

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

**PIANO LOCALE DI CONTRASTO AI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE NEL TERRITORIO
di ATS BRESCIA**

DGR XI/7357 del 21/11/2022



Direzione Sociosanitaria
Direttore dott. Franco Milani

Dipartimento PIPSS
Ing. Luca Chinotti

Hanno partecipato alla redazione del Piano

Prof. Antonio Vita	Direttore DSMD ASST degli Spedali Civili di Brescia
Dott. Francesco Maria Saviotti	Direttore DSMD ASST del Garda
Dott. Andrea Materzanini	Direttore DSMD ASST della Franciacorta
Dott. Mauro Consolati	Responsabile CDCA ASST Spedali Civili di Brescia
Prof.ssa Elisa Maria Fazi	Direttore NPIA ASST degli Spedali Civili di Brescia
Dott.ssa Michela Franceschini	Direttore Percorsi di Cura e Assistenza ATS Brescia
Dott. Gianpietro Ferrari	Responsabile SS Salute Mentale e Dipendenze ATS Brescia
Dott.ssa Cecilia Zilioli	Dirigente Psicologa, Salute Mentale e Dipendenze ATS Brescia
Dott. Giovanni Maifredi	Responsabile SS Epidemiologia ATS Brescia

Contribuiranno alla realizzazione del Piano: il Dipartimento PAAPSS e la SSD Promozione della salute dell'ATS di Brescia.

INDICE

Premessa	4
Presentazione	4
Il contesto normativo	5
1. Inquadramento epidemiologico e analisi del bisogno territoriale.....	6
1.1 Stima degli assistiti con diagnosi di disturbo dell'alimentazione e nutrizione (DNA) nel territorio di ATS Brescia	7
1.2 Risultati	8
1.3 Utilizzo dei servizi	9
1.4 Criticità rilevate	11
1.5 Obiettivi ed azioni previste per il biennio.....	11
2 Sistema dell'offerta di cura	11
2.1 Ingaggio dei Servizi dei DSMD verso le persone con DNA	14
2.2 Criticità rilevate	15
2.3 Obiettivi e azioni per il biennio.....	15
3. Diagnosi precoce	16
3.1 Criticità rilevate	16
3.2 Obiettivi e azioni per il biennio.....	17
4. Presa in carico.....	18
4.1 Criticità	18
4.2 Obiettivi e azioni per il biennio.....	19
5. La governance di ATS Brescia.....	19
6. Prospetto definizione azioni, responsabilità e fondi	20
7. Legenda acronimi	22
8. Normativa di riferimento.....	22
9. Allegato 1: Progetto ASST.....	23

Premessa

Il presente Piano biennale scaturisce innanzitutto dall'impegno dei professionisti delle tre ASST e dell'ATS di Brescia, coinvolti a vario titolo e livello nel percorso di cura e assistenza dei disturbi della nutrizione (DNA), dalla prevenzione al trattamento.

È frutto del lavoro di analisi e sintesi della normativa, nazionale e regionale, del contesto epidemiologico, dell'offerta dei servizi attivi sul territorio e delle possibilità di sviluppo alla luce delle risorse disponibili.

La proposta formulata dai Dipartimenti di Salute Mentale delle tre ASST e discussa con ATS è stata poi presentata agli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale e della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che hanno fornito le loro osservazioni, accolte, laddove possibile, nel piano.

Sinteticamente possiamo dire che il Piano è volto a migliorare aspetti organizzativi intra ed extra aziendali, finalizzati a:

- ✓ Costituire all'interno di ciascun DSMD una équipe dedicata ai DCA, con un referente responsabile;
- ✓ Istituire per ogni ATS un tavolo della rete di cura per i DCA, cui afferiscono anche rappresentanti dei MMG e PDF, articolazione degli OCSM e OCNPIA e le associazioni;
- ✓ Migliorare la raccolta dei dati;
- ✓ Pubblicare un censimento dei servizi pubblici e privati aggiornato periodicamente, fruibile da pazienti, familiari ed operatori sanitari;
- ✓ Arrivare alla definizione di PDTA in coerenza con le linee guida regionali e protocolli di riferimento per valutazione iniziale, per ammissione e dimissione dai vari setting;
- ✓ Favorire la formazione e la sensibilizzazione sul tema, negli ambienti scolastici, sportivi e associativi.

Presentazione

L'obiettivo del presente documento è di fornire uno spunto di riflessione e stimolo per tutti gli attori coinvolti e una prima definizione di rete dei servizi coerente e finalizzata alla presa in carico delle varie tipologie di pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione (DNA).

Nel Piano si è tenuto conto della mappatura dei servizi per pazienti con DNA presenti sul territorio regionale e di ATS Brescia di cui alla nota DGW, prot. n. G1.2022.0030992 del 25 luglio 2022; a fronte di una preliminare analisi del contesto nel territorio di ATS Brescia, tenuto conto della normativa, si propone poi di identificare le aree di criticità che prioritariamente necessitano di allocazione di risorse.

L'allegato n. 1 "Progetto per il potenziamento delle attività in favore dei pazienti affetti da DNA" a cura dei DSMD delle ASST Spedali Civili, Franciacorta e del Garda, costituisce parte integrante

del presente Piano Locale e ad esso si rimanda per ogni approfondimento relativo alle attività delle tre ASST coinvolte.

Il contesto normativo

Si ritiene utile delineare brevemente il processo normativo che ha creato le premesse al presente Piano e ne costituisce il fondamento.

La **legge 30 dicembre 2021, n. 234** ha disposto che, nell'ambito dell'aggiornamento dei LEA di cui al comma 288, il Ministero della Salute provvedesse ad individuare la specifica area dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) le cui prestazioni sono inserite attualmente nell'area della salute mentale (art.1) e istituire presso il Ministero della Salute il Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

In tale ottica, **il 21 giugno 2022 si è stilata l'Intesa** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'Allegato tecnico per la definizione di criteri, modalità e linee di intervento per l'utilizzo del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sulle procedure per la presentazione dei Piani di attività biennali da parte delle regioni.

Dal canto suo Regione Lombardia ha approvato il **23 febbraio 2021 la legge regionale n. 2** "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie", che si pone l'obiettivo di garantire la risposta al bisogno di salute in relazione ai DNA attraverso azioni d'implementazione, o il consolidamento ove già presenti, di percorsi strutturati nelle differenti realtà di cura allocando risorse per 1.500.000 euro annui.

La successiva DGR n. XI/5722 del 15 dicembre 2021 ha costituito la cabina di regia per la prevenzione e la cura dei disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in attuazione dell'art. 3 della succitata legge regionale n. 2 del 23 Febbraio 2021.

In data 8 agosto 2022 Regione Lombardia ha presentato al Ministero della Salute il "Piano biennale di attività per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", Piano che è stato approvato dal Sottogruppo di lavoro individuato dal Ministero della Salute.

Il Piano biennale di Regione Lombardia, approvato con la DGR XI/7357 del 21/11/2022, si compone di un Progetto di potenziamento e sviluppo della rete dei servizi in un'ottica di sinergia tra la Legge Regionale 2 e l'Intesa Stato Regioni del 21 giugno 2022 già citata, e del relativo piano finanziario.

Il Piano prevede due livelli di azione: un primo livello, regionale, cui sono attribuite azioni di sistema, il secondo, territoriale per cui sono attribuite alle ATS la programmazione e azioni attuative specifiche per il relativo territorio.

Le singole ATS sono state quindi chiamate a predisporre le proprie progettualità biennali di contrasto ai DNA avvalendosi anche delle realtà associazionistiche di settore, orientandole a proposte di supporto, informazione e sensibilizzazione alle famiglie, agli utenti e ai cittadini.

Il piano regionale definisce 6 obiettivi principali, il relativo cronoprogramma, specifici indicatori, compiti e risorse definiti per ogni ATS.

La DGR n. 7357 del 15 dicembre 2022 ad oggetto "Potenziamento della rete dei servizi a favore di

soggetti che presentano DNA” si struttura come atto di indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l’attuazione della legge regionale 2 del 23 febbraio 2021 e prevede che tali risorse vengano allocate dalle ATS prioritariamente verso i servizi rivolti all’età adulta e in rafforzamento dell’attività ospedaliera soprattutto MAC. Tali risorse trovano integrazione all’interno del presente Piano in un’ottica di costruzione di una rete di cura per i DNA nel territorio di competenza e di applicazione di un PDTA condiviso tra tutti gli attori del sistema così come condivisa nelle sue linee generali con gli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale.

1. Inquadramento epidemiologico e analisi del bisogno territoriale

I Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) sono stati inclusi tra le priorità relative alla tutela della salute mentale (Ministero della Salute, 2013) in quanto problema di salute pubblica in costante crescita nei paesi industrializzati e frequente causa di disabilità nei giovani.

La prevalenza dell’anoressia nervosa è del 0.5-1% negli adolescenti e gli adulti di sesso femminile, quella della bulimia nervosa dell’1-3%.

Considerando i quadri sotto soglia si valuta una media del 6-10% dei soggetti di sesso femminile colpiti da DNA, 3-5% nella popolazione generale.

Relativamente al genere, il rapporto maschi/femmine per AN è circa 1-9.

È difficile al momento attuale valutare la diffusione nella popolazione di DNA a presentazione più subdola, con sintomi sfumati e sotto soglia, specie tra i giovani adolescenti, dove si rilevano spesso comportamenti evitanti rispetto ad alcuni cibi od ortoressici. I fattori socioculturali implicati nello sviluppo dei DCA non sono stati identificati con certezza, ma si pensa che un ruolo importante sia stato svolto dall’ideale di magrezza, sviluppatosi negli ultimi cinquant’anni nei Paesi occidentali, e dalla sua diffusione da parte dell’industria delle diete, della moda e della pubblicità. La rilevanza del ruolo dei fattori socioculturali è stata suggerita, almeno inizialmente, dall’osservazione che il disturbo colpiva prevalentemente adolescenti delle classi sociali più elevate nei Paesi occidentali; diversi studi hanno poi mostrato come l’immigrazione e l’acquisizione di modelli tipici della cultura occidentale possano favorirne l’esordio, mentre lavori più recenti sembrano indicare che laprevalenza è diventata simile nei vari gruppi etnici (GAT 2013).

Negli ultimi anni si è assistito a un costante incremento della diffusione di tali disturbi e alla loro comparsa in età via via più precoce. Dal punto di vista prognostico un trattamento adeguato può ottenere la risoluzione del quadro nel 70-80% dei casi. La stessa percentuale di pazienti si può giovare, per ottenere un risultato clinico apprezzabile, di trattamento ambulatoriale, mentre la quota rimanente richiede, almeno in alcune fasi della malattia, di accedere ad un setting terapeutico più intensivo.

Si segnala come la frequenza di comorbidità con altri disturbi psichiatrici non sia trascurabile e costituisca elemento prognostico sfavorevole.

Una buona quota dei soggetti con DCA purtroppo 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 sull'opinione pubblica per abbattere le barriere alla richiesta di cure indicando che sono disponibili – e le persone potenzialmente interessate dovrebbero esserne messe a parte – trattamenti di documentata efficacia (GAT 2013).

