

REGIONE MARCHE

Assemblea legislativa

Proposta della IV Commissione permanente

SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

(Seduta del 28 luglio 2020)

Relatore di maggioranza: FEDERICO TALÈ
Relatore di minoranza: ROMINA PERGOLESÌ

Testo unificato

sulle proposte di legge:

- n. 373** a iniziativa dei Consiglieri Micucci, Giacinti, Volpini, Casini
presentata in data 25 giugno 2020
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- 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)
- n. 378** a iniziativa del Consigliere Talè
presentata in data 15 luglio 2020
DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

(Abbinata ai sensi dell'articolo 89 del Regolamento interno dell'Assemblea legislativa)

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE
CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE O
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Testo unificato della Commissione**Art. 1
(Oggetto e finalità)**

1. Questa legge disciplina la presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare, di seguito indicati come "DCA", ed ha la finalità di garantire precocità di diagnosi, omogeneità di trattamento, continuità assistenziale, equità di accesso, appropriatezza e qualità della cura, attraverso una rete integrata, che opera secondo un modello multidimensionale e multiprofessionale.

2. La Regione promuove, in particolare:

- a) il miglioramento dell'integrazione dei servizi della rete, per dare risposte alle persone con DCA e alle loro famiglie, nel rispetto dei corretti tempi di cura, nonché la continuità del trattamento ritenuto necessario dall'equipe multidisciplinare;
- b) l'attivazione di strategie adeguate per ridurre le probabilità di cronicizzazione;
- c) la divulgazione, tra gli operatori sanitari, la popolazione e le scuole, di informazioni in merito ai servizi offerti dalla rete ed ai percorsi per accedervi.

**Art. 2
(Rete integrata regionale)**

1. La Rete integrata regionale per la presa in carico delle persone con DCA, di seguito indicata come "Rete", si articola nelle seguenti componenti, che operano in maniera sinergica, con il monitoraggio costante del grado di raggiungimento degli obiettivi:

- a) medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- b) servizi ambulatoriali specialistici per i DCA;
- c) strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta e strutture di riabilitazione e lungodegenza post acuzie, per la stabilizzazione fisica e la presa in carico nel setting più appropriato;
- d) strutture residenziali;
- e) strutture semiresidenziali;
- f) enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), anche eventualmente in regime di convenzione.

2. Nella Rete sono coinvolti, in particolare:

- a) il presidio ospedaliero di alta specializzazione "G.Salesi" dell'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", con funzioni di presa in carico del minore con DCA;
- b) l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", con funzioni di ricovero per adulti con DCA;
- c) l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), con funzioni di gestione dei servizi ambulatoriali specialistici e di ricovero per acuti e post acuti in cure intermedie.

Art. 3

(Organizzazione della Rete)

1. La Giunta regionale definisce l'organizzazione della Rete, con specifico riguardo all'istituzione:

- a) nell'ambito dell'ASUR, di una struttura operativa complessa concernente la rete psichiatrica per i DCA con compiti di coordinamento della Rete per gli adulti e, nell'ambito delle Aree vaste, di strutture operative semplici concernenti i percorsi ambulatoriali e ambulatoriali intensivi e i centri diurni;
- b) nell'ambito dell'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", di una struttura operativa semplice dipartimentale concernente la psichiatria dell'età evolutiva per DCA, con compiti di presa in carico dei minori.

2. L'organizzazione della Rete è diretta ad assicurare:

- a) i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- b) il coinvolgimento attivo delle persone con DCA e delle loro famiglie;
- c) la predisposizione ed attuazione di progetti assistenziali individuali, calibrati sulle esigenze delle singole persone con DCA;
- d) la costituzione di equipe di diagnosi e cura con competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, affiancate, per casi specifici, da professionisti di altre discipline.

Art. 4

(Livelli di assistenza)

1. Alle persone con DCA è assicurata, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Mi-

nistri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502):

- a) assistenza ospedaliera, articolata, tra l'altro, nel ricovero ordinario per acuti e nella riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- b) assistenza distrettuale;
- c) cure intermedie, per garantire la continuità assistenziale, attraverso una struttura con un numero adeguato di posti letto, nell'ambito di una delle aree vaste dell'ASUR.

