conseguenza, è certamente importante un attento lavoro di sensibilizzazione e informazione con l'obiettivo di abbattere le barriere alla richiesta di cure, contrastare qualsiasi azione volta a provocare comportamenti anoressici o bulimici e comunque riconducibili a Disturbi del Comportamento Alimentare e indicare che sono disponibili trattamenti di documentata efficacia. Trattamenti che non possono prescindere da un intervento preliminare sulla formazione degli operatori e il riconoscimento dei Disturbi e che richiedono un approccio a rete, che integri varie competenze in una pluralità di *setting*: ambulatori, attività ambulatoriale complessa, ricovero ospedaliero e residenziale riabilitativo. Il programma di trattamento dovrebbe prevedere inoltre la definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo, espressione concreta della presa in carico da parte di una rete regionale per la prevenzione e il contrasto dei Disturbi del Comportamento Alimentare, nonché il coinvolgimento e il supporto alle famiglie dei pazienti.

Situazione nella Regione Piemonte

Sul territorio piemontese, con Deliberazione della Giunta Regionale 29 marzo 2010, n. 96-13749 sono state attribuite all'AOU San Giovanni Battista di Torino le funzioni di Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Presso alcune aziende, sono stati attivati percorsi ambulatoriali integrati tra le strutture di Nutrizione Clinica, Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile ed è attiva qualche esperienza di Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare, con la presenza di un'équipe multispecialistica costituita da medici psichiatri, da psicologi, da medici specializzati in dietetica e nutrizione clinica e da dietiste esperti nel settore, che operano in stretta integrazione.

Inoltre all'interno di quasi ogni Dipartimento di Salute Mentale esiste un gruppo di medici formato sullo specifico argomento dei DCA.

A marzo 2019, presso l'A.O.U Città della Salute e della Scienza è stato istituito il "*Codice Lilla*" sulla base del documento emesso dal Ministero della salute del marzo 2018, recante "Raccomandazioni in Pronto soccorso per un codice lilla", interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) che stabilisce i protocolli d'intervento adeguati nel caso di un paziente affetto da DNA.

I pazienti intercettati in Pronto Soccorso vengono inviati per la prima valutazione presso il Centro Esperto Regionale per la cura dei Disturbi dell'Alimentazione per la formulazione del progetto terapeutico.

L'attività di ricovero, oltre a quella svolta dai presidi pubblici, è supportata da erogatori privati accreditati presenti sul territorio e da strutture nelle regioni limitrofe.

L'organizzazione risulta però carente dal punto di vista della disponibilità di una rete multidisciplinare di accoglienza e cura del paziente e, in alcune ASL, l'équipe dedicata ai disturbi alimentari non è sufficientemente ben organizzata e/o sotto organico.

In particolare, la carenza riguarda il trattamento semiresidenziale e residenziale dei disturbi dell'alimentazione in quanto hanno avuto limitata attuazione le iniziative previste nelle DD.GG.RR. n. 7-5304 del 5 febbraio 2013 e 9 dicembre 2013 n. 42-6860.

Principi di trattamento

Come ben evidenziato nelle linee di indirizzo nazionali pubblicate nel 2013 e nel 2017, vi sono alcuni principi di cura che sono imprescindibili per un corretto approccio terapeutico ai DCA

1. Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA deve sempre includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico DCA dal quale il

paziente è affetto, del diverso decorso, della gravità e complessità del quadro clinico e delle diverse fasi del percorso

2. Le cure devono essere multidisciplinari, effettuate da équipe multiprofessionali, specializzate e formate nella cura dei DA. Possibilmente le cure vanno effettuate in un unico luogo dedicato. Le figure professionali coinvolte devono essere, a seconda dell'età del soggetto, il medico di base o il pediatra di famiglia; psichiatri o neuropsichiatri infantili; psicologi, psicoterapeuti, medici nutrizionisti clinici, internisti o pediatri, dietisti; possono essere variamente rappresentati in fasi specifiche del percorso altri specialisti (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc.), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali, ecc. E' auspicata la consulenza di specialisti medici per le complicanze ginecologiche, ossee ed endocrinologiche ed ogni altra prevedibile.
3. Per ogni paziente va previsto un progetto individuale di cura che delinei un percorso nel tempo del trattamento. Il progetto deve prevedere gli obiettivi del trattamento e gli step progressivi di miglioramento del soggetto affetto da DA, gli strumenti e le risorse dedicate dai servizi alla cura, i luoghi della cura. Il progetto individuale garantisce la continuità della cura e l'uso razionale delle risorse. Per ogni paziente l'équipe curante deve tenere traccia delle condizioni cliniche, degli obiettivi prefissati, delle terapie effettuate e registrare le riunioni di équipe dedicate e i progressi o regressi del soggetto affetto da DA.
4. L'accesso alle cure urgenti deve essere garantito in tutto il territorio.
5. I familiari vanno coinvolti nelle cure come risorsa e discutendo ove sia possibile il loro ruolo e le loro possibili azioni.
6. Il luogo privilegiato per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale. Il trattamento ambulatoriale, infatti, opera in continuità con l'ambiente sociorelazionale di chi soffre di DA, e i miglioramenti raggiunti tendono a essere più stabili perché ottenuti nel proprio ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, circa il 30% dei soggetti non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive ospedaliere e riabilitative.