1.1 Stima degli assistiti con diagnosi di disturbo dell'alimentazione e nutrizione (DNA) nel territorio di ATS Brescia

Sono stati considerati quegli assistiti che nel quinquennio 2018-2022 hanno ricevuto una diagnosi di DNA in almeno una delle seguenti fonti informative:

- schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- accessi al pronto soccorso
- specialistica ambulatoriale
- psichiatria (46/SAN)
- esenzione 005

Il codice diagnosi utilizzati per l'identificazione degli assistiti sono quelli utilizzati all'interno del report "I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: UN'EPIDEMIAS NASCOSTA. Risultati del Progetto CCM – Azioni centrali del Ministero della Salute – Segretariato Generale Piattaforma per la lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme (triplo burden: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)".

Per le fonti informative che utilizzano i codici ICD-9 (SDO, Pronto soccorso e specialistica ambulatoriale) sono stati utilizzati i codici riportati in [Figura 1](#), sia che comparissero in diagnosi principale sia in una delle diagnosi secondarie.

Figura 1. Codici ICD-9 utilizzati per l'identificazione dei casi di disturbo dell'alimentazione

ICD-9-CM:	
3071	Anoressia nervosa
307.5	Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione
307.50	Disturbo dell'alimentazione, non specificato
307.51	Bulimia nervosa
307.52	Pica
307.53	Disturbo da ruminazione
307.54	Vomito psicogeno
307.59	Altri

Per il flusso Psichiatria (46/SAN) che utilizza codici ICD-10 sono stati utilizzati i codici riportati in [Figura 2](#).

Figura 2. Codici ICD-10 utilizzati per l'identificazione dei casi di disturbo dell'alimentazione

ICD-10-CM:	
F500	Anoressia nervosa
F501	Anoressia nervosa atipica
F502	Bulimia nervosa
F503	Bulimia nervosa atipica
F504	Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici
F505	Vomito associato con altri disturbi psicologici
F508	Altri disturbi dell'alimentazione
F509	Disturbo dell'alimentazione non specificato

1.2 Risultati

Al 31.12.2022 risultavano esservi 1.272 assistiti, di età compresa tra i 10 e i 65 anni, che hanno avuto un contatto con il SSR nel quinquennio precedente per disturbi dell'alimentazione, di cui 1.125 (88,4%) erano femmine con un'età media a fine 2022 di 30,3 anni più elevata nei maschi (Tabella 1 e Tabella 2).

Tabella 1- Assistiti per sesso in ATS Brescia al 31.12.2022

	N.	%	Età				
			Media	5°	25°	Mediana	75°
Femmine	1.125	88,4	29,5	15,5	19,6	24,4	37,5
Maschi	147	11,6	35,8	12,6	22,3	35,0	49,8
Totale	1.272		30,3	15,2	19,7	25,1	40,1

In Tabella 2 sono riportate la numerosità totale e per 1.000 abitanti, per disturbi dell'alimentazione per sesso e classi d'età in ATS Brescia al 31.12.2022 e rapporto maschi vs femmine. Il rapporto F/M è sempre a sfavore del sesso femminile e raggiunge il massimo tra i 15-19 dove si riconosce un solo caso i maschi ogni 26,6 femmine.

Tabella 2- Numerosità totale e rispetto alla popolazione per disturbi dell'alimentazione per sesso e classi d'età in ATS Brescia al 31.12.2022 e rapporto maschi vs femmine.

Classe di età	Numerosità casi			Numerosità x 1.000			Rapporto
	F	M	Totale	F	M	Totale	F vs M
10-14	38	17	55	1,3	0,5	0,9	2,4
15-19	272	11	283	9,2	0,3	4,6	26,6
20-24	278	16	294	9,6	0,5	4,8	19,5
25-29	138	21	159	4,6	0,7	2,6	7,0
30-34	92	9	101	2,9	0,3	1,6	10,6

35-39	48	13	61	1,4	0,4	0,9	3,8
40-44	66	8	74	1,7	0,2	0,9	8,3
45-49	60	16	76	1,3	0,3	0,8	3,9
50-54	60	14	74	1,3	0,3	0,8	4,6
55-59	46	17	63	1,0	0,4	0,7	2,7
60-64	27	5	32	0,7	0,1	0,4	5,3
TOTALE	1.125	147	1.272	2,8	0,3	1,5	8,0

1.3 Utilizzo dei servizi

Nelle tabelle successive è rappresentato l'utilizzo dei servizi ambulatoriali e di ricovero da parte degli adulti e dei minori. Si evidenzia che l'attuale offerta costituisce un'importante porta d'accesso per i soggetti con DNA; non è possibile però paragonare il dato rispetto all'utilizzo di professionisti del privato, per i quali non si dispone di dati, e nemmeno analizzare il percorso dell'assistito nell'arco della lunga storia della patologia.

Tabella 3- numero complessivo di utenti che nel quinquennio ha avuto un contatto con il CPS

DIAGNOSI_PRINCIPALE	NUMERO UTENTI (CPS - età 18-65 anni)				
	2018	2019	2020	2021	2022
50.0 - Anoressia nervosa	30	38	36	28	26
50.1- Anoressia nervosa atipica	2	3	4	4	4
50.2 - Bulimia nervosa	13	15	17	16	10
50.3 - Bulimia nervosa atipica	2	1	2	2	2
50.4 - Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici	3		2	1	3
50.5 Vomito associato con altri disturbi psicologici	1	1	1		1
50.8 - altri disturbi dell'alimentazione	2		2	1	1
50.9 - disturbo alimentazione non specificato	14	9	8	8	6
TOTALE	67	67	72	60	53

Tabella 4- numero complessivo di utenti che nel quinquennio ha avuto un contatto con ambulatorio dell'UONPIA

DIAGNOSI_PRINCIPALE	NUMERO UTENTI NEUROPSICHIATRIA AMBULATORIALE - età 10-18 anni				
	2018	2019	2020	2021	2022
3075 - SINTOMI O SINDROMI SPECIALI NON CLASSIFICATI ALTROVE - ALTRI E NON SPECIFICATI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE		3	2	8	4
30750 - DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE, NON SPECIFICATO	7	4	7	9	3
30751 - BULIMIA NERVOSA	2	1	1	2	2
30752 - PICA	2				
30759 - ALTRI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE	3	2	2	1	4
TOTALE	14	10	12	20	13

Tabella 5- RICOVERI IN SPDC età adulta

DIAGNOSI PRINCIPALE	NUMERO UTENTI (età 18-65)				
	2018	2019	2020	2021	2022
3071 - ANORESSIA NERVOSA	7	8	10	11	11
30750 - DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE, NON SPECIFICATO	6	3	7	7	9
30751- BULIMIA NERVOSA	3	6	3	8	4
TOTALE	16	17	20	26	24

Tabella 6- RICOVERI IN NEUROPSICHIATRIA età dell'infanzia e dell'adolescenza

DIAGNOSI PRINCIPALE	NUMERO UTENTI (età 10-18)				
	2018	2019	2020	2021	2022
3071 - ANORESSIA NERVOSA	8	7	11	19	14
30750 - DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE, NON SPECIFICATO	6	5	3	5	7
30751- BULIMIA NERVOSA	1			1	2
TOTALE	15	12	14	25	23

Tabella 7- RICOVERI FUORI CONTRATTO (intra ed extra regione): come si evince dalla tabella il trend è in aumento (DATI 43 SAN)

Invii 43/SAN DCA	2020	2021	2022
N. utenti NPIA	1	4	7
N. utenti PSI	1	1	2

Infine, si presentano i dati di degenza media nel quinquennio, sia per adulti che per minori:

Media giornate di ricovero per anno (SPDC adulti 18-65):

2018: 9.6 gg **2019:** 15.5 gg **2020:**18.3 gg **2021:** 15.1 gg **2022:** 10.9 gg

Media giornate di ricovero per anno (NPI minori 10-18):

2018: 76.7 gg **2019:** 53.9 gg **2020:** 62.5 gg **2021:** 59.5 gg **2022:** 59.2 gg

1.4 Criticità rilevate

Un primo approccio ai dati rileva la eterogeneità delle fonti (flusso 28 san, 46 san, 43 san, flusso NPIA, flusso SDO).

La qualità e affidabilità dei dati è collegata alla accuratezza della registrazione del corretto codice diagnostico e alla sensibilizzazione del personale sanitario rispetto all'importanza di porre diagnosi di DNA o di avviare l'opportuno screening diagnostico.

Un ulteriore limite con cui confrontarsi è relativo al fatto che il sistema epidemiologico in uso rileva prevalentemente le persone che fanno accesso ai servizi specialistici, mentre i dati sull'utenza che si rivolge al MMG o al sistema privato sfuggono alla rilevazione: in altri termini i dati di prevalenza e incidenza sono relativi alle persone che accedono ai servizi, specie se specialistici.

Attualmente i dati a disposizione relativi al territorio di ATS inducono a presumere che esista un numero rilevante di disturbi non diagnosticati. Le azioni quali l'organizzazione di procedure di diagnosi precoce per lo meno nella popolazione a più elevato rischio e il coinvolgimento del sistema delle cure primarie verranno discusse nel capitolo sulla diagnosi precoce.

1.5 Obiettivi ed azioni previste per il biennio

Implementazione di un sistema di reporting annuale sui DNA e attivazione di un data-linkage locale con il coinvolgimento delle cure primarie, dei DSMD, dei servizi del privato accreditato socio sanitario.

2 Sistema dell'offerta di cura

La Legge 234/2021 nell'ambito dell'aggiornamento dei LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 individua la specifica area dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, le cui prestazioni sono attualmente inserite nell'area della Salute Mentale (art 26 DPCM 12 gennaio 2017) con i corrispondenti ambiti di attività e ad accesso diretto.

La programmazione regionale si è nel tempo orientata allo sviluppo di una rete di équipe dedicate alla diagnosi e cura dei DNA costituita dal sistema dei servizi pubblici e privati

contrattualizzati in un'ottica di sussidiarietà, libera scelta del cittadino e parità tra erogatori pubblici e gestori privati.

I servizi si possono distinguere, in base alla tipologia prevalente dell'utenza, in:

- Servizi della salute mentale rivolti all'età evolutiva (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – UONPIA, reparti ospedalieri, strutture residenziali e semi residenziali territoriali);
- Servizi della salute mentale rivolti all'adulto (Centri Psico Sociali – CPS, reparti ospedalieri, strutture residenziali e semi residenziali territoriali);
- Ambulatori e reparti dedicati per lo più agli aspetti relativi alla nutrizione e alle implicazioni organiche dei DNA.

A livello di strutture si riporta quanto previsto dalla normativa regionale (Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2):

- gli ambulatori;
- i reparti ospedalieri;
- i centri diurni;
- i reparti di strutture accreditate a contratto;
- le strutture residenziali.

In particolare, tali strutture collaborano reciprocamente nel definire e realizzare i diversi livelli di intensità di cura e setting assistenziali, così come definiti nella medesima normativa:

- gli interventi ambulatoriali;
- le macro attività ambulatoriali complesse (MAC);
- i ricoveri ordinari e Day Hospital;
- i percorsi semiresidenziali;
- i percorsi residenziali.

I Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) rivestono un ruolo prioritario quale contesto di prevenzione, cura e garanzia della presa in carico sul territorio di competenza dei DNA e quale riferimento per i servizi dedicati al trattamento dei DNA, di primo e secondo livello, inserendosi insieme ai servizi del privato accreditato nella rete locale e regionale per i DNA. Inoltre i DSMD, in quanto Dipartimenti afferenti al polo territoriale di ASST, concorrono al processo di programmazione necessaria per garantire equità di accesso e continuità di cura dei DNA nel territorio competente. Le ATS e le ASST concorrono con le rispettive Direzioni alla programmazione e governo della domanda e dell'offerta. Inoltre, i DSMD includono sia i servizi per la salute mentale dell'adulto che per l'infanzia/adolescenza oltre ai servizi per le dipendenze, elemento che li rende il luogo ideale per garantire continuità di cure ai DNA, integrazione tra gli interventi e multidisciplinarietà.