2. Per il triage, la valutazione ed il trattamento in pronto soccorso delle persone con DCA si fa riferimento alle specifiche raccomandazioni del Ministero della Salute.

3. La Giunta regionale definisce percorsi per la transizione, concordata tra relative equipe, dai servizi per i minori ai servizi per gli adulti.

4. Gli interventi di prevenzione sono attivati nei centri e servizi dedicati ai DCA, nel rispetto delle direttive ministeriali, del Piano nazionale e regionale di prevenzione e delle linee di indirizzo regionali.

5. L'Osservatorio epidemiologico istituito presso l'Agenzia regionale sanitaria (ARS), ai sensi della legge regionale 10 aprile 2012, n. 6 (Osservatorio Epidemiologico Regionale. Registri regionali delle cause di morte e di patologia), effettua indagini epidemiologiche finalizzate a fornire dati affidabili di incidenza, prevalenza ed esito concernenti i DCA.

Art. 5 *(Personale)*

1. La Giunta regionale garantisce un'adeguata dotazione di personale alla Rete, per un approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato della presa in carico delle persone con DCA.

2. Presso i servizi ambulatoriali specialistici per i DCA devono operare, in particolare, psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, dietologi, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e assistenti sociali, nonché personale amministrativo.

Art. 6 *(Formazione)*

1. La Giunta regionale approva programmi di formazione specifica rivolti a tutti gli operatori

impegnati nel percorso di prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura delle persone con DCA.

2. I programmi di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono diretti ad assicurare il riconoscimento dei segnali di allarme per DCA e la diagnosi precoce, nonché la conoscenza della Rete.

Art. 7

(Centro di coordinamento regionale)

1. E' istituito un Tavolo tecnico, denominato "Centro di coordinamento regionale", con la seguente composizione:

- a) un referente dell'Agenzia regionale sanitaria o suo delegato, con funzioni di coordinatore;
- b) un referente medico psichiatra per ognuno dei centri ambulatoriali di riferimento dell'ASUR;
- c) un referente medico neuropsichiatra infantile della struttura operativa semplice dipartimentale istituita nell'ambito dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi";
- d) un referente medico psichiatra per la residenzialità e le cure intermedie;
- e) un medico di medicina generale;
- f) un medico pediatra di libera scelta;
- g) il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" o suo delegato;
- h) il direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord o suo delegato;
- i) il direttore sanitario dell'ASUR o suo delegato;
- l) il direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR o suo delegato;
- m) un referente degli enti del terzo settore che rappresenta le persone con DCA e/o dei loro familiari;
- n) uno psicologo e/o psicoterapeuta esperto in DCA;
- o) un educatore o un infermiere esperto in DCA;
- p) un dietista esperto in DCA.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità di individuazione e di nomina dei soggetti indicati al comma 1.

3. Il Centro di coordinamento svolge i seguenti compiti:

- a) predispone e propone alla Giunta regionale le linee di indirizzo in materia di DCA;
- b) collabora con le associazioni delle persone con DCA e/o dei loro familiari per informarli sugli interventi adottati;
- c) analizza e verifica i dati epidemiologici forniti dall'Osservatorio epidemiologico di cui al comma 5 dell'articolo 4.

4. La partecipazione ai lavori del Centro è a titolo gratuito.

Art. 8
(Carta dei servizi)

1. La Carta dei servizi dell'ASUR e delle aziende ospedaliere contiene, con riferimento ai DCA:

- a) la descrizione della tipologia dell'offerta rivolta a bambini, adolescenti e/o adulti;
- b) le informazioni sull'operatività dei servizi, sulle modalità di accesso e di comunicazione, sulle interazioni tra le componenti della Rete, sull'attività svolta, sulle modalità di sostegno;
- c) le indicazioni e i suggerimenti per il miglioramento della qualità dei servizi offerti;
- d) i riferimenti dei siti web istituzionali attraverso i quali è veicolata una corretta informazione.

Art. 9
(Invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione di questa legge non derivano né possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione. Alla stessa attuazione l'ASUR e le aziende ospedaliere provvedono nell'ambito del budget assegnato annualmente dalla Regione.

Art. 10
(Disposizioni transitorie)

1. La Giunta regionale espleta gli adempimenti previsti da questa legge entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge stessa.

