

REGIONE MARCHE  
Assemblea legislativa

**proposta di legge n. 375**

a iniziativa dei Consiglieri Talè, Pergolesi

*presentata in data 29 giugno 2020*

-----

ORGANIZZAZIONE E DISCIPLINA DELLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE  
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DA)

-----

**Art. 1**  
*(Finalità)*

1. Questa legge disciplina la rete di presa in carico della persona con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DA).

2. Obiettivo generale è garantire ai soggetti con DA precocità di diagnosi, omogeneità di presa in carico sul territorio regionale, continuità assistenziale, equità di accesso, appropriatezza e qualità delle cure nell'ambito di una rete integrata che operi secondo un modello multidimensionale e multiprofessionale.

3. Gli obiettivi specifici sono:

- a) miglioramento dell'integrazione dei servizi operanti in rete al fine di dare risposte di presa in carico della persona e della sua famiglia nel rispetto dei corretti tempi di cura, garantendo la continuità del trattamento ritenuto necessario dall'equipe multidisciplinare;
- b) messa in atto di strategie corrette e integrate di presa in carico per favorire la continuità di cura e ridurre le probabilità di cronicizzazione del disturbo;
- c) divulgazione agli operatori sanitari, popolazione generale e scuole di informazioni in merito ai servizi operanti nell'ambito della rete di assistenza per i DA sul territorio regionale e dei percorsi per accedervi, ai fini di garantire la precocità ed equità di accesso.

**Art. 2**  
*(La rete)*

1. La molteplicità dei contesti di cura concorre ad assicurare alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare un'identificazione precoce, l'invio alla struttura più idonea per la valutazione diagnostica, l'avvio del programma terapeutico e la presa in carico integrata. La rete si articola nei seguenti nodi:

- a) medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- b) servizi ambulatoriali specialistici per DA;
- c) strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta e strutture di lungodegenza se necessario un prolungamento di ricovero per la stabilizzazione fisica e la presa in carico nel setting più appropriato;
- d) strutture semiresidenziali (centri diurni);
- e) strutture residenziali;
- f) enti di terzo settore (associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, associazioni di familiari e pazienti), anche eventualmente in regime di convenzione.

**2.** I nodi della rete operano in maniera sinergica all'interno di un sistema integrato. Il percorso è offerto nel contesto di cura il più adeguato possibile ai bisogni specifici della persona con DA ed è previsto il monitoraggio costante del raggiungimento degli obiettivi preposti, ai fini dell'appropriatezza delle cure.

**3.** Le Aziende sanitarie che intervengono nella rete sono:

- a) l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona – Salesi: Presa in carico del minore con DA;
- b) l'Azienda Ospedaliera Marche Nord: ricovero per acuti in struttura ospedaliera;
- c) l'ASUR Marche: servizi ambulatoriali specialistici per DA con trattamento standard e/o intensivo in AV1, 2 e 4; ricovero per acuti in struttura ospedaliera in AV2 e 4; ricovero in fase post acuta in Cure intermedie in AV4.

**4.** Il trattamento residenziale è riservato ai casi in cui il trattamento in setting meno strutturato risulti non adeguato e si renda necessario un trattamento a livello assistenziale più intensivo.

### **Art. 3**

*(Organizzazione)*

**1.** Sono attivate:

- a) una Unità Operativa Complessa Rete Psichiatrica DA Regionale ASUR con funzione di coordinamento della rete DA regionale per adulti ed Unità Operative Semplici (prevedendo le UOSD in AV1 e AV2) per percorsi ambulatoriali e ambulatoriali intensivi/Centro Diurno nelle Aree Vaste sede dei punti della rete;
- b) una Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psichiatria dell'età evolutiva per DA nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona per la presa in carico del minore con DA.

### **Art. 4**

*(Assistenza ospedaliera)*

**1.** Il setting ospedaliero va utilizzato quando vi sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. Si tratta di ricoveri limitati nel tempo che devono trovare nelle soluzioni territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenzialità) il proseguimento delle cure, subito dopo la risoluzione dell'urgenza. Gli adulti con parametri vitali compromessi necessitano di un ricovero urgente presso una struttura ospedaliera per acuti in area medica, semintensiva o intensiva, in base alla gravità clinica. Il ricovero in reparti internistici è indicato qualora vi sia un quadro di grave malnutri-

zione, squilibri metabolici e/o complicanze mediche cardiovascolari, metaboliche ecc., tali da configurarsi come rischio clinico grave per il paziente. E' necessario che nel setting di ricovero in reparto internistico siano disponibili competenze specifiche sia per la rialimentazione, con attento monitoraggio delle condizioni cliniche, che per gli interventi psicoterapici (NICE 2004).