Nell'ATS di Brescia la situazione dell'offerta dei servizi afferenti ai DSMD delle tre ASST è rappresentata sinteticamente nelle tabelle seguenti, **CPS e poli UONPIA rappresentano i possibili punti di accesso per le persone con DNA.**

CPS afferenti alle UOP

	Località struttura	Afferenza
Centro Psico-Sociale	Brescia, via Luzzago - 1° CPS	ASST degli Spedali Civili
Centro Psico-Sociale	Brescia, via Romiglia - 2° CPS	ASST degli Spedali Civili
Centro Psico-Sociale	Brescia, sedi perif. - 3° CPS	ASST degli Spedali Civili
Centro Psico-Sociale	Montichiari - 4° CPS	ASST degli Spedali Civili
Centro Psico-Sociale	Gardone V.T. - CPS di Concesio	ASST degli Spedali Civili
Centro Psico-Sociale	Lonato	ASST del Garda
Centro Psico-Sociale	Salò	ASST del Garda
Centro Psico-Sociale	Leno	ASST del Garda
Centro Psico-Sociale	Rovato	ASST della Franciacorta
Centro Psico-Sociale	Iseo	ASST della Franciacorta
Centro Psico-Sociale	Orzinuovi	ASST della Franciacorta

Poli territoriali UONPIA

	Località struttura	Afferenza
Polo Territoriale	Montichiari	ASST degli Spedali Civili
Polo Territoriale	Brescia, Roncadelle, Gussago	ASST degli Spedali Civili
Polo Territoriale	Gardone Val Trompia	ASST degli Spedali Civili
Polo Territoriale	Leno	ASST del Garda
Polo Territoriale	Salò	ASST del Garda
Polo Territoriale	Lonato	ASST del Garda
Polo Territoriale	Orzinuovi	ASST della Franciacorta
Polo Territoriale	Palazzolo s/O	ASST della Franciacorta
Polo Territoriale	Chiari	ASST della Franciacorta
Polo Territoriale	Iseo	ASST della Franciacorta

I Servizi del Polo Ospedaliero sono inseriti nella rete in quanto accolgono utenti con DNA nelle situazioni di particolare gravità e/o complessità.

Servizi del Polo Ospedaliero

	Località struttura	Afferenza
SPDC	Montichiari	ASST degli Spedali Civili
SPDC	Brescia	ASST degli Spedali Civili
SPDC	Gavardo	ASST del Garda
SPDC	Leno	ASST del Garda
SPDC	Iseo	ASST della Franciacorta
NPIA*	Brescia	ASST degli Spedali Civili
CDCA*	Gussago	ASST degli Spedali Civili

* L'offerta dei CDCA e del Polo Ospedaliero UONPIA sarà dettagliata nel sotto capitolo "Ingaggio dei Servizi".

Come si evidenzia ad ognuna delle tre ASST afferenti al territorio di ATS Brescia fa capo un DSMD. A questa organizzazione, gestita da erogatori con lo statuto di Enti Pubblici si aggiunge la dotazione di strutture residenziali e semiresidenziali per i percorsi terapeutico riabilitativi per l'utenza psichiatrica sia adulta che dell'infanzia adolescenza, dove si aggiungono i gestori privati accreditati del terzo settore. Si precisa che nell'offerta residenziale e semi residenziale presente sul territorio di ATS Brescia non sono previsti posti dedicati per i DNA.

2.1 Ingaggio dei Servizi dei DSMD verso le persone con DNA

All'interno del percorso di mappatura richiesta alle ATS dalla Cabina di Regia Regionale per i DNA, i DSMD hanno evidenziato come i servizi territoriali, **CPS e poli di NPIA, accolgono anche persone affette da DNA, come da loro compito istituzionale, seppur in assenza di un'équipe strutturata per i DNA** e senza essere dotati delle figure professionali richieste dalla Legge Regionale n. 2/2021. Pertanto, tali servizi limitano la loro azione ad una prima valutazione e all'invio successivo a centri specializzati, sia del setting ambulatoriale che residenziale, in particolare presso il **Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare afferente al DSMD della ASST Spedali Civili di Brescia.**

Il Centro offre a tutto il territorio di ATS Brescia diverse tipologie di intervento di seguito evidenziate.

Offerta Servizi del CDCA di Gussago

	Località Struttura	N. posti
Degenza di riabilitazione specialistica	Gussago	15
MAC	Gussago	5
Ambulatorio di riabilitazione specialistica	Gussago	

Il Servizio, collocato nel comune di Gussago, **è dotato di un'équipe multiprofessionale dedicata ai DNA e specificamente formata rispondente alle indicazioni regionali e accoglie utenti dai 16 anni.**

Per approfondimenti sul CDCA si rimanda al **p.to B2** dell'allegato "*Progetto per il potenziamento delle attività in favore dei pazienti affetti da DNA*" presentata dai Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze delle ASST.

Anche il reparto di degenza della UONPIA afferente a ASST Spedali Civili si è dotato nel tempo di un'équipe multidisciplinare formata sul trattamento dei DNA, in considerazione del fatto che si stima che circa il 30% delle degenze nei 16 posti letto sia determinata dal ricovero di

adolescenti affette da questa patologia, spesso associata ad altri disturbi e ad alto rischio connesso alle condizioni fisiche. Questo servizio è divenuto nel tempo punto di riferimento per tutto il territorio di ATS Brescia.

Inoltre è attivo da tempo un ambulatorio dedicato ai minori affetti da DNA rivolto al territorio di ASST Spedali Civili dotato di un'équipe multidisciplinare appositamente formata, che garantisce la continuità fra ospedale e territorio.

Per approfondimenti sul reparto di degenza UONPIA e sull'ambulatorio per DNA si rimanda al **p.to B1** dell'allegato "*Progetto per il potenziamento delle attività in favore dei pazienti affetti da DNA*" presentata dai Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze delle ASST.

2.2 Criticità rilevate

A fronte di quanto sopra illustrato e sintetizzato, si elencano in modo puntuale le seguenti criticità:

- assenza nei servizi di primo livello di equipe rispondenti ai criteri della norma regionale (équipe funzionale multidisciplinare multidimensionale composta in ragione delle necessità di cura almeno da psichiatra o neuropsichiatra infantile, internista, dietologo, psicoterapeuta, tecnico della riabilitazione psichiatrica, dietista, infermiere, eventuali altri professionisti con specifica formazione);
- non sono operanti le attività Ambulatoriali Alta Complessità (MAC) dedicate al DNA sulla fascia di età inferiore ai 16 anni, con conseguente sovraccarico del reparto di degenza;
- si rileva l'attivazione incompleta (10 su 15) dei posti letto di riabilitazione specialistica presso il CDCA, con conseguente aumento della lista di attesa;
- nel territorio di ATS Brescia non vi sono strutture residenziali o semi residenziali destinate, anche in parte, ai DNA: i posti di riabilitazione del CDCA non sono sufficienti rispetto alla richiesta del territorio di ATS Brescia e di conseguenza i servizi devono ricorrere all'utilizzo dei ricoveri fuori regione in regime 43 SAN.

2.3 Obiettivi e azioni per il biennio

Al fine di porre una prima soluzione alle criticità di cui sopra, si propongono seguenti obiettivi ed azioni, limitati, in questo capitolo del Piano, al rafforzamento dei servizi già rivolti ai disturbi DNA che rivestono nel Piano locale il ruolo di HUB rispetto a tutto il territorio di ATS Brescia:

- obiettivo 1: rafforzare l'attività svolta da ASST Spedali Civili verso le persone con DNA riconoscendone il ruolo di servizio di secondo livello e di riferimento (referral) per le équipe multiprofessionali dedicate e i servizi territoriali di primo livello, così come previsto in questo Piano e attivate in ogni DSMD secondo il modello Hub and Spoke;

- obiettivo 2: attivare nuovi posti di riabilitazione ospedaliera per consentire la riduzione degli inserimenti residenziali su posti non a contratto come previsto dalla DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022 e limitarla alle situazioni di eccezionale complessità;
- azione 1: rafforzamento attività MAC gestito da UONPIA e CDCA ASST Spedali Civili che erogheranno prestazioni a favore di tutto il territorio di ATS Brescia, anche per minori sotto i 16 anni;
- azione 2: incremento dei posti letto attivi presso la riabilitazione ospedaliera CDCA che erogherà prestazioni verso la totalità del territorio di ATS Brescia.

3. Diagnosi precoce

Ottimizzare il sistema di riconoscimento dei soggetti ad alto rischio o con quadro iniziale di DNA comporta diversi vantaggi per il singolo e per il sistema:

- riduce il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi iniziali e la presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali facilitando la recovery;
- contribuisce a ridurre lo stigma personale e sociale associato alla malattia, favorisce l'inclusione sociale e limita il processo di esclusione;
- garantisce ai soggetti all'esordio della patologia o ad alto rischio interventi specifici e appropriati, basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro mirata e appropriata;
- migliora la prognosi e contribuisce a ridurre il carico di disagio individuale e familiare oltre al costo a carico del sistema socio sanitario.

Il processo di inquadramento iniziale della persona con DNA è complesso, deve includere sia una valutazione internistico-nutrizionale che psichiatrico-psicologica in modo da contribuire a una prima definizione del percorso individuale, valutare il rischio e individuare il setting iniziale di cura: tale processo richiede un approccio interdisciplinare e trova sede di attuazione nei DMSD delle ASST. L'individuazione dei casi sospetti, invece, può avvenire in contesti differenti, sia in ambito sanitario (studio del MMG/PLS, DEA, reparto di degenza, consultorio familiare, ecc...) sia in contesto non sanitario (scuola, ambito lavorativo, ambiente sportivo o associativo).

Contesti differenti richiedono strategie specifiche per favorire il primo invio a un servizio competente e rendono necessaria la messa in rete di DSMD, servizi afferenti ai Distretti, MMG, PLS, centri adolescenza e scuole, Servizio Sociale professionale degli Enti Locali, il volontariato, terzo e quarto settore.

3.1 Criticità rilevate

Riguardo al tema della diagnosi precoce si riportano le seguenti criticità:

- le ASST non sono dotate al momento di équipe multidisciplinari previste dalla L.R. 2 del 23 febbraio 2021, art. 7 e quindi sono in grado di fornire un adeguato inquadramento iniziale che potrebbe pertanto risultare parzialmente adeguato o intempestivo;
- i professionisti delle Cure Primarie non hanno finora fruito di percorsi di formazione finalizzati all'individuazione dei segnali precoci di allarme per il rischio di insorgenza di DNA né esiste una procedura di riferimento attiva;
- gli operatori della scuola, dei contesti sociosanitari, delle realtà sportive associative e di volontariato non hanno finora fruito di percorsi di formazione finalizzati all'individuazione dei segnali precoci di allarme per il rischio di insorgenza di DNA, né esiste una procedura di segnalazione attiva.