L'attivazione della rete comporta la ridefinizione dei setting nel modo seguente

1. Centro esperto regionale
2. livello di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)
3. livello ambulatoriale di primo livello
4. livello ambulatoriale complesso/semiresidenziale
5. livello ospedaliero (emergenza e PL dedicati di riabilitazione)
6. comunità terapeutica

Essa si porrebbe come strumento per la realizzazione, in materia di disturbi del comportamento alimentare, di un sistema di "TRANSITIONAL CARE", cioè di azioni finalizzate a favorire e sostenere in tutti i territori la creazione di buone pratiche e di procedure specifiche sostenenti la prevenzione, la presa in carico precoce e modulata ai bisogni durante l'età evolutiva nonché il passaggio all'età adulta, attraverso una stretta collaborazione tra i Servizi che si occupano di minori, i Servizi che si occupano di Età Adulta, in integrazione con i Servizi di Dietologia che si occupano di tutte le fasce di età.

RUOLI ALL'INTERNO DELLA RETE

- 1) centro esperto regionale: svolge una funzione di coordinamento della rete dei servizi e dei compiti formativi e di ricerca. Il centro esperto deve fornire trattamenti ambulatoriali intensivi, attività di DH, di degenza ospedaliera e pronta disponibilità presso il pronto soccorso in via continuativa. E' collocato presso la SC CER DCA dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e in esso opera una équipe multidisciplinare integrata.
- 2) livello di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)

I medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono fondamentali nel riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione, nell'ingaggiare pazienti e famiglie nelle cure e nell'indirizzare le persone affette al percorso corretto nel minor tempo possibile.

3) **livello ambulatoriale di primo livello**

In ogni ASL è prevista l'apertura di un centro per terapia ambulatoriale specialistica. la Direzione generale dovrà individuare la sede appropriata del centro, prevedere e garantire la presenza di personale multidisciplinare (psichiatra, psicologo clinico, nutrizionista, dietista, infermiere, OSS e tutte le figure ritenute necessarie) formato periodicamente, e garantire il funzionamento del servizio per almeno due giorni a settimana (14 ore)

4) **livello ambulatoriale complesso/semiresidenziale**

In ogni quadrante è costituito un centro di terapia ambulatoriale intensiva (centro di secondo livello). Le aziende del quadrante dovranno individuare la sede appropriata del centro, prevedere e garantire la presenza di personale multidisciplinare (psichiatra, psicologo clinico, nutrizionista, dietista, infermiere, OSS, educatore professionale e tutte le figure ritenute necessarie) formato periodicamente, e garantire il funzionamento del servizio per tutti i giorni feriali per almeno otto ore. Il centro ambulatoriale intensivo deve effettuare terapie anche giornaliere per i pazienti, essere in grado di fornire pasti assistiti, attività rieducative e terapie adeguate e in linea con i trattamenti più innovativi e completi

5) **livello ospedaliero (emergenza e PL dedicati di riabilitazione)**

Il livello ospedaliero si articola su tre attività: pronto soccorso, ricoveri urgenti intensivi, riabilitazione.

Presso i Pronto soccorsi: ogni ospedale deve attivare il codice lilla previsto dal documento del Ministero Salute di ottobre 2020 "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso lilla in pronto soccorso" (Revisione 2020). In particolare le Aziende Sanitarie devono formare il personale socio sanitario che opera nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione per la diagnosi e le cure urgenti e garantire un collegamento rapido con il centro DA di zona per tutti i pazienti che non risultano già presi in carico da una struttura pubblica o privata e che non necessitano di ricovero immediato.

