

**STRUTTURA RESIDENZIALE REGIONALE PER I DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE**

**FASI DEL PERCORSO E LIVELLI ASSISTENZIALI**

**Centro Multifunzionale per i Disturbi dell’Alimentazione – ASL Salerno Località Mariconda**

Dall’analisi delle criticità dell’attività clinico -assistenziale, ed in esecuzione del Decreto 19/2016 del Commissario ad ACTA e del successivo Decreto n. 11/2016, con cui la regione Campania ha promosso il rafforzamento/attivazione della Rete regionale per i Disturbi dell’Alimentazione, attraverso il potenziamento dell’offerta pubblica di attività ambulatoriali specialistiche, con almeno un Centro Diurno in ogni Azienda presso i Dipartimenti di Salute Mentale, e l’attivazione di una struttura per la riabilitazione residenziale a bacino di utenza regionale, presso la ASL Salerno si istituisce tale Centro Residenziale con una dotazione iniziale di 8 posti letto, con un piano di implementazione a 16 posti letto e con attiguo Centro Diurno per gli interventi semiresidenziali.

Nel suo complesso il Centro per il Trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione dell’ASL Salerno è allocato a Salerno, in via Martin Luther King ed è fornito di strutture a carattere residenziale, semiresidenziale, ove vengono erogati interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi con la caratteristica di attività ad alta integrazione socio – sanitaria, rivolti ad utenti con disturbi di questa area.

La struttura è composta da 4 camere da letto a due posti, arredate con mobili casalinghi, fornite di bagni privati, armadi e scrivanie. Sullo stesso piano si trova la sala da pranzo con cucina attrezzata e salotto con tv, la sala per le attività ricreative – biblioteca-internet, due ambulatori e una medicheria. Il centro per i Disturbi dell’Alimentazione propone percorsi semi-residenziali e residenziali di tipo clinico e riabilitativo che possano garantire una presa in carico completa ed un follw-up a lungo-termine dei pazienti con Disturbi dell’Alimentazione, onde garantire il pieno recupero e la stabilizzazione delle loro condizioni psico-organiche

In collegamento con strutture cliniche del Centro Pilota Regionale per i Disturbi dell’Alimentazione della Clinica Psichiatrica dell’Azienda Ospedaliera Universitaria dell’Università della Campania “Luigi Vanvitelli” di Napoli (Centro Pilota Regionale istituito con DGRC n. 4215 del 20.09.2002),ed in continuità con gli interventi clinici erogati presso il Day-Hospital dedicato della Azienda Ospedaliera Universitaria “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” di Salerno, si definiscono le “fasi del percorso assistenziale” per i Disturbi dell’Alimentazione articolato su più livelli operativi: ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale-riabilitativo.

**FASI DEL PERCORSO E LIVELLI ASSISTENZIALI**

I Disturbi dell’Alimentazione (principalmente anoressia nervosa, bulimia nervosa, BED) sono patologie psichiatriche che, pur avendo esordio prevalentemente in età evolutiva