3.2 Obiettivi e azioni per il biennio

A fronte delle criticità sopra rilevate si propone quanto segue:

- obiettivo 1: garantire una valutazione completa dal punto di vista psichiatrico, psicologico e nutrizionale, finalizzata ad una prima definizione del Progetto terapeutico individualizzato a tutte le persone affette da DNA che si rivolgono ai Servizi della Salute mentale (sia degli adulti che dell'infanzia e adolescenza);
- obiettivo 2: incrementare le competenze dei professionisti della salute progressivamente in tutti i contesti per il riconoscimento dei segnali di allarme per i DNA e individuazione dei soggetti ad alto rischio;
- obiettivo 3: implementare la sensibilizzazione sui DNA nelle scuole, contesti socio sanitari, realtà sportive associative, lavorative, di volontariato col coinvolgimento delle associazioni e in rete col Servizio di Promozione della Salute di ATS;
- obiettivo 4: attivare una procedura di riferimento condivisa tra gli stakeholder con focus sul ruolo di MMG e PLS e strumenti idonei (mail, linea dedicata ai DNA);
- azione 1: l'équipe multidisciplinare dedicata al DNA costituita in ogni ASST supporta i servizi territoriali della salute mentale nella fase di valutazione e di predisposizione del progetto terapeutico individualizzato, anche in collaborazione con le Cure Primarie (Medici e Pediatri di Famiglia);
- azione 2: strutturazione e realizzazione di percorsi formativi a favore degli operatori della salute mentale, MMG, PLS, operatori dei servizi sociali, ecc. con il supporto dell'équipe multidisciplinare;
- azione 3: azioni di sensibilizzazione e informazione a favore del terzo settore, volontariato, scuola e associazioni;
- azione 4: definizione del percorso diagnostico iniziale di DNA da includere nel sistema qualità di ogni ASST.

4. Presa in carico

Costituisce il processo in cui, a fronte di una domanda, viene progettato un percorso di cura rivolto alla persona e al suo nucleo familiare caratterizzato da un mantenimento continuativo del rapporto terapeutico, revisione costante dell'intervento e coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia.

L'art. 7 della L.R. 2 del 23 febbraio 2021 stabilisce che le ASST organizzino contesti di cura dedicati ai DNA prevedendo almeno l'implementazione di interventi ambulatoriali per l'intercettazione precoce, la diagnosi e l'eventuale invio dei pazienti ai contesti di cura e alle strutture più appropriati della rete regionale, nonché per la presa in carico delle situazioni gestibili a un primo livello.

I pazienti affetti da DNA rispondono a trattamenti ambulatoriali nella maggioranza dei casi; una quota minoritaria, stimata nel 30% (fonte Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013) necessita di interventi più intensivi come ambulatorio MAC, Day Hospital, riabilitazione ospedaliera, percorso comunitario. In un contesto a risorse limitate, nella prospettiva di realizzare quanto previsto dalla Legge Regionale sopra citata, si ritiene quindi prioritario potenziare i DSMD in quanto già capillarmente presenti sul territorio e già organizzati per garantire l'accesso iniziale e la presa in carico multidisciplinare dell'utenza psichiatrica in tutte le fasi della vita, anche in caso di comorbidità e doppie diagnosi.

La costituzione di équipe multidisciplinari dotate di psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo psicoterapeuta, medico internista, dietologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, dietista, infermiere dedicate ai DNA e a questo formate, collocate all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASST, costituisce un'azione fondamentale per sostenere e rafforzare l'azione di prese in carico da parte dei servizi di Salute Mentale nei confronti delle persone con DNA, garantendo quindi, tramite l'articolazione sul territorio dei servizi medesimi, un'equità e facilità di accesso a servizi di primo livello (CPS e Poli ambulatoriali UONPIA) in grado di garantire l'intercettazione precoce, la diagnosi e la presa in carico, oltre all'eventuale invio ai contesti di cura di secondo livello.

La presa in carico si intende estesa anche alla famiglia e al contesto di vita della persona, in un'ottica di valorizzazione delle risorse disponibili e di personalizzazione degli interventi.

4.1 Criticità

Attualmente i CPS e i Poli ambulatoriali UONPIA non possono fruire di un'équipe funzionale multidisciplinare e multidimensionale; l'assenza di personale formato e dedicato impatta negativamente sulla tempestiva presa in carico, sulla definizione di Piani di trattamento individuali e sull'appropriatezza dell'utilizzo di risorse sanitarie. Questo riduce l'autonomia del Servizio nel definire percorsi terapeutici appropriati.

4.2 Obiettivi e azioni per il biennio

Obiettivo 1: implementare centri di primo livello collocati nei DSMD che garantiranno équipe multi-professionali dedicate al DNA;

Obiettivo 2: garantire presa in carico integrata dell'età di transizione 14-25;

Azione 1: ogni ASST costituisce un'équipe integrata dotata di psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo psicoterapeuta, medico internista, dietologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, dietista, infermiere dedicate ai DNA e a questo formate e nomina un referente DNA;

Azione 2: ogni ASST affida alla équipe il compito di garantire collaborazione tra UOP e UONPIA al fine di assicurare la presa in carico di primo livello continua e integrata per pazienti di età compresa tra i 14 e i 25 anni (art. 8 comma 4 L.R. 23 febbraio 2021).

5. La governance di ATS Brescia

La DGR n. XI/7357/22 assegna ad ATS i seguenti compiti:

- Ricognizione offerta servizi per DNA
- Definizione del Piano Locale di contrasto per i DNA
- Coordinamento attuazione Piano Locale
- Monitoraggio e rendicontazione a Regione degli esiti
- Diffusione sul territorio del PDTA regionale
- Pianificazione e formazione del personale dei Servizi
- Censimento delle realtà associative e del Terzo settore
- Promozione di eventi di informazione e sensibilizzazione, in particolare rivolti all'ambito scolastico, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico territoriale.

Per realizzare alcune di queste azioni, ATS si avvarrà della istituzione del Tavolo della rete di cura per i DNA che include **Servizi DNA, MMG e PLS, scuola, ufficio scolastico provinciale, ambiti uffici di piano, associazioni e terzo settore, in coordinamento con OCSMD e OCNPIAD.**

Obiettivo: garantire livelli omogenei della presa in carico in tutto il territorio, attuare il coinvolgimento pieno dei familiari e delle associazioni nella organizzazione dei processi, monitorare gli esiti in ottica di miglioramento della appropriatezza costituiscono un obiettivo globale di medio termine.

Azione: istituire un tavolo della rete di cura per i DNA composto dai responsabili delle équipe dedicate per ASST/IRCCS, rappresentanti dei servizi a contratto per i DNA del territorio, rappresentanti dei MMG e PLS, ambiti, scuola e associazioni con le seguenti funzioni:

- recepire e diffondere nel territorio le linee di indirizzo aggiornate e il PDTA, così come previsti dal Piano Regionale per il contrasto ai DNA di cui alla DGR n. XI/7357/2022;
- attuare azione di monitoraggio dell'applicazione di strumenti valutativi condivisi, oltre a garantire la raccolta dei dati epidemiologici di interesse locale e regionale;
- promuove azioni per la formazione degli operatori e per la sensibilizzazione nel territorio di competenza, in accordo con le indicazioni regionali;
- in coordinamento con gli uffici di protezione giuridica delle ASST e in coerenza con le indicazioni regionali, definire orientamenti omogenei per la gestione della protezione giuridica delle persone con DNA.

6. Prospetto definizione azioni, responsabilità e fondi

Capitolo	Azione	Fondi	Indicatori	Responsabilità
1. Inquadramento epidemiologico e prima definizione del bisogno clinico	Avvio implementazione di un sistema di reporting annuale sui DNA		Report annuale sui DNA	ATS
2. Sistema dell'offerta di cura	Rafforzamento attività MAC presso ASST Spedali Civili Incremento MAC e attività presso la riabilitazione ospedaliera CDCA	DGR n. XI/7590/2022 € 171.387,00*	n. MAC effettuate nell'anno Consumo budget destinato superiore all'80%	ASST Spedali Civili
3.a Diagnosi precoce	Incrementare le competenze dei professionisti della salute		n. operatori DSMD formati sul DNA >= 50% nel biennio n. MMG/PLS formati sul DNA >= 50% nel biennio	n. 3 ASST
3.b Diagnosi precoce	Implementare la sensibilizzazione sui DNA	DGR n. XI/7357/2022 € 29.147,35**	Documentazione di almeno un evento di sensibilizzazione /anno Relazione annuale sulla sensibilizzazione nelle scuole, realtà sportive, associative	n. 3 ASST/ATS

3.c Diagnosi precoce	Attivare una procedura di riferimento per la valutazione iniziale condivisa tra gli stakeholder		Procedura inclusa nel sistema qualità di ogni ASST	n. 3 ASST
3.e Diagnosi precoce	Creazione sezione DNA dedicata sul Sito ATS e ASST		Pagina del Sito dedicata al DNA con esplicitazione delle modalità di accesso ai servizi	n. 3 ASST e ATS
4.a Presa in carico	Istituzione delle équipe multidisciplinari a sostegno e integrazione delle équipe di CPS sulla presa in carico	DGR n. XI/7357/2022 € 437.210,22**	Istituzione équipe multidisciplinare DNA per ogni ASST (comunicazione formale ad ATS) Individuazione di un referente aziendale ASST per i DNA (comunicazione formale ad ATS) Definizione e pubblicazione dei requisiti di apertura e disponibilità dell'équipe n. pazienti DNA valutati dall'équipe multidisciplinare/n. pazienti DNA in carico al CPS RENDICONTAZIONE Tempi medi di attesa per presa in carico pazienti DNA	n. 3 ASST
4.b Presa in carico	Promuovere la collaborazione tra UOP e UONPIA per l'età di transizione 14-25		n. pazienti 14-25 anni valutati dall'équipe multidisciplinare DNA/ n. pazienti 14-25 anni presi in carico da UOP e UONPIA per DNA	n. 3 ASST
5.a Governance	Istituire in ATS Brescia un Tavolo della rete di cura per i DNA		Minimo un incontro semestrale del Tavolo	ATS
5.b Governance	Mappatura associazioni e servizi dedicati ai DNA		Pubblicazione sul Sito ATS della mappatura	ATS

Dotazioni informatiche, telefoniche e di cancelleria	Supporto alle azioni relative al Piano Locale	DGR n. XI/7357/2022 € 19.431,57**		n. 3 ASST
--	---	--------------------------------------	--	-----------

* fondi destinati ad ASST Spedali Civili - budget ambulatoriale.

