



# **Il Percorso Clinico Aziendale per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Romagna: un esempio di PDTA**

## **Se la mappa non è il territorio**

**Siracusa 24-25 Maggio 2019**

**SIRIDAP**

**Marinella Di Stani**

**Psichiatra DSMDP**

**Responsabile Percorso Clinico Ausl Romagna**

**Coordinatrice Tavolo Tecnico Programma DCA Regione Emilia Romagna**

**DGR  
1016/04:**

- Definizione **percorsi-programmi DCA**,
- Definizione **equipe multiprofessionale dedicata**
- Coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale
- Iniziative informative-formative (Master I Livello RER)

**DGR  
1298/09:**

- Definizione di un **programma aziendale DCA**
  - Definizione **team/equipe multiprofessionale** dedicato all'assistenza DCA
  - Definizione specifico **percorso clinico-organizzativo**
  - Definizione piano di azioni di sensibilizzazione e comunicazione
- Assegnazione di funzioni di **coordinamento**, supporto alla programmazione e formazione a **Ravenna, Bologna e Piacenza** come referenti di **Area Vasta e Ausl Romagna**.
- **Tavolo Regionale DCA**
- **Centro Ospedaliero DCA (Az. Osp. Un. BO) per l'età evolutiva**: struttura di riferimento regionale DCA minori

# Modello di intervento



Il modello organizzativo proposto dal programma DCA RER è quello dei **programmi/PDTA**, in una logica di “**rete**”, orientato a mettere il cittadino al centro della cura (DRG 1298/09 RER). Esso è volto ad assicurare l’integrazione funzionale tra tutte le componenti.



Prevede in ogni territorio provinciale un’**équipe** interdisciplinare ed esperta, nucleo e centro unificatore del sistema di cura, che è **responsabile della continuità e coerenza dei trattamenti nei diversi setting/livelli di cura**, nonché dei rapporti con i centri specializzati e con le strutture della «rete» dei servizi sanitari, psichiatrici e medici.



## L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

L'approccio terapeutico è *multidisciplinare* in tutte le fasi di attività e di cura (APA, 2006; NICE 2004, LG RER 2009, QdS 2013, 2017), come risposta alla complessità e alla multifattorialità dei DCA e prevede un team rappresentato da diverse professionalità

Nella prospettiva adottata, come nelle LG internazionali (NICE, 2017) e nei documenti di indirizzo dell'ISS (ISTISAN, 2012) e del Ministero della Salute (QdS 2013, 2017), la gestione degli interventi nutrizionali è organizzata in modo da essere coordinata con le terapie mediche e psicologiche all'interno *della rete dei servizi (=network)* secondo protocolli condivisi e verificabili (NICE, 2017) per la:

- gravità delle manifestazioni cliniche
- complessità dei problemi fisio-psicopatologici
- difficoltà del trattamento

# Il Percorso DiagnosticoTerapeutico Assistenziale

Il PDTA non lavora sulla divisione tra Ospedale e Territorio, ma sulla sua integrazione. Agisce contemporaneamente su 4 livelli :

Appropriatezza (Scelta del setting assistenziale)

Modello organizzativo (Multiprofessionale)

Sistema informativo

Formazione comune agli operatori

## **Percorso CLINICO “DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE” AUSL ROMAGNA**

**Il Percorso clinico Aziendale DCA approvato dalla direzione sanitaria ha come obiettivo generale:**

- **il più adeguato iter diagnostico-terapeutico attraverso un approccio multidisciplinare;**
- **uniformità di accesso e presa in carico dei pazienti minori e adulti con DCA nei diversi ambiti territoriali;**
- **percorsi appropriati con l'integrazione delle competenze coinvolte, sia nella fase di valutazione che in quella di trattamento;**
- **continuità degli interventi nella transizione dall'età evolutiva all'età adulta e nei passaggi dei livelli di cura**
- **monitoraggio periodico del percorso terapeutico-assistenziale con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri in ambito ospedaliero e residenziale**

**È stato definito il team multi professionale dedicato ai DCA adulti e minori per ogni ambito, con personale dedicato parzialmente per i quattro profili professionali previsti (psichiatra/ neuropsichiatra infantile, psicologo, dietista, medico/pediatra con specifiche competenze nutrizionali)**

# A CHI SI RIVOLGE?

Per Disturbi Alimentari si intendono: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA-NAS), ovvero i disturbi di alimentazione non inquadrabili nei due precedenti.

Per il BED/Obesità/Chirurgia Bariatrica è prevista procedura Aziendale che non rientra nel percorso DCA, sebbene utilizzi alcuni specialisti della medesima equipe per continuità e competenza (ingresso: Visita Dietologica).