2. Per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in pronto Soccorso si fa riferimento alle "raccomandazioni per un codice lilla" del Ministero della salute (26 marzo 2018).

3 In presenza di una psicopatologia acuta si fa riferimento alle Unità Operative di SPDC.

#### **Art. 5**

##### *(Cure Intermedie)*

1. Al termine del ricovero sono attivate le procedure per garantire la continuità assistenziale all'interno della rete per i DA. Qualora, risolte le problematiche internistiche gravi, sia necessario prolungare il ricovero ospedaliero per favorire la presa in carico della persona da parte dei Centri Ambulatoriali o sia necessario il raggiungimento di un BMI di sicurezza e la stabilizzazione delle condotte alimentari patologiche (abbuffate, condotte purgative, iperattività fisica) prima di un trasferimento in un centro residenziale, può essere ipotizzato un periodo di ricovero, mediamente non superiore a sessanta giorni, in una struttura idonea di Cure Intermedie. Per questa tipologia di ricoveri "ponte" tra la struttura ospedaliera e quella ambulatoriale/semiresidenziale o residenziale, in cui sono ancora necessarie diagnostica, cure e valutazioni internistiche, oltre che nutrizionali e psicoterapiche, si renderà disponibile una struttura dedicata, di 20 PL, ubicata in AV4, in continuità con il centro HUB Regionale DCA per adulti.

#### **Art. 6**

##### *(Il minore)*

1. Per l'età evolutiva, in situazioni di acuzie, il minore verrà ricoverato presso l'Unità Operativa Semplice dipartimentale di Psichiatria dell'età evolutiva per DA dell'AOUOORRAN – Salesi, in un contesto dove è possibile coniugare esperienze in campo neuropsichiatrico con competenze specialistiche in ambito nutrizionale, ivi compresa la nutrizione artificiale. Rappresenta quindi la sede di riferimento regionale per bambini e adolescenti con situazioni complesse.

**Art. 7**  
*(Personale)*

1. Un corretto trattamento dei disturbi dell'alimentazione richiede un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato.

2. Presso i Servizi Ambulatoriali specialistici per i DA, di cui al comma 3 dell'articolo 2, sono disponibili: psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, medici internisti, dietologi, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri O.S.S., amministrativo e assistente sociale.

3. Al fine di rendere operativi i centri istituiti con questa legge, la Giunta regionale, nell'ambito del programma annuale di deroghe previste dalla normativa vigente, autorizza gli Enti del Servizio sanitario regionale previsti dal comma 3 dell'articolo 2, ad assumere il personale necessario, rendendo adeguate a tal fine, le dotazioni organiche del Sistema sanitario regionale.

**Art. 8**  
*(Modello organizzativo)*

1. Il modello organizzativo per la gestione dei DA è articolato in modo da garantire i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico, terapeutici e riabilitativi. Si tratta di un modello integrato multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale ed età-specifico, ossia modulato in base ai bisogni dei bambini, adolescenti e adulti, che prevede l'informazione e il coinvolgimento attivo dell'utente e, ove necessario o opportuno, il coinvolgimento della famiglia in modo attivo nel percorso di cura. La multidimensionalità richiede il coinvolgimento di professionisti con diversi ambiti di competenza, la cui interazione si traduce nell'avvio di un progetto assistenziale individuale, calibrato in base alle esigenze specifiche del soggetto con DA. Il team di diagnosi e presa in cura si avvale di competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, a cui affiancare, per casi specifici, professionisti di altre discipline (gastroenterologo, endocrinologo, ginecologo, cardiologo ecc). Deve essere favorita una costante comunicazione tra i professionisti del team interdisciplinare e garantiti momenti di discussione e confronto stabili. I diversi setting di cura operano in rete in continuità organizzativa, funzionale e clinica offrendo, nel caso, un continuum di cura.