2. Fino all'adozione della deliberazione prevista al comma 2 dell'articolo 7 continua ad operare il tavolo tecnico di coordinamento regionale costituito con deliberazione della Giunta regionale n. 247 del 30 marzo 2015.

Proposta di legge n. 373**Art. 1**
(Finalità)

1. La Regione riconosce quali diagnosi riconducibili ai Disturbi del Comportamento Alimentare, di seguito denominati DCA, quelle ricomprese nel documento recante le linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, recepito dall'Accordo Stato Regioni del 22 giugno 2017.

2. La Regione contrasta i DCA con interventi mirati alla prevenzione, al riconoscimento e al miglioramento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, con particolare attenzione all'età evolutiva.

Art. 2
(Compiti della Regione)

1. La Regione, in particolare:

- a) assicura l'implementazione di una rete regionale completa dei vari livelli di assistenza, tra loro integrati, per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione relativi ai DCA, con particolare attenzione all'età evolutiva;
- b) garantisce, attraverso la rete regionale di cui alla lettera a), un approccio multidimensionale, interdisciplinare e pluriprofessionale integrato, con il coinvolgimento di specifiche figure professionali dell'area sanitaria, al fine di garantire appropriatezza e continuità di trattamento anche nel passaggio ad un diverso livello di assistenza;
- c) assicura la messa in atto di strategie decisionali adeguate, per la presa in carico globale della persona con DCA, volte a favorire la continuità della cura e a ridurre le probabilità di cronicizzazione, nonché una modulazione della stessa presa in carico in base ai bisogni dei bambini, degli adolescenti e degli adulti, con il coinvolgimento delle famiglie;
- d) assicura la prevenzione, anche dopo la risoluzione del DCA, al fine di evitare il rischio della ricaduta;
- e) garantisce la divulgazione delle informazioni in merito ai servizi e alle strutture dedicati ai DCA ed ai percorsi per accedervi;
- f) promuove la formazione e l'aggiornamento degli operatori del settore;
- g) promuove la partecipazione degli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo [3 luglio 2017, n. 117](#) (Codice del Terzo settore, a norma dell'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#)), rappresentativi di organizzazioni delle famiglie di persone con DCA, in

attività ed iniziative finalizzate all'informazione e all'orientamento su tali tematiche.

Art. 3

(Organizzazione della rete regionale dei DCA)

1. La Rete regionale dei DCA è articolata in cinque livelli assistenziali, tra loro integrati, assicurati:

- a) dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;
- b) dai servizi ambulatoriali specialistici per il DCA;
- c) dalle strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta;
- d) dalle strutture di cure intermedie per la eventuale riabilitazione dopo il ricovero nelle strutture di cui alla lettera c);
- e) dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

2. Presso l'ASUR è istituito il coordinamento della Rete regionale per la diagnosi, la cura e la prevenzione dei DCA, che si raccorda con le strutture e i servizi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona e, in particolare, con il Presidio di alta specializzazione "G. Salesi", nonché con le strutture e i servizi dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Art. 4

(Formazione)

1. La Regione promuove attività formative rivolte agli operatori del settore, inclusi i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Art. 5

(Tavolo tecnico regionale per i DCA)

1. E' istituito presso la Giunta regionale il Tavolo tecnico regionale per i DCA, composto:

- a) dal direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) o suo delegato, con funzioni di coordinatore;
- b) dal direttore sanitario dell'ASUR o suo delegato;
- c) dal direttore sanitario dall'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona o suo delegato;
- d) dal direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" o suo delegato;
- e) dal direttore del dipartimento di prevenzione dell'ASUR o suo delegato;
- f) da quattro medici psichiatri designati dall'ASUR, di cui uno operante presso strutture residenziali o per cure intermedie;

- g) da un medico neuropsichiatra infantile designato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona;
- h) da un medico di medicina generale e da un medico pediatra di libera scelta;
- i) da uno psicologo o da uno psicoterapeuta, con formazione ed esperienza specifica sui DCA;
- l) da un educatore professionale e da un infermiere;
- m) da un soggetto del Terzo settore, rappresentativo delle organizzazioni delle famiglie di persone con DCA.

2. Le modalità di designazione dei soggetti di cui alle lettere h), i), l), ed m) sono definite dalla Giunta regionale.

3. Il Tavolo è costituito con deliberazione della Giunta regionale che ne definisce i compiti e le modalità di funzionamento.