**Il percorso si applica ai pazienti affetti dalle seguenti condizioni:**

**Anoressia Nervosa**

**Bulimia Nervosa**

**DCA NAS (Non Altrimenti Specificato)**

- **codici ICD 10 di diagnosi: F50.0; F50.1; F50.2; F50.3; F50.9**
- **codici ICD 9: 307.1; 307.50; 307.51**
- **codici DSM V: Anoressia Restrittiva F50.01, Anoressia Purgativa F50.02, Bulimia F50.2, DAI F50.8**

# Modalità di accesso

## Porte di accesso

- **Cure Primarie:** MMG e PLS;
- **Ambulatori specialistici (ospedalieri e territoriali):** per esempio odontoiatra, ginecologo, endocrinologo, medico di nutrizione clinica et al.;
- **Dipartimento Salute Donna Infanzia Adolescenza;**
- **Dipartimento di Sanità Pubblica;**
- In fase di attuazione le modalità di **informazione ai PLS/MMG** e **incontri formativi** per i diversi ambiti al fine di condividere aspetti clinici e strumenti di case finding, (*SCOFF, Ked's Questionarie, Cuzzolaro 1993-2002*).

Il primo accesso avviene con richiesta SSN riportante il quesito diagnostico di “visita neuropsichiatrica/psichiatrica per DCA”, tramite prenotazione CUP



## COME IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ATTIVA L'ACCESSO (*DELL'UTENTE E DEI FAMILIARI*)

**Il MMG/PLS emette impegnativa  
con "Richiesta di visita  
neuropsichiatrica/psichiatrica  
per sospetto o conclamato  
Disturbo del Comportamento  
Alimentare-DCA", con successiva  
prenotazione al CUP di ambito.**

# Equipe Multidisciplinare DCA

La valutazione avviene tramite due incontri che si svolgono nell'arco della stessa giornata o in due giornate diverse il più possibile ravvicinate:

- La prima visita viene svolta dal NPI/Psichiatra (che produce richiesta per visita dietologica/ pediatrica) insieme allo psicologo dell'équipe DCA di ambito, la visita successiva è svolta dal dietologo/pediatra nutrizionista e dal dietista in modo da garantire una valutazione interdisciplinare, con refertazione specialistica.
- Nel corso del primo accesso viene inoltre avviata la valutazione psicodiagnostica individuale e familiare con psicologo clinico.
- I tempi di attesa sono quelli previsti per visita specialistica ambulatoriale (entro 4 settimane).

# Equipe Multidisciplinare DCA

**Il trattamento prevede un primo assessment valutativo multidisciplinare.**



**Una volta conclusa la fase valutativa, con conferma di diagnosi di DCA e rispettati i criteri di inclusione, gli operatori dell'area psicologica/psichiatrica e dell'area dietologica/pediatria mettono in comune le valutazioni emerse, e formulano il piano di trattamento multidisciplinare, stabilendo anche un incontro di restituzione con il paziente e la famiglia (PTRI).**



**La presa in carico prevede che il Trattamento Ambulatoriale rimanga il punto centrale dell'intervento e garantisca un approccio multidisciplinare integrato, comprensivo sia dell'aspetto pediatrico-nutrizionale-dietistico, che di quello psicologico-neuropsichiatrico-psichiatrico.**

# Nuove procedure per l'accesso

Il PDL/MMG effettuerà quindi richiesta esclusivamente della visita neuropsichiatrica per DCA tramite CUP per utenti < di 18 anni con sospetto o conclamato DCA e di visita psichiatrica per DCA per utenti > 18 anni.

È prevista l'attivazione (interna al percorso multidisciplinare) di un'equipe di transizione per utenti nella fascia di età 17-18 anni al fine di assicurare l'omogeneità e la continuità degli interventi.

Si privilegia la territorialità (in ogni caso l'equipe che fa la prima visita continua con la presa in carico)

Si prevedono 2 prime visite a settimana per utenti > 18 anni; una prima visita a settimana o due prime visite ogni 15 gg. per utenti < 18 anni

# Trattamento ambulatoriale

Il trattamento ambulatoriale coinvolge diverse figure professionali in una prospettiva integrata e include, quando indicato, gli interventi motivazionali, la gestione psicofarmacologica, la psicoeducazione, la psicoterapia, la riabilitazione nutrizionale e la gestione internistica, il supporto e la psicoeducazione dei familiari.