** fondi suddivisi in parti uguali tra ASST Spedali Civili, ASST del Garda e ASST della Franciacorta.

7. Legenda acronimi

AN: Anoressia Nervosa

ASST: Azienda Socio Sanitaria Territoriale

ATS: Agenzia di Tutela della Salute

CDCA: Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare

CPA: Comunità Protetta Alta Assistenza

CPM: Comunità Protetta Media Assistenza

CPS: Centri Psico Sociali

CRA: Comunità Riabilitativa Alta Assistenza

DCA: Disturbi del Comportamento Alimentare

DEA: Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione

DGR: Deliberazioni della Giunta Regionale

DGW: Direzione Generale Welfare

DNA: Disturbi della Nutrizione e Alimentazione

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

DSMD: Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze

GAT: Gruppo di Approfondimento Tecnico

IRCSS: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

LR: Legge Regionale

MAC: macro attività ambulatoriali complesse

MMG: Medici di Medicina Generale

NPIA: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

PLS: Pediatri di Libera Scelta

PSI: Psichiatria

SDO: Schede di Dimissione Ospedaliera

SPDC: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

SRP: Struttura Residenziali Psichiatriche

UONPIA: Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

UOP: Unità Operative di Psichiatria

8. Normativa di riferimento

- Quaderni del ministero della Salute 17/22-luglio-agosto 2013
- I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: UN'EPIDEMIA NASCOSTA. Risultati del Progetto CCM – Ministero della Salute – TRIPLO BURDEN: MALNUTRIZIONE PER DIFETTO, PER ECCESSO E DA MICRONUTRIENTI (2018-2020) pubblicato nel 2021

- Decreto n.4408 del 18/04/2017 "Linee di indirizzo e principali raccomandazioni per il trattamento e la presa in carico dei soggetti adulti, adolescenti e pre-adolescenti, affetti da DNA"
- Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2
- DGR n. XI/7357 del 21/11/2022
- DGR n. XI/7590 del 15/12/2022

Allegato 1: Progetto per il potenziamento delle attività in favore dei pazienti affetti da DISTURBI della NUTRIZIONE e dell'ALIMENTAZIONE

Con la DGR n. XI/7357 "Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ai sensi dell'intesa del 21 giugno 2022 (rep. Atti n. 122/CSR): presa d'atto dell'approvazione da parte del Ministero della Salute e conseguente avvio della fase attuativa" Regione Lombardia delibera e finanzia, nell'ambito dell'attuazione dei Piani locali, la promozione di progetti coordinati con ATS per la realizzazione di una rete di equipe dedicate alla diagnosi e cura dei DNA, con il diretto coinvolgimento dei Dipartimenti per la Salute Mentale e le Dipendenze.

Con la DGR n. XI/7590 "Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) del 15/12/2022 Regione Lombardia delibera e assegna i finanziamenti previsti dalla L.R. 2/2021 al fine di migliorare la disponibilità dell'offerta dei servizi deputati alla cura dei DNA sia per l'età evolutiva che per l'età adulta

Con la presente nota si trasmette la bozza del possibile Modello di realizzazione delle attività specifiche, secondo le logiche di valorizzazione dell'integrazione e del lavoro di rete che contraddistinguono le Politiche sociosanitarie dei DSMD in tutte le sue articolazione dai servizi per adulti a quelli dell'età evolutiva nelle rispettive specificità e competenze e di una visione hub/spoke di fruizione ampia e condivisa all'interno del territorio della ATS di Brescia.

A. PROGETTO TERRITORIALE – presa in carico di primo livello (spoke) (da attuare nei 3 Dipartimenti afferenti ad ATS Brescia in relazione prioritaria alla DGR 7357)

BACKGROUND

Attualmente i disturbi del comportamento alimentare non sono presi in carico dai Centri per la Salute Mentale che, di norma, ne demandano la gestione specialistica ai Centri dei disturbi del comportamento alimentare, di cui il Centro di Gussago dell'ASST Spedali Civili di Brescia è il punto di riferimento per Brescia e tutta la provincia. Realtà diversa è quella dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, in particolare dotati di posti letto, che storicamente si fanno carico delle degenze dei soggetti con DNA soprattutto in fase acuta ed in situazione di estrema gravità, facendo da intermediari all'invio ai centri riabilitativi competenti. Anche in questo caso il reparto ospedaliero di NPIA dell'ASST Spedali Civili è il reparto di riferimento per il ricovero delle pazienti 0-

18 anni di Brescia e provincia per i DNA in fase acuta, peraltro con difficoltà relative al numero limitato dei posti letto ed alla durata, spesso molto prolungata, delle degenze. Queste modalità di gestione centralizzata, unitamente all'aumentata incidenza del DNA, rendono difficile a volte una presa in carico tempestiva che potrebbe evitare il ricorso al ricovero ed assicurare alle persone la necessaria continuità di cura. I disturbi dell'alimentazione, in quanto patologie gravi, necessiterebbero di una presa in carico da parte degli operatori dei Servizi territoriali della Salute Mentale che se, adeguatamente formati e supportati da una rete di natura multispecialistica ed interdisciplinare, potrebbero garantire continuità terapeutica e piani di trattamento individualizzati e condivisi, così come già avviene per molte delle patologie psichiatriche gravi.

Al riguardo, anche le migliori evidenze scientifiche ad oggi disponibili raccomandano l'attuazione di Modelli di presa in carico da parte di équipe funzionali multidisciplinari e multidimensionali e la necessità di una variegata offerta di Servizi territoriali, residenziali ed ospedalieri.

Il principio sulla base del quale si è inteso predisporre il Piano aziendale delle attività a contrasto dei DNA è quella di costituire una équipe aziendale di consulenza specializzata operante in tutta l'ASST, fondata su logiche di lavoro per processi integrati e di rete, con possibilità di fornire risposte specialistiche ai molteplici bisogni di salute che le persone potrebbero presentare, a partire da una diagnosi precoce alla creazione di un progetto terapeutico adeguato, consulenza ai medici invianti e supporto terapeutico ai pazienti ed ai familiari. L'équipe aziendale specializzata per i DNA è stata progettata per intrattenere anche i rapporti con altri centri residenziali specializzati e con le strutture della rete dei servizi sanitari, psichiatrici e sociosanitari. La medesima individua gli eventuali aspetti personologici e relazionali e le co-patologie psichiatriche e mediche. Supervisiona e coordina i medici invianti nell'invio nei diversi setting/livelli di cura che possono rendersi necessari nel Progetto di trattamento (ambulatoriale ai diversi livelli di intensità, MAC, ricovero ospedaliero in acuto). Favorisce la presa in carico da parte dei Centri di Salute Mentale, fornisce consulenza specialistica e promuove la diffusione della conoscenza dei percorsi e l'aggiornamento, divenendo punto di riferimento clinico e organizzativo nel rispetto delle specificità delle caratteristiche e dell'età del paziente che possono andare dall'età infantile a quella adulta con problematiche diverse in relazione alle varie fasi di vita.

SCOPO

Lo scopo del presente progetto si sostanzia nelle seguenti finalità:

- Favorire l'implementazione ed il consolidamento di un Programma di intervento specifico per i DNA, sia per l'età adulta sia per quella evolutiva.
- Costituire una équipe aziendale di consulenza specializzata operante in tutta l'ASST, fondata su logiche di lavoro per processi integrati e di rete specialistica.
- Fornire risposte specialistiche ai molteplici bisogni di salute che le persone potrebbero presentare, a partire da una diagnosi precoce alla creazione di un progetto terapeutico adeguato, consulenza ai medici invianti e supporto terapeutico ai pazienti ed ai familiari anche in relazione alle diverse età e contesti di vita.

- Favorire i rapporti con i Centri residenziali specializzati e con le Strutture della rete dei Servizi sociosanitari, formali ed informali.
- Strutturare e consolidare una metodologia delle reti di patologia sull'asse Territorio-Ospedale.

OBIETTIVI GENERALI

- Assicurare la continuità di erogazione delle procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali nell'ambito dei DNA, in linea alla DGR XI/7357 e sulla base delle risorse disponibili.
- Favorire una "cultura comune" tra le varie competenze (multi)professionali, mediante modalità gestionali di integrazione dei processi specialistici nelle ASST.
- Incrementare le opzioni terapeutiche del Dipartimento e delle ASST.
- Monitorare le ricadute operative in termini di continuità delle cure e di outcomes per gli utenti.

CAMPO DI APPLICAZIONE

I Servizi e le Unità Operative delle tre ASST.

PERSONALE COINVOLTO

L'equipe aziendale multidisciplinare specializzata è composta, sulle base delle effettive risorse economiche disponibili, da almeno:

1 Medico Psichiatra del DSMD

1 Medico Neuropsichiatra infantile del DSMD

1 dietista o nutrizionista con formazione in DNA con contratto di libero professionista afferente al DSMD.

2 psicologi con contratto di libero professionista con competenze nell'età evolutiva e di terapia della famiglia, con la finalità di potenziare la possibilità di offrire supporti psicologici e famigliari all'interno dei CPS e dei Servizi di NPPIA.

In risposta ai possibili bisogni individuali, la rete integrata di cura deve potersi avvalere della consulenza degli specialisti delle differenti branche Mediche, quali ad esempio:

Medico Internista del Dipartimento di Medicina con formazione in DNA. Pediatra dell'ASST.

Medico Ginecologo dell'ASST.

OBIETTIVI SPECIFICI ED ATTIVITA'

Gli obiettivi specifici in capo all'equipe multidisciplinare sono correlati al perseguimento delle attività di:

- Diagnosi precoce
- Creazione di un progetto terapeutico individualizzato

- Attuazione del programma terapeutico con aggancio ai Centri Psico Sociali o ai servizi di Neuropsichiatria infantile competenti dei pazienti non conosciuti al DSMD
- Formazione continua personale a contatto con DNA
- Creazione di una rete che collega i Centri specialistici dei DNA, i Servizi territoriali, i Centri di psicoterapia privati ed Associazioni
- Sensibilizzazione nelle scuole e sul territorio rispetto alla tematica inerente i DNA in collaborazione con la NPIA e con i Centri Psico Sociali.

In particolare l'équipe multidisciplinare svolge:

- Attività di consulenza, ma non di presa in carico dei pazienti
- Attività di valutazione diagnostica psicologico/psichiatrica/nutrizionale
- Predisposizione del progetto terapeutico individualizzato in collaborazione con il Medico del Centro Psico Sociale o della Neuropsichiatria Infantile
- Attività in collaborazione con i Servizi del territorio (MMG, Pediatra di Libera Scelta, Comuni, ecc.)
- Attività per la creazione di rete con Strutture Residenziali e Semiresidenziali dedicata ai DNA
- Percorsi terapeutici e motivazionali alla cura
- Attività di formazione e di sensibilizzazione all'interno dell'ASST e nel territorio di competenza
- Attività di conduzione di gruppi di psicoeducazione per pazienti e familiari.

CRITERI DI ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

Le richieste di consulenza all'équipe multidisciplinare sono inoltrate dagli Specialisti delle U.U.O.O. afferenti all'ASST o dai MMG e Pediatri di Libera Scelta. Non è previsto di norma un accesso diretto da parte del paziente o dei famigliari.

L'invio può essere fatto con richiesta di consulenza per persone afferenti alle Unità Operative dell'ASST (sia in regime di ricovero sia ambulatoriale), o tramite il contatto telefonico con MMG/ Pediatra di Libera Scelta con invio su ricetta del SSR. Auspicabile sarebbe la creazione di una linea telefonica dedicata e la pubblicizzazione delle nuove iniziative clinico-terapeutiche offerte presso i MMG e Pediatri di Libera Scelta.

Per le persone che giungono tramite l'invio dai Pronti Soccorso aziendali saranno attivati i percorsi valutativi previsti per il codice-colore "CODICE LILLA", così come indicato dal Ministero della Salute.

MODALITA' DI GESTIONE: criteri organizzativi

L'équipe multidisciplinare dedicherà una mattina alla settimana (da valutare poi in base alle richieste) per le 1° visite e una mattina per eventuali altri incontri (controlli, equipe di supervisione ed equipe decisionali). Ciò determinerà la necessità di uno sgravio dell'attività clinica dei componenti dell'équipe sull'attività ordinaria di reparto o ambulatoriale a cui normalmente sono dedicati.