4. La partecipazione ai lavori del Tavolo non comporta la corresponsione di indennità o gettoni di presenza, le spese di viaggio sono a carico dell'amministrazione di appartenenza.

Art. 6

(Linee di indirizzo)

1. La Giunta regionale definisce, previo parere della Commissione assembleare competente, le linee di indirizzo per l'attuazione di questa legge.

Art. 7

(Invarianza finanziaria)

1. Dall'applicazione di questa legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione. Alla sua attuazione le aziende del servizio sanitario regionale fanno fronte mediante destinazione di quota parte del budget assegnato annualmente dalla Regione.

Art. 8

(Disposizioni transitorie)

1. La Giunta regionale, con una o più deliberazioni, dà attuazione a quanto previsto agli articoli 5 e 6, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore di questa legge.

2. Fino all'adozione degli atti di cui al comma 1, si applica la deliberazione della Giunta regionale n. 247 del 30 marzo 2015, concernente "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche", così come integrata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1540 del 12 dicembre 2016.

Proposta di legge n. 375**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.

Proposta di legge n. 378**Art. 1***(Oggetto e finalità)*

1. Questa legge disciplina la presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, di seguito indicati come "DA", ed ha la finalità di garantire precocità di diagnosi, omogeneità di trattamento, continuità assistenziale, equità di accesso, appropriatezza e qualità della cura, attraverso una rete integrata, che opera secondo un modello multidimensionale e multiprofessionale.

2. La Regione promuove, in particolare:

- a) il miglioramento dell'integrazione dei servizi della rete, per dare risposte alle persone con DA e alle loro famiglie, nel rispetto dei corretti tempi di cura, nonché la continuità del trattamento ritenuto necessario dall'equipe multidisciplinare;
- b) l'attivazione di strategie adeguate per ridurre le probabilità di cronicizzazione;
- c) la divulgazione, tra gli operatori sanitari, la popolazione e le scuole, di informazioni in merito ai servizi offerti dalla rete ed ai percorsi per accedervi.

Art. 2*(Rete integrata regionale)*

1. La Rete integrata regionale per la presa in carico delle persone con DA, di seguito indicata come "Rete", si articola nelle seguenti componenti, che operano in maniera sinergica, con il monitoraggio costante del grado di raggiungimento degli obiettivi:

- a) medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- b) servizi ambulatoriali specialistici per i DA;
- c) strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta e strutture di riabilitazione e lungodegenza post acuzie, per la stabilizzazione fisica e la presa in carico nel setting più appropriato;
- d) strutture residenziali;
- e) strutture semiresidenziali;
- f) enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), anche eventualmente in regime di convenzione.

2. Nella Rete sono coinvolti, in particolare:

- a) il presidio ospedaliero di alta specializzazione "G. Salesi" dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi –

- G. Salesi”, con funzioni di presa in carico del minore con DA;
- b) l’Azienda ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”, con funzioni di ricovero per adulti con DA;
 - c) l’Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), con funzioni di gestione dei servizi ambulatoriali specialistici e di ricovero per acuti e post acuti in cure intermedie.

Art. 3

(Organizzazione della Rete)

1. La Giunta regionale definisce l’organizzazione della Rete, con specifico riguardo all’istituzione:

- a) nell’ambito dell’ASUR, di un’unità operativa complessa concernente la rete psichiatrica per i DA con compiti di coordinamento della Rete per gli adulti e, nell’ambito delle Aree vaste, di unità operative semplici concernenti i percorsi ambulatoriali e ambulatoriali intensivi e i centri diurni;
- b) nell’ambito dell’Azienda ospedaliero universitaria “Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi – G. Salesi”, di un’unità operativa semplice dipartimentale concernente la psichiatria dell’età evolutiva per DA, con compiti di presa in carico dei minori.

2. L’organizzazione della Rete è diretta ad assicurare:

- a) i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- b) il coinvolgimento attivo delle persone con DA e delle loro famiglie;
- c) la predisposizione ed attuazione di progetti assistenziali individuali, calibrati sulle esigenze delle singole persone con DA;
- d) la costituzione di equipe di diagnosi e cura con competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, affiancate, per casi specifici, da professionisti di altre discipline.