La durata ottimale (range) della riabilitazione psico–nutrizionale in regime ambulatoriale (*livello di evidenza IV APA*) è rispettivamente:

- **AN: 12–18 mesi**
- **BN: 8–12 mesi**
- **DAI: 18–24 mesi**

La richiesta di valutazione multidisciplinare da parte dei servizi invianti della rete assistenziale e il passaggio da un livello di cura ad uno con maggior grado di intensità (DS, Ricovero Ordinario, struttura di riabilitazione intensiva/estensiva) deve essere corredato da una scheda di invio che descriva la situazione attuale dell'utente (diagnosi psicopatologica, PDT) e gli outcomes funzionali e specifici (es. esiti attesi al termine del ricovero, esiti attesi a medio/lungo termine relativi a set di parametri oggetto di trattamenti erogati).

# PASSI SUCCESSIVI (NEXT STEPS)

È previsto il livello di cura ambulatoriale intensivo (Day Service) innovativo, sviluppato per pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale convenzionale (30%), finalizzato a contenere il ricorso a ricoveri non appropriati. Si prevede di sviluppare tali trattamenti:

Per i minori <18 anni

All'interno dei DH/DSA Pediatrici di ambito già esistenti, in cui la prossimità dell'intervento assume valenza terapeutica, con garanzia di continuità delle figure professionali psicologiche e dietistiche (figure cardine per la transizione tra minori e adulti)

Per gli adulti > 18 anni

A Ravenna presso U.O. Gastroenterologia, sede ambulatoriale equipe multidisciplinare DCA

A Forlì-Cesena presso la Casa della Salute di Forlimpopoli (FC)

A Rimini in Ambulatori dedicati-Ospedale degli Infermi

# Il regime ambulatoriale intensivo - DSA

Il regime ambulatoriale intensivo viene erogato attraverso la modalità organizzativa del Day Service Ambulatoriale, il cui responsabile è individuato nella figura del neuropsichiatra infantile per i minori e dello psichiatra per gli adulti

Il DSA si attiva qualora l'équipe multidisciplinare ritenga appropriato un approfondimento diagnostico e terapeutico per i pazienti che presentano criteri definiti nel PDTA.

Responsabile dell'attivazione del DSA è lo Psichiatra/NPI, prevede un case manager infermieristico e un gruppo multidisciplinare composto da NPI, educatori, infermieri, pediatra nutrizionista, dietista.

L'indicazione clinica prioritaria è la riabilitazione psiconutrizionale strutturata e include:

- *pasto assistito, nutrizione artificiale o con supplementazione orale;*
- *interventi motivazionali;*
- *la gestione psicofarmacologica;*
- *la psicoeducazione (individuale e familiare);*
- *la riabilitazione nutrizionale*

Il DSA diagnostico prevede una durata massima di 30 giorni, il DSA terapeutico prevede una durata massima di 90 giorni.

# Obiettivi 2019

Il livello del ricovero ospedaliero per urgenza metabolica <18 anni si prevede all'interno dell'U.O. Pediatria Ospedaliera sono garantiti per i quattro ambiti territoriali (in relazione ad analisi epidemiologica di ogni ambito) posti letto dedicati anche se non esclusivi, a supporto dell'equipe DCA

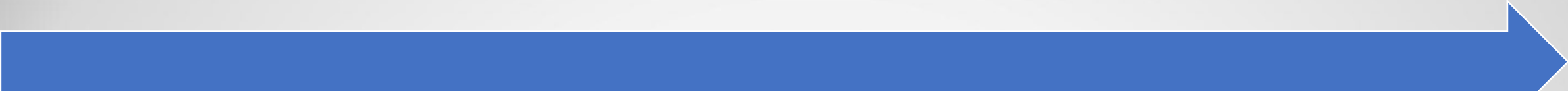
Il centro di terzo Livello RER per ricoveri riabilitativi ospedalieri per utenti < 18 anni è il reparto di Pediatria/NPI del Sant'Orsola di Bologna

È prevista l'individuazione (come già attivo a Ravenna) di un reparto medico in ogni ambito per ricoveri in urgenza metabolica per utenti > 18 anni con successivo ricovero riabilitativo intensivo presso Casa di Cura Villa Igea di FC, secondo procedura aziendale PA127

Il ricovero riabilitativo psiconutrizionale intensivo avviene c/o Casa di Cura Villa Maria Luigia (PR) previo invio dell'equipe multidisciplinare

Le residenze estensive specialistiche per DCA per utenti > 14 anni sono la Residenza Gruber (BO) e la residenza IN Volo (PR) a cui si accede previo invio dell'equipe multidisciplinare DCA(Circolare RER n°10/2015)