Prioritaria sarà la creazione di una rete di collaborazione con le Unità Operative di Medicina Interna, SPDC e Rianimazione per il ricovero in regime ospedaliero di pazienti con necessità cliniche urgenti così come con i reparti di Pediatria e di Rianimazione pediatrica.

MODALITA' DI GESTIONE: attività di valutazione, diagnosi e trattamento

La valutazione diagnostica può prevedere un accesso ambulatoriale MAC, preferibilmente collocato all'interno dell'Ospedale, dove programmare l'esecuzione in giornata di tutte o in parte le attività diagnostico-strumentali necessarie, tra cui le consulenze specialistiche più opportune a seconda del quadro clinico, come ad esempio il ginecologo, il rianimatore, il cardiologo, l'internista, il pediatra ecc.

La valutazione diagnostica si fonda sulle seguenti attività:

1. Visita psichiatrica o Neuropsichiatrica infantile in relazione all'età:
 - a. Inquadramento diagnostico del disturbo del comportamento alimentare secondo criteri DSM 5
 - b. Valutazione della presenza di comorbidità psichiatriche, del rischio suicidario, dell'abuso di sostanze, della presenza di aspetti personologici
 - c. Valutazione anamnestico-biografica con individuazione di eventi traumatici e stressanti, valutazione delle capacità, delle competenze e della motivazione, del contesto familiare e sociale
 - d. Prescrizione psicofarmacologica se necessario

2. Valutazione internistica-nutrizionale:
 - a. Definizione delle problematiche internistiche e nutrizionali (peso, BMI, EO, esami di laboratorio o strumentali)
 - b. Valutazione della possibilità di continuare il percorso in ambito ambulatoriale o della necessità di avviare il paziente a terapia in regime ospedaliero/residenziale (ricovero in reparto di Medicina interna o in Strutture Residenziali o Semiresidenziali per la riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione)
 - c. Bilancio di energia, dispendio energetico, composizione corporea e indicazione a utilizzo di integratori alimentari

3. Valutazione dietistica:
 - a. Raccolta dell'anamnesi alimentare e fornire indicazioni per ripristino di una dieta corretta
 - b. Promozione del monitoraggio delle abitudini alimentari attraverso diario alimentare
 - c. Attività in presenza per necessità di assunzione del pasto in modalità assistita

4. Valutazione psicologico-psicodiagnostica
 - a. Individuazione del profilo personologico
 - b. Attività diagnostica per la valutazione di un possibile percorso psicoterapeutico
 - c. Valutazione dei famigliari per studiare le dinamiche relazionali e loro coinvolgimento del progetto terapeutico
 - d. Valutazione della motivazione al percorso

La creazione del progetto terapeutico è effettuata in seguito alla consultazione della equipe con coinvolgimento degli operatori del Centro Psico Sociale o dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile di competenza e prevede:

- Indicazione a percorso ambulatoriale con invio/rinvio presso ambulatori NPIA (per minori) o Centri PsicoSociali. L'equipe multidisciplinare garantirà l'attività di consulenza rimanendo a disposizione per indicazioni terapeutiche e confronto. All'interno dei percorsi ambulatoriali verrà garantita la presenza del dietista/nutrizionista per la gestione del piano alimentare e se ritenuto necessario verranno fornite indicazioni rispetto alla psicoterapia familiare o individuale.
- Attività di follow up mensili o secondo necessità con nutrizionista/dietista.
- Indicazione a percorso presso Centro specialistico per disturbi del comportamento alimentare: per pazienti che necessitano di riabilitazione nutrizionale presso il centro specifico e per pazienti che accettano percorso ambulatoriale mostrando buona motivazione (su invio da parte del Centro Psico Sociale / Neuropsichiatria Infantile).
- Indicazione al ricovero presso l'U.O. di Medicina Interna o Pediatria: per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto o per la presenza di gravi complicanze fisiche (complicanze cardiovascolari, disidratazione, emoconcentrazione, ipoglicemia sintomatica, disfunzione multiorgano)
- Indicazione al ricovero presso SPDC: in presenza di gravi comorbidità psichiatriche negli adulti (scompenso psicotico, eccitamento maniaco, grave depressione, ideazione suicidaria) o in Neuropsichiatria Infantile per i soggetti in minore età

STRUMENTI

- Piano di Trattamento Individualizzato, con l'auspicio per l'adozione di una cartella clinica integrata a disposizione dei differenti specialisti che intervengono nel percorso diagnostico-terapeutico.
- Riunioni di equipe organizzative e funzionali all'integrazione dei processi e delle competenze delle varie figure coinvolte.
- Formazione specifica, supervisione tra pari e supervisione esterna dell'equipe multidisciplinare.

CONDIZIONI ORGANIZZATIVE

Il presente progetto richiede, oltre alle risorse umane già in dotazione ai DSM.D:

1. l'arruolamento e l'assunzione di operatori sanitari in regime libero professionale e con impegno orario settimanale da definirsi nel rispetto del finanziamento previsto da Regione Lombardia, così individuate:
 - a. Almeno 1 dietista/nutrizionista con formazione in DNA afferente al DSM.D
 - b. Almeno 2 psicologi afferenti al DSMD, ovvero, 1 psicologo e se possibile 1 psichiatra o 1 Neuropsichiatra Infantile
2. La stabilità di dette risorse per garantire il perseguimento nel tempo degli obiettivi proposti.

FASI DI REALIZZAZIONE

Il presente progetto si fonda sulla:

Gestione del periodo di transizione (change management), per mezzo della quale reclutare il personale necessario e favorire "l'allineamento" di tutte le persone coinvolte sulle medesime finalità. Essa si avvale della programmazione e realizzazione di attività coordinate, comprendenti gli aspetti di:

- Comunicazione e autorizzazione, finalizzate al consenso della Direzione Strategica e a sviluppare nel personale la consapevolezza degli obiettivi proposti. L'azione connessa alla comunicazione è supportata dalla diffusione delle iniziative per tramite di riunioni, nelle quali il cambiamento è dichiarato, le ragioni sono spiegate e discusse.
- Addestramento e Formazione, finalizzati a sviluppare nel personale le competenze necessarie a perseguire il cambiamento.
- Definizione degli indicatori e dei modelli di monitoraggio, redatti dall'équipe dedicata ai DNA. Il sistema di controllo che si vorrà attuare dovrà tenere conto delle informazioni di partenza (punto zero)
- Gestione del cambiamento che richiede l'attuazione di azioni condivise a tutti i livelli istituzionali, a breve e a medio - lungo termine, in ordine:
 - o alla struttura (riorganizzazione degli spazi e delle nuove funzioni)
 - o alla cultura e allo stile del management (cultura dell'integrazione multi professionale)
 - o al personale ed ai ruoli (costituzione della nuova équipe e ridefinizione degli ambiti di responsabilità e dei campi di attività)
 - o ai sistemi e ai processi (piena attuazione del modello proposto e incremento delle opzioni terapeutiche)
- Valutazione e comunicazione degli esiti. Per le caratteristiche di ampiezza e di profondità del cambiamento auspicato, la valutazione comprenderà:
 - o la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, mediante l'applicazione di un modello di monitoraggio degli indicatori individuati, alle scadenze stabilite, per pervenire a

valutazioni in ordine al grado di allineamento organizzativo conseguito e/o di eventuali scostamenti
o la descrizione dell'esperienza maturata ed il suo impatto sull'organizzazione, nell'ottica della valutazione di un processo di un'organizzazione che apprende.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'integrazione posta come obiettivo centrale di questo Progetto per mezzo della costituzione di un'equipe multidisciplinare, anziché, a solo titolo di esempio, di un ambulatorio dedicato che potrebbe anche essere per molti un'alternativa, ha il vantaggio di realizzarsi ai diversi livelli di operatività e per ciò qualificarsi anche per il criterio dell'efficienza. Detta integrazione soddisfa i diversi livelli di operatività, quali:

- il livello comunitario (integrazione tra operatore e utente).
- il livello professionale (integrazione tra professionalità diverse).
- il livello gestionale (integrazione tra Servizi).
- il livello istituzionale (integrazione tra strutture decisionali aziendali).

L'integrazione, in base ai criteri organizzativi e di intervento, è inoltre intesa in senso:

"orizzontale", per aree contigue al medesimo livello. In questo senso, sono ricercati possibili livelli di integrazione delle competenze, mediante metodologie condivise e, per questo, è fortemente auspicata la collaborazione con tutte le risorse organizzative possibili .

"verticale" riferita a percorsi di intervento o di trattamento, in cui il criterio dei possibili livelli di integrazione saranno centrati sui progetti di intervento specifici per età.

Relativamente al Progetto A (Territoriale) si propone che il finanziamento previsto dalla DGR 7357 sia equamente suddiviso tra le 3 ASST afferenti ad ATS Brescia, sia per la quota di risorse destinate all'acquisizione di personale, sia per quella destinata alla formazione, parte della quale verrà progettata ed effettuata congiuntamente.

B. PROGETTO OSPEDALIERO-RESIDENZIALE – presa in carico di secondo livello (hub) (da attuare presso la ASST Spedali Civili in relazione prioritaria alla DGR 7590).

Si articola in due parti: l'una ambulatoriale/MAC intraospedaliero in capo alla NPIA, l'altra residenziale/riabilitativa presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA) di Gussago, oltre all'integrazione con il Reparto di degenza dell'Unità Endocrino-Metabolica dell'Ospedale

B.1. RICOVERI E ATTIVITA' AMBULATORIALE/MAC Spedali Civili di Brescia

ANALISI DELL'ESISTENTE

Negli ultimi anni l'UONPIA dell'ASST Spedali Civili di Brescia ha assistito ad un aumento delle richieste di consultazione ambulatoriale e di ricovero per quanto riguarda soggetti in età evolutiva con Disturbi del comportamento alimentare che sono aumentati dal 2019 al 2022 con un picco nel 2021 in seguito alla pandemia e con età di insorgenza sempre più bassa anche in età infantile dai 8 anni. L'ambulatorio per DCA, peraltro attivo da circa 20 anni, segue attualmente circa 200 anoressiche provenienti dalla zona di riferimento dell'ASST Spedali Civili di Brescia con un aumento continuo di richieste e con una lista d'attesa di 2-3 mesi per una prima visita.

Nel 2019 sono state ricoverate c/o il nostro reparto 7 pazienti con DCA (9,2 % dei ricoveri dei pazienti con diagnosi psichiatrica), nel 2020 ricoverate 12 pazienti (12,8% del totale dei pazienti con diagnosi psichiatrica), nel 2021 28 pazienti (31,6% dei ricoveri di pazienti con diagnosi psichiatrica) e nel 2022 18 (20,3% del totale dei ricoveri di pazienti con diagnosi psichiatrica).

Si è assistito ad un abbassamento dell'età media dei ricoveri negli ultimi due anni (post-Covid). La durata media della degenza nei 4 anni è di circa 79 giorni.