Art. 4

(Livelli di assistenza)

1. Alle persone con DA è assicurata, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502):

- a) assistenza ospedaliera, articolata, tra l’altro, nel ricovero ordinario per acuti e nella riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- b) assistenza distrettuale;

c) cure intermedie, per garantire la continuità assistenziale, attraverso una struttura con un numero adeguato di posti letto, nell'ambito di una delle aree vaste dell'ASUR.

2. Per il triage, la valutazione ed il trattamento in pronto soccorso delle persone con DA si fa riferimento alle specifiche raccomandazioni del Ministero della Salute.

3. La Giunta regionale definisce percorsi per la transizione, concordata tra relative equipe, dai servizi per i minori ai servizi per gli adulti.

4. Gli interventi di prevenzione sono attivati nei centri e servizi dedicati ai DA, nel rispetto delle direttive ministeriali, del Piano nazionale e regionale di prevenzione e delle linee di indirizzo regionali.

Art. 5 *(Personale)*

1. La Giunta regionale garantisce un'adeguata dotazione di personale alla Rete, per un approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato della presa in carico delle persone con DA.

2. Presso i servizi ambulatoriali specialistici per i DA devono operare, in particolare, psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, dietologi, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e assistenti sociali, nonché personale amministrativo.

Art. 6 *(Formazione)*

1. La Giunta regionale approva programmi di formazione specifica rivolti a tutti gli operatori impegnati nel percorso di prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura delle persone con DA.

2. I programmi di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono diretti ad assicurare il riconoscimento dei segnali di allarme per DA e la diagnosi precoce, nonché la conoscenza della Rete.

Art. 7 *(Centro di coordinamento regionale)*

1. E' costituito un Tavolo tecnico, denominato "Centro di coordinamento regionale", con la seguente composizione:

- a) un referente dell'Agenzia regionale sanitaria o suo delegato, con funzioni di coordinatore;
- b) un referente medico psichiatra per ognuno dei centri ambulatoriali di riferimento dell'ASUR;

- c) un referente medico neuropsichiatra infantile della struttura operativa semplice dipartimentale istituita nell'ambito dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi";
- d) un referente medico psichiatra per la residenzialità e le cure intermedie;
- e) un medico di medicina generale;
- f) un medico pediatra di libera scelta;
- g) il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" o suo delegato;
- h) il direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord o suo delegato;
- i) il direttore sanitario dell'ASUR o suo delegato;
- l) il direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR o suo delegato;
- m) un referente delle associazioni delle persone con DA e/o dei loro familiari;
- n) uno psicologo e/o psicoterapeuta esperto in DA;
- o) un educatore o un infermiere esperto in DA;
- p) un dietista esperto in DA.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità di individuazione e di nomina dei soggetti indicati al comma 1.

3. Il Centro di coordinamento svolge i seguenti compiti:

- a) predisporre e proporre alla Giunta regionale le linee di indirizzo in materia di DA;
- b) collabora con le associazioni delle persone con DA e/o dei loro familiari per informarli sugli interventi adottati;
- c) analizza e verifica i dati epidemiologici forniti dagli Osservatori epidemiologici previsti all'articolo 8.

Art. 8

(Osservatori epidemiologici)

1. La Giunta regionale attiva osservatori epidemiologici per l'età adulta e per l'età evolutiva finalizzati a fornire dati affidabili di incidenza, prevalenza ed esito.

Art. 9

(Carta dei servizi)

1. La Carta dei servizi dell'ASUR e delle aziende ospedaliere contiene, con riferimento ai DA:

- a) la descrizione della tipologia dell'offerta rivolta a bambini, adolescenti e/o adulti;
- b) le informazioni sull'operatività dei servizi, sulle modalità di accesso e di comunicazione, sulle interazioni tra le componenti della Rete, sull'attività svolta, sulle modalità di sostegno;

- c) le indicazioni e i suggerimenti per il miglioramento della qualità dei servizi offerti;
- d) i riferimenti dei siti web istituzionali attraverso i quali è veicolata una corretta informazione.

Art. 10

(Invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione di questa legge non derivano né possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione. Alla stessa attuazione l'ASUR e le aziende ospedaliere provvedono mediante il budget assegnato annualmente dalla Regione.