**L'INTERVENTO NUTRIZIONALE NEI VARI LIVELLI DI ASSISTENZA (QdS, 2017)**

**RICOVERO ORDINARIO (MdS Cod.Lilla 2018)**

**REPARTI INTERNISTICI:**  
il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave

**REPARTI PSICHIATRICI:**  
gestione del rischio suicidario, la comorbidità psichiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO)

E' opportuno che la rete dei servizi regionali comprenda anche strutture di ricovero con caratteristiche di alta specializzazione e devono disporre di una equipe terapeutica multidisciplinare per i disturbi dell'alimentazione

Anche se il reparto ospedaliero non è specialistico per disturbi dell'alimentazione, è necessario che il personale sia formato adeguatamente riguardo alle complicanze mediche peculiari dei disturbi dell'alimentazione, nella gestione delle relazioni e dei comportamenti che si manifestano in questi pazienti e nell'accoglienza e gestione della famiglia.

**Per ognuno dei tre ambiti territoriali dell'AUSL Romagna deve essere individuato un percorso codificato di ricovero di area internistica/pediatria) con personale medico infermieristico commisurato alla complessità assistenziale di tali malati e adeguatamente formato**

- **requisiti strutturali tali da scoraggiare comportamenti di occultamento del cibo o condotte di eliminazione, spazi adeguati per pasti assistiti e altre attività riabilitativo nutrizionali (QdS, 2013)**

**Possono accedere a ricovero ospedaliero pazienti:**

- **già in carico all'equipe multidisciplinare di ambito, per i quali è indicato il ricovero**
- **come fase del percorso di cura;**
- **non in carico all'equipe multidisciplinare, che afferiscono all'area urgenza-emergenza;**
- **già in carico all'equipe multidisciplinare, che afferiscono all'area urgenza-emergenza**
- **Nel caso di pazienti già in carico, l'equipe DCA richiede direttamente all'UO individuata il ricovero, concordando i tempi (non superiori a 48 ore) con il nucleo di bed management.**
- **Per i pazienti che accedono all'area urgenza emergenza è il team di PS che decide l'effettiva necessità di ricovero nell'area di degenza individuata per ogni ambito.**

Quando non si ravvisa la necessità del ricovero in ambiente ospedaliero, è il medico del PS che redige richiesta di visita specialistica con accesso facilitato all'equipe multidisciplinare (agenda dedicata) MdS-Cod.Lilla, 2017.

Nel caso di ricovero, è il medico di UO che si incarica dell'attivazione dell'equipe di ambito entro 48 ore dall'accettazione al fine di avviare una collaborazione strutturata tra il personale dell'UO e l'equipe specialistica per: la stesura della formulazione diagnostica, la definizione di un progetto terapeutico formalizzato con obiettivi del ricovero condivisi con il paziente e i familiari, la costruzione di percorsi di continuità terapeutica con le fasi precedenti e successive al ricovero.

Il tempo di permanenza in ospedale dipende dal grado di severità del quadro clinico e la degenza deve essere protratta per il tempo necessario a garantire il superamento della fase acuta, la stabilizzazione clinica, un congruo recupero ponderale e la compliance del paziente al programma terapeutico.

La dimissione va adeguatamente preparata e prevista in accordo con l'equipe multidisciplinare DCA che, mantenendo la continuità di cura, individua il più appropriato livello di trattamento (ambulatoriale, ambulatoriale intensivo/DSA, residenziale psico nutrizionale come da circolare RER 10/2015, reparto di riabilitazione nutrizionale intensiva come da procedura aziendale PA127).

# Formazione dell'equipe



Pianificazione nel 2018 e nel 2019 (specifica su PDTA) della formazione congiunta e trasversale dei team (minori-adulti con budget DSM-DP-UONPIA) che consente: coesione del gruppo di lavoro, condivisione di strumenti tecnici e clinici, individuazione di linee d'intervento nell'ottica dell'integrazione



Formazione d'equipe sui trattamenti EBM con possibile creazione di protocolli condivisi di valutazione e trattamento (New Maudsley Model, CBT-E,)

Formazione ai reparti di gastroenterologia e pediatria ospedalieri da parte delle equipe di ambito, nonché ai nuclei dei MMG e Pediatri di Libera Scelta



Sviluppo dei progetti di prevenzione trasversali (Circolare RER n°6/17) collaborazione con Tavolo Tecnico DSP-Adolescenza e collaborazione con Associazioni AMA DCA del territorio