La diagnosi è stata formulata rispettando i criteri diagnostici del DSM -V ed ICD – 10 (WHO, 1992)

Schema dei ricoveri per DCA negli ultimi 4 anni:

	2019	2020	2021	2022
TOT ricoveri	454	371	338	341
DCA	7	12	28	18
Pz con dg psic	131	107	113	113
Pz con dg neuro	323	264	225	228
DURATA media degenza	98,6	68,58	67,32	83,33
Brescia e provincia	6 Bs: 4 Garda: 1 Franciacorta: 1	11 Bs: 7 Garda: 1 Franciacorta: 3	25 Bs: 17 Garda: 5 Franciacorta: 3	15 Bs: 8 Garda: 4 Franciacorta: 3
Esterni	1	1	3	3
Età media	15.7	15.6	14.9	14.9
Range età	14-17	13-17.5	8-17	11-17

Le pazienti soddisfacevano i criteri per il ricovero (secondo APA):

- Alto rischio in atto collegato alla condizione fisica del paziente in particolare il peso (peso minore dell'85% del peso ritenuto sano per quel paziente) o perdita improvvisa di peso in seguito al rifiuto di cibo;
- Stato cardiaco (Frequenza Cardiaca <40 bpm);
- Ipotensione ortostatica (con incremento delle pulsazioni di 20 bmp o diminuzione della PA di 10 – 20 mm Hg/min dalla posizione supina a quella ortostatica;
- PA <80/50;
- Squilibrio elettrolitico (ipopotassemia, ipofosfatemia, ipomagnesiemia);
- Disidratazione;
- Temperatura <36° C;
- Segni di insufficienza cardiaca, renale, epatica;
- Ipoglicemia/diabete non controllato;
- Stabilità medica che si attua solo attraverso terapie per fleboclisi, alimentazione con sondino naso – gastrico o la necessità di esami di laboratorio giornaliero;
- Condotte e sintomi gravemente a rischio;
- Grave disturbo da dipendenze da sostanze in comorbidità;
- Intenzioni suicidarie;
- Disturbi psichiatrici che richiedono un ricovero;
- Motivazione e collaborazione molto scarse;
- Mancanza di supporto familiare adeguato.

Nella presa in carico sono state rispettate le linee guida di riferimento: "Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders APA 2006" e "Clinical Guideline 9 January 2004 NICE, National Institute for Clinical Excellence, UK".

Le modalità di accesso c/o il reparto sono state:

- 1) Ricovero d'urgenza dal PS pediatrico/adulti o in seguito a valutazioni NPI ambulatoriali in regime di bollino verde
- 2) Trasferimento da altri reparti internistici (medicina interna/pediatria) all'interno dell'azienda ospedaliera o provenienti da altre sedi.
- 3) Ricovero programmato su richiesta del neuropsichiatra territoriale che ha in carico il paziente ambulatorialmente
- 4) Ricovero programmato/urgente su richiesta di strutture riabilitative/terapeutiche specifiche e non per il disturbo alimentare (Comunità Residenziali Terapeutiche, Centri specialistici per i DCA)

Le difficoltà che attualmente sono vissute sono rappresentate dal fatto che la dimissione dal reparto di Neuropsichiatria Infantile e l'invio all'ambulatorio, non essendoci al momento la disponibilità di percorsi di MAC dedicati, può avvenire solo nel momento del raggiungimento almeno parziale di alcuni obiettivi sia in termini di peso e BMI, sia in termini di compenso psichiatrico, consapevolezza, capacità di collaborazione ed insight di malattia. Per questo motivo spesso i ricoveri da ricoveri d'emergenza si trasformano di fatto in ricoveri con una valenza già riabilitativa con una conseguente lunga durata degli stessi come si può evincere dalle durate di degenza media.

Nel caso in cui con il ricovero non si siano raggiunti in modo sufficiente gli obiettivi che permettono una presa in carico ambulatoriale, il paziente viene inviato ed inserito in una Comunità Residenziale Riabilitativa per la cura dei disturbi del comportamento alimentare con sedi in Regione ed Extra Regione in base al quadro clinico ed alle liste d'attesa (solitamente piuttosto lunghe).

In alcuni casi e solo con pazienti con età maggiore ai 16 anni si è potuto accedere direttamente al centro CDCA di Gussago previa valutazione da parte degli specialisti del centro stesso mentre il minore era ricoverato in NPI. Considerando però la presenza di liste d'attesa e la difficoltà per le pazienti di minore età di raggiungere in tempi brevi una motivazione alla cura sufficienti per affrontare il percorso riabilitativo, solo in pochi casi è stato possibile un passaggio rapido e diretto dall'ospedale al Centro.

Al momento attuale le pazienti dimesse dal reparto in condizioni cliniche sufficientemente stabilizzate vengono inviate all'ambulatorio specialistico dedicato multidisciplinare / multiprofessionale.

A livello ambulatoriale vengono valutati i pazienti (del territorio di Brescia) in prima visita e vengono presi in carico se in grado di affrontare un percorso ambulatoriale o avviati al ricovero nei casi di maggior gravità clinica. L'equipe è composta da un Neuropsichiatra Infantile, una dietista dedicata, una TERP dedicata e psicologhe della NPI. Tale ambulatorio rappresenta un ponte importante tra ospedale e territorio.

Le difficoltà che incontriamo sono date dalle degenze troppo lunghe che non sono positive per la paziente e difficili da sostenere per le famiglie e che comportano uno scarso turn over dei posti letto in NPPIA con difficoltà ad assorbire eventuali urgenze che si presentano in acuto in PS in particolare da territorio delle ASST di riferimento del nostro ospedale.

Si auspica un potenziamento e rinforzo dei percorsi che consentano un filtro in entrata che riduca il sovraccarico del reparto ed un passaggio più rapido e diretto dal regime di ricovero al regime riabilitativo in modo da evitare il prolungarsi della degenza e consentire un rapido avvio della riabilitazione extra-ospedaliera. Soprattutto per i pazienti con meno di 16 anni i percorsi riabilitativi post-dimissione richiedono tempi lunghi e spesso la necessità di dover accedere a sedi lontane dalla città di residenza.

Da queste riflessioni nasce la necessità di attivare posti MAC riabilitativi dedicati per 4-6 pazienti al giorno con DCA di minore età (inferiore ai 18) gestiti da equipe multiprofessionali che lavorino in stretta collaborazione con l'equipe di reparto e con il centro di riabilitazione della ASST Spedali Civili

di Brescia e con le equipe di neuropsichiatria infantile dei DSMD delle ASST di Franciacorta e Garda svolgendo funzioni di centro HUB per snellire ed efficientare i percorsi in entrata ed in uscita dal reparto e per completare la rete di cura. La proposta sarebbe anche quella di creare una rete preferenziale per l'accesso diretto dal reparto di NPIA al Centro di riabilitazione di Gussago in modo da ottimizzare i percorsi.

PROGETTO ATTIVAZIONE DI MAC PER PAZIENTI CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

La strutturazione di MAC dedicate ai soggetti con DCA (4-6 pazienti al giorno) ha lo scopo di ridurre i tempi di ricovero dei soggetti e di fungere da cuscinetto per i soggetti in regime ambulatoriale che presentano un peggioramento del disturbo alimentare. Il vantaggio del regime intermedio tra ricovero e ambulatorio è che i soggetti pur continuando la vita di tutti i giorni manterranno un supporto terapeutico intensivo: ciò rappresenta una strategia che può aiutare a ridurre il tasso di ricaduta dopo la dimissione (Quaderno del ministero della Salute, 2017). In un regime di MAC si possono affrontare:

1. la restrizione dietetica calorica e il sottopeso
 - a. correggere le complicanze fisiche della malnutrizione
 - b. raggiungere una condizione di normopeso ed affrontare le difficoltà nel processo di recupero di peso
 - c. normalizzare il comportamento alimentare: evitare specifici alimenti, contare le calorie, limitare o evitare l'alimentazione sociale) motivate da preoccupazioni eccessive nei confronti del peso e della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione
 - d. ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà
 - e. educare sugli effetti psicobiologici dell'essere sottopeso e considerare le implicazioni
 - f. discutere i pro e i contro di recuperare il peso
2. La restrizione dietetica cognitiva e correggere le conseguenze psicosociali della malnutrizione. La restrizione dietetica cognitiva è il tentativo di limitazione dell'assunzione di cibo per controllare il peso e la forma del corpo, indipendentemente dal fatto che esso produca un deficit energetico. Esso va affrontata nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione perché causa danno psicosociale e contribuisce a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

Attività richieste per realizzare il regime assistenziale di MAC:

- Individuare e formare il personale addetto in ogni suo componente per costituire l'Equipe specializzata
- Stabilire criteri di inclusione dei soggetti nel percorso di MAC riabilitativa
- Stabilire gli orari di apertura ed un calendario delle attività settimanali
- Effettuare incontri in Equipe a cadenza settimanale dove vengano presentati i casi dei

pazienti che hanno effettuato la prima visita, affinché venga stabilito il progetto terapeutico condiviso più adeguato e discussi i casi in carico per valutare l'andamento.

- Effettuare raccolta anamnestica approfondita ed esame neuropsichico dei soggetti, anche per individuare eventuali comorbilità psichiatriche.
- Monitorare esami ematici, problemi internistici e BMI nel tempo
- Introdurre dove necessario una terapia con psicofarmaci specifica e valutarne l'efficacia
- Somministrazione di test quali EDI-3, CDI, SCID-IV, K-SADS, TAS al tempo zero e a cadenza semestrale
- Stabilire i gruppi psicoeducazionali possibili ed iniziare ad effettuarli
- Effettuare psicoeducazione sui DCA e fornire strategie ai pazienti per affrontare i pasti in caso di difficoltà a domicilio.
- Pasto assistito: Gli obiettivi generali di questa procedura sono i seguenti: (1) normalizzare il comportamento alimentare (cioè la frequenza, la quantità e la qualità dei pasti); (2) promuovere l'incremento ponderale nei pazienti sottopeso o il mantenimento del peso; (3) aiutare i pazienti ad attenuare l'ansia e la paura nei confronti del cibo; (4) interrompere alcuni rituali alimentari che ostacolano l'assunzione di pasti normali; (5) sostenere una nuova attribuzione all'atto del nutrirsi, focalizzando sul suo valore biologico, ma anche sociale; (6) sostenere il paziente nella fase post-prandiale
- Impostare un diario alimentare con le caratteristiche della scheda di monitoraggio è usata per monitorare gli introiti alimentari, ma anche per registrare in apposite colonne con un asterisco ogni alimento considerato eccessivo (per facilitare l'individuazione delle abbuffate oggettive e soggettive), i comportamenti di compenso eliminativi e non eliminativi, gli eventi, i pensieri e le emozioni che influenzano l'alimentazione e gli eventi importanti che non hanno influenzato l'alimentazione. Può essere usata anche per registrare i livelli di fame e sazietà e per pianificare in anticipo l'alimentazione. Segnalare eventuali abbuffate e comportamenti di compenso.
- Gruppi aperti educazionali a cadenza settimanale.
- Gruppi aperti tenuti dal medico NPI a cadenza settimanale alle pazienti nelle diverse fasi di cura.
- Gruppi aperti tenuti dal medico NPI a cadenza mensile alle famiglie.
- Colloqui individuali effettuati dal medico NPI alle pazienti a cadenza quotidiana o comunque ogni volta che effettuano il MAC anche tramite la tecnica innovativa (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) EMDR

B.2. CENTRO PER LA CURA DEI DISTURBI ALIMENTARI - CDCA

Il Servizio (CDCA) è un reparto sito in un polo riabilitativo, al di fuori dell'ospedale generale. Può contare su una esperienza di trattamento riabilitativo dei DNA iniziata nel 1994 (Centro Pilota Regionale nel 1997).

L'offerta riabilitativa è erogata nell'attualità a adulti e minori a partire dai 16 anni di età.