Per i ricoveri urgenti vanno previsti almeno 2 posti letto dedicati in ogni quadrante. Presso il centro Esperto regionale sono previsti almeno 8 posti letto.

Per la riabilitazione vanno individuati posti letto dedicati ove, superata l'emergenza nei reparti di degenza intensiva, le persone affette da DA possano proseguire cure h24

6) **comunità terapeutica**

Come precedentemente descritto, circa 65 persone/anno possono avere bisogno di una comunità terapeutica riabilitativa per anoressia e bulimia con comorbilità psichiatrica. Stimando la presenza media in struttura di circa 240 giorni, i posti ipotizzabili sono circa 40.

Si prevedono:

- 2 Comunità Terapeutiche da 10 pl. ciascuna per minori (fasce 10-14/14-17 anni, fermo restando eventuali deroghe fino a 20 per specifiche esigenze, in particolare per assicurare la continuità della presa in carico e la conclusione del percorso terapeutico assistenziale a carattere residenziale)
- 1 struttura SRP1 da 20 pl. per adulti (da 18 anni e oltre)

Dotazione di personale richiesta

Comunità terapeutica per minori per DCA (10 posti)

Figure professionali	Ore settimanali	Presenza
Neuropsichiatra infantile	22	Almeno 3-4 accessi settimanali
Psicologo/ Psicoterapeuta	32	Almeno 5 accessi settimanali
Infermiere	48	7 giorni/7 Almeno 3 accessi settimanali
Operatore socio sanitario	120	7 giorni/7
Educatore/ Terapista riabilitazione psichiatrica	236	7 giorni/7
Dietista	72	7 giorni/7
Medico nutrizionista clinico	10	Almeno 3 accessi settimanali

La durata massima della permanenza è stabilita in 4 mesi, rinnovabili fino ad 8 mesi complessivi, previa motivata relazione clinico-assistenziale della Struttura inviante

SRP1 per DCA (20 posti)

Figure professionali	Ore settimanali	Presenza
Psichiatra	36	5 giorni/7
Psicoterapeuta	57	5 giorni/7
Medico nutrizionista clinico	36	5 giorni/7
Infermiere	252	7 giorni/7
Operatore socio sanitario	252	7 giorni/7
Dietista	90	7 giorni/7
Educatore	72	6 giorni/7
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	36	6 giorni/7
Consulenti per laboratori	20	Secondo progetto

La durata massima della permanenza è stabilita dal Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e comunque non è superiore a 18 mesi prorogabili di altri 6, con motivazione espressa e rivalutazione da parte della Struttura inviante.

Sulla base dell'analisi del costo dei fattori produttivi e della comparazione con le tariffe di analoghe strutture operanti in altre regioni, viene stabilita una tariffa giornaliera onnicomprensiva di euro 265 per le struttura per minori e di euro 250 per la struttura per adulti.

Attività di prevenzione

L'attività di prevenzione, che passa attraverso una formazione specifica in materia di corrette abitudini nutrizionali, è fondamentale per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare, essa passa attraverso attività di:

- **sorveglianza**, comprendenti:

rilevazione di incidenza e prevalenza DCA in Piemonte

individuazione delle aree piemontesi a maggior presenza di DCA

- **formazione**, rivolta a:

- studenti tra i 12 e i 19 anni, genitori, insegnanti delle Scuole secondarie di primo e secondo grado, personale delle società sportive e delle associazioni sportive dilettantistiche e delle scuole di danza, al fine di prevenire atteggiamenti scorretti circa l'alimentazione e il cibo, favorendo la cultura della corretta alimentazione e la prevenzione dei disturbi DCA;
- operatori: occorre che sia prevista una formazione capillare obbligatoria e continua per medico di medicina generale e pediatra di libera scelta tramite seminari formativi e distribuzione di materiale informativo, con la collaborazione del Centro Esperto.

Deve essere calendarizzata presso le singole aziende una formazione annuale di tutto il personale sanitario e sociosanitario operante in ogni livello di cura, con particolare attenzione agli operatori di pronto soccorso per la gestione dei pazienti in codice lilla.

Il Centro Esperto Regionale svolge una funzione di consulenza alle ASL per la formazione ed un ruolo di collegamento con formatori nazionali e internazionali, nonché il compito di organizzare corsi di formazione, anche universitari, per gli operatori piemontesi.