**Art. 9***(Transizione delle cure)*

1. Per i soggetti ancora in carico al raggiungimento della maggiore età, si prevede un graduale e condiviso passaggio ai servizi specialistici DA per l'età adulta. Si tratta di una fase molto delicata che si svilupperà secondo tempi e modalità concordate tra le due equipe, tenendo conto dei bisogni del soggetto. Le aziende ASUR Marche ed AOUOORRAN-Salesi provvederanno alla formalizzazione di percorsi codificati e condivisi per la transizione delle persone con DA dal servizio per le cure in età pediatrica al servizio per le cure in età adulta (ambulatori specialistici DA).

**Art. 10***(Formazione)*

1. In tema di formazione si conferma quanto previsto dalla delibera di Giunta regionale 247/2015 per i programmi di formazione specifica che sono rivolti a tutti gli operatori impegnati nel percorso di prevenzione, diagnosi e presa in cura dei soggetti con DA. In particolare programmi di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono finalizzati a consentire di migliorare il riconoscimento dei segnali di allarme per DA e portare ad una diagnosi precoce. Le articolazioni della rete, i punti e le modalità di accesso sono conosciuti dai MMG e PLS per facilitare i percorsi di cura e la continuità assistenziale per i soggetti con DA.

**Art. 11***(Centro di Coordinamento Regionale)*

1. E' attivato un tavolo tecnico di coordinamento Regionale che è costituito dalle seguenti figure professionali:

- a) un referente dell'Agenzia sanitaria o suo delegato con funzioni di coordinatore;
- b) un referente medico psichiatra per ognuno dei tre Centri ambulatoriali di riferimento ASUR;
- c) un referente medico neuropsichiatra infantile della SOD NPI AOU OORR di Ancona;
- d) un referente medico psichiatra per la residenzialità e per le Cure Intermedie;
- e) un medico di Medicina Generale;
- f) un medico Pediatra di libera scelta;
- g) il Direttore Sanitario o suo delegato dell'AOUOORR di Ancona;
- h) il Direttore Sanitario o suo delegato dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord;
- i) il Direttore Sanitario o suo delegato ASUR;

- l) un Referente tra i rappresentanti delle associazioni dei familiari e pazienti;
- m) uno Psicologo/Psicoterapeuta esperto in DCA;
- n) un Educatore o 1 Infermiere esperto in DCA;
- o) il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASUR o suo delegato.

2. Compito del Centro di Coordinamento DA Regionale è condividere ed emanare le linee di indirizzo e intervento dei DA negli ambiti previsti dalla seguente legge; inoltre, di collaborare con le associazioni dei familiari al fine di informarli sugli interventi adottati.

**Art. 12**  
*(Prevenzione)*

1. Gli interventi di prevenzione vanno attivati dai Centri e servizi dedicati ai DA in linea con le direttive ministeriali, il Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione e le linee di indirizzo emanate dal Centro di Coordinamento Regionale DA per orientare l'attività dei Centri e servizi dedicati ai DA.

**Art. 13**  
*(Monitoraggio e verifica)*

1. Il concetto di "guarigione" nel caso dei DA è complesso; il DA può richiedere tempi lunghi di trattamento, può cronicizzare, recidivare e i sintomi psichiatrici (ansia, disturbi ossessivi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, depressione, disturbo di personalità), qualora presenti, possono permanere a lungo, anche dopo la remissione della patologia alimentare.

2. E' prevista la attivazione degli Osservatori epidemiologici per l'età adulta e per l'età evolutiva finalizzati a fornire dati affidabili di incidenza, prevalenza ed esito. La ricerca va prioritariamente indirizzata, nella realtà regionale, ad indagini epidemiologiche per meglio definire e monitorare il fenomeno. I dati devono essere analizzati e verificati in collaborazione con il tavolo tecnico di coordinamento regionale.

**Art. 14**  
*(Carta dei servizi delle Aziende sanitarie)*

1. Nella Carta dei servizi delle Aziende sanitarie, di cui al comma 3 dell'articolo 2, viene descritta la tipologia dell'offerta in tema di DA rivolta a bambini, adolescenti e/o adulti, informazioni sull'operatività dei servizi, sulle modalità di accesso e di comunicazione, sulle interazioni con gli altri nodi

della rete, sull'attività svolta, le modalità di sostegno, indicazioni per favorire il feedback e suggerimenti per il miglioramento della qualità del servizio offerto e i siti web istituzionali attraverso i quali è veicolata una corretta informazione.

**Art. 15**

*(Invarianza finanziaria)*

1. Dall'applicazione di questa legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione. Alla sua attuazione si provvede con le somme ripartite annualmente agli Enti.