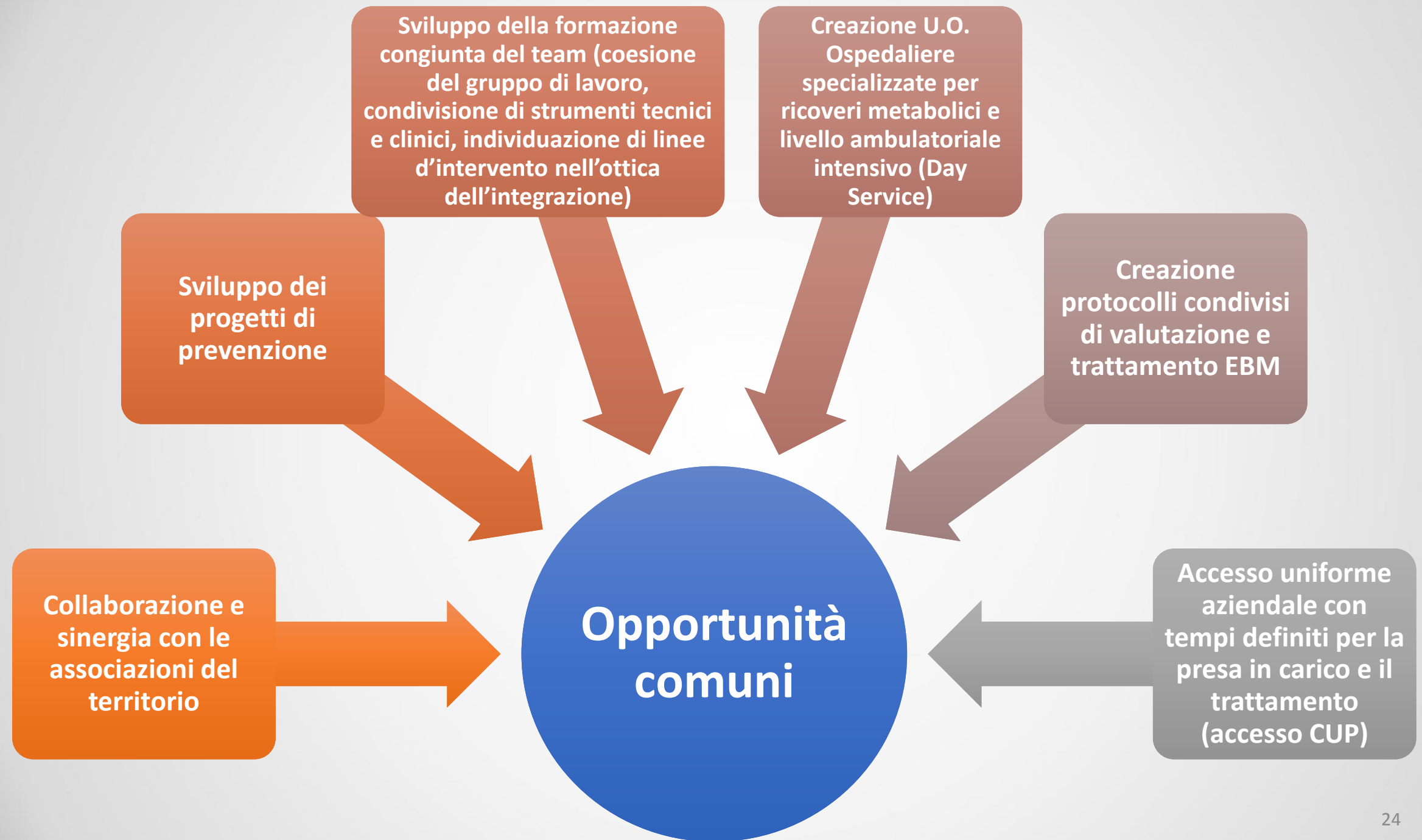
**Assenza del livello  
intensivo  
ambulatoriale DH/DS,  
se non nelle  
U.O.Pediatriche**

**Mancanza di una  
sede unica di lavoro,  
cartella clinica  
condivisa e di  
adeguato sistema  
informatico**

**Esigenza di  
supervisione  
congiunta**

**Ridotta disponibilità  
per i ricoveri in urgenza  
metabolica e scarsa  
formazione personale  
ospedaliero, tranne in  
ambito Ravenna**

**Punti di  
debolezza  
comuni**



Difficoltà di valutare percorsi di riferimento validati da letteratura scientifica EBM/EBN e LG relative al problema di salute trattato, rimanendo ancorati ai propri servizi e modelli di riferimento

Personale dedicato, con competenza specifiche, discontinuo per temporalità contrattuale e possibile turn over di operatori formati

Limiti di risorse del SSN

**Minacce comuni**