Il Servizio è sovrazonale (pazienti da ASST Spedali Civili, altre ASST della provincia e provincie limitrofe) con possibilità di cura per quadri clinici di gravità variabile (acuzie e nutrizione artificiale escluse) con riabilitazione intensiva semiresidenziale/residenziale intermedia rispetto alle Comunità Riabilitative. Permette di sviluppare percorsi di cura per pazienti dall'età adolescenziale all'età adulta garantendo la continuità di trattamento e contenendo drop-out e migrazione tra servizi, spesso presenti in queste patologie. Può contare su un'équipe multidisciplinare (Psichiatra, Internista, Psicologo, Psicoterapeuta, Dietista, TeRP, Infermiere) in cui le figure professionali condividono a tempo pieno i luoghi di cura, dedicati in modo esclusivo al trattamento dei DNA. Peraltro, la separazione dell'intervento in Reparto per Acuti dalla Riabilitazione Intensiva in setting di cura dedicati in modo esclusivo ai pazienti con DNA si rivela particolarmente efficace in termini motivazionali. Oltre all'invio del MMG, del PLS e specialistico, consente anche un accesso diretto. Si occupa inoltre di formazione/supervisione e prevenzione sul territorio (scuola, comuni, enti territoriali pubblici e privati)

Sono presenti tre livelli di cura:

1. Ambulatorio Diagnostico-Terapeutico (Prime Visite, Approfondimento Diagnostico, Percorso Motivazionale, Visite Psichiatriche, Colloqui Psicologici, Psicoterapie Individuali, Psicoterapie Familiari, Supporto ai familiari, Visite Internistiche, Terapia Educazionale Individuale, Valutazioni Dietetiche, Controlli Follow-up) da lunedì a venerdì, festivi esclusi.

Nel 2022 sono state erogate 5502 prestazioni (5409 nel 2019) per 400 pazienti circa (26,3 % minori). Di questi: DSMD Spedali Civili 51,6 %; DSMD Franciacorta 16,9 %; DSMD Garda 17,9 %; DSMD Valcamonica e provincie limitrofe (Bergamo, Cremona, Mantova, Milano, Trento, Verona) 13,6 %

È il primo approccio al paziente (con coinvolgimento della famiglia) e nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica. Consente un trattamento adeguato per condizioni cliniche tali da non richiedere trattamenti intensivi. Precede sempre un eventuale ricovero in MAC o degenza (percorso motivazionale) ed è fondamentale al termine di esso per un follow-up efficace (6 mesi).

2. Riabilitazione Intensiva Semiresidenziale (MAC) per 5 posti (da 8.30 a 17.00, da lunedì a venerdì). Il trattamento riabilitativo è distribuito in percorsi di cura della durata di 4-12 mesi. Nel 2022 le prestazioni MAC sono state 1949 per 42 (28 nel 2019) pazienti (30,9 % minori). Di questi: DSMD Spedali Civili 69,0 %; DSMD Franciacorta 4,9 %; DSMD Garda 21,4 %; DSMD provincie limitrofe (Bergamo, Mantova) 4,7 %

È un trattamento diurno di intensità intermedia tra terapia ambulatoriale e degenza ordinaria, indicato per pazienti che non rispondono al percorso ambulatoriale, ma possiedono adeguata motivazione e sufficiente capacità di controllo sui comportamenti patologici. L'ambiente familiare deve essere tale da sostenere il paziente e le condizioni fisiche e psicologiche non richiedono

ricovero. Prevede tre pasti assistiti al giorno (i restanti vengono consumati al domicilio). Le attività comprendono: psicoterapia individuale, colloqui psichiatrici, colloqui con dietista, visite internistiche, attività di gruppo (dietista, psicologo, TeRP), colloqui e gruppi per famigliari. Può essere inoltre indicato quale seguito al trattamento di degenza ordinaria, come graduale passaggio all'approccio ambulatoriale.

3. Riabilitazione Intensiva Residenziale (DEGENZA h24) per 10 posti letto

Il percorso di cura è ha durata media di 4 mesi, da un mese (Degenza Breve) a un massimo di 6 mesi (Degenza Standard).

Nel 2022 il trattamento riabilitativo (saturazione 99,54 %) ha interessato 41 pazienti (27 nel 2019) (43,9 % minori; 11 pazienti pari al 26,8 % provenienti da NPI Spedali Civili).

Di questi: DSMD Spedali Civili 41,4 %; DSMD Franciacorta 19,5 %; DSMD Garda 24,4 %; DSMD provincie limitrofe (Bergamo, Cremona, Mantova, Trento, Verona) 14,7 %

È indicato per pazienti che non rispondono ai trattamenti prima descritti o con gravità tale da richiederlo in prima battuta. I pazienti hanno scarsa motivazione alla cura, stabilità medica solo attraverso monitoraggio continuo, necessità di supervisione per prevenire i comportamenti compensatori, comorbilità psichiatriche con necessità di trattamento intensivo e supervisione, fattori familiari e psicosociali che interferiscono. Le attività riabilitative sono le stesse del programma MAC. Dopo la dimissione può essere indicato un percorso di consolidamento in MAC; diversamente il paziente dimesso e accede al periodo di follow-up ambulatoriale (6 mesi).

Sono attivi collegamenti con: Associazioni dei pazienti e loro famigliari; MMG e PLS; Consultori territoriali, CPS, CRA, servizi ambulatoriali di NPIA, professionisti privati (pre/post riabilitazione intensiva residenziale/semiresidenziale); Reparti ospedalieri per acuti (Pediatria, NPIA, Medicina, Chirurgia, SPDC) e SubAcuti con condivisione di percorsi di cura per ridurre tempi di ricovero e eventuale nutrizione artificiale; Comunità Riabilitative per pazienti con necessità di trattamenti riabilitativi di durata oltre i 6 mesi.

Il potenziamento delle attività ha la finalità di dare risposta ai seguenti:

- Aumento richieste di cura (+ 35-40 %) dalla nostra provincia e provincie limitrofe
- Aumento richieste di cura nei Minori (in linea con quanto segnalato da NPIA)
- Riduzione tempi di attesa per Prime visite e trattamento riabilitativo (Semiresidenziale e Residenziale) (nell'attualità 4-5 mesi)
- Incremento dell'attività riabilitativa Ambulatoriale (raccomandata quale primo step di trattamento)
- Incremento dell'efficacia della riabilitazione psiconutrizionale tale da favorire l'alleanza terapeutica e la motivazione alla cura per ottimizzare i tempi di durata dei trattamenti Residenziali
- Gestione fase post-trattamento per il miglior recupero possibile del funzionamento

psicosociale in pazienti in giovane età.

- Coordinamento con reparti ospedalieri interessati da ricoveri di pazienti con DNA (NPIA, SPDC, Pediatria, Medicina, Chirurgia, SubAcuti) per ottimizzare i tempi di degenza in acuto.

Si considerano dunque utili al conseguimento degli obiettivi di cui sopra:

- Aumento dei posti letto per riabilitazione Residenziale da 10 a 14 posti-letto (da attuali 10)
- Incremento delle attività di psicoterapia e counseling psicologico individuale e di gruppo
- Incremento delle attività di riabilitazione nutrizionale/internistica
- Incremento delle attività di psicoeducazione/problem solving di gruppo per pazienti e per famigliari
- Interventi di formazione e supervisione in favore di strutture territoriali di 1° livello della nostra provincia e province limitrofe

Per tale impegno si rende necessario l'ampliamento e l'adeguamento del Centro per:

- Aumento del 40 % dei pazienti in Degenza
- Organizzazione di un Nucleo Minori (in collaborazione con NPIA) per ridurre la contiguità col contesto di cura per adulti e creare percorsi di cura differenziati
- Incremento delle attività riabilitative
- Saranno necessarie inoltre adeguate integrazioni all'organico attuale sulla base della tipologia e dell'intensità di cure erogate.

B.3. Medicina ad Indirizzo Endocrino-Metabolica (collaborazione)

Nel 2015 sono stati effettuati 2368 ricoveri per DNA, pari allo 0.18% di tutti i ricoveri effettuati nell'anno in Lombardia (1.296.372), il 68.25% (1.234) dei ricoveri per DNA è avvenuto per cause direttamente correlabili alla patologia; il 23% è stato ricoverato e trattato in reparto di medicina generale.

Per l'individuazione dei criteri per considerare il V livello di cura per DNA (unità di ricovero ordinario) si ha come riferimento la recente (2020) revisione del documento ministeriale "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". Come indicato dai documenti di riferimento Nazionali, ai pazienti con DNA deve essere erogato dalle strutture deputate alle cure un Evidence Based treatment.

Nella realtà della ASST Spedali Civili di Brescia il paziente affetto o sospetto per DNA accede al percorso di cura tramite differenti vie. Se la situazione clinica è rapidamente ingravescente con pericolo per la vita il medico di medicina generale, i familiari o, se già seguito da un professionista specializzato in DNA invia il paziente presso il PS dell'Ospedale (pediatrico o per adulti). Da lì valutato in base ai criteri contenuti e consigliati dal Ministero della Salute viene indirizzato verso idoneo percorso.

Anche i pazienti minori nella fascia d'età 15-18 anni accedono al PS Generale e dopo consulenza NPI se possibilità di posti letto vengono ricoverati c/o il reparto di NPI, in caso contrario possono essere accolti c/o la MEM che a seconda delle diverse situazioni deciderà (anche in accordo con la NPI) se proseguire l'intero ricovero o se trasferire il minore c/o la NPI per il proseguo delle cure. Se sottoposto a ricovero ordinario il paziente viene supportato nelle necessità nutrizionali tramite sondino nasogastrico e/o supplementazione endovena (ove necessario) con la collaborazione di psichiatri e dietiste che affiancano il personale della medicina nella pratica quotidiana. Particolare attenzione viene posta al rischio di refeeding syndrome. Il personale sanitario non medico è stato educato alla gestione del paziente con DNA. Durante la degenza il paziente viene sottoposto ad esami ematochimici e strumentali necessari. Alla dimissione internistica viene rivalutato per la prosecuzione dell'iter terapeutico. I pazienti invece che necessitano di supporto nutrizionale endovenoso in attesa di ricovero o semplicemente per supplementare le carenze vengono appoggiati in MAC della MEM per il tempo necessario.

Una volta concluso il percorso sia in ricovero ordinario che in MAC i pazienti vengono inviati presso il CDCA di Gussago per la presa o ripresa in carico (riservata nell'attualità a pazienti adulti e minori a partire dai 16 anni di età) con percorso riabilitativo psiconutrizionale.

La condivisione dei percorsi di cura con separazione dell'intervento in acuzie (MEM) e riabilitazione specialistica intensiva (CDCA) in setting dedicati in modo esclusivo ai pazienti con DNA comporta una significativa efficacia in termini motivazionali per gli stessi e consente di ridurre il più possibile i tempi di ricovero e eventuale nutrizione artificiale (noto fattore di regressione non solo nelle pazienti più giovani). Tale approccio si rileva peraltro un'efficace alternativa, qualora vi sia l'indicazione, all'invio dei pazienti nelle poche Comunità Riabilitative (con durata di trattamento da 6 a 24 mesi) regionali e extraregione che, causa l'incremento dei casi clinici degli ultimi anni, si trovano in difficoltà a rispondere alle richieste.

Relativamente al Progetto B (Ospedaliero-Residenziale) si propone che il budget di produzione previsto dalla DGR 7590 sia assegnato alla ASST Spedali Civili di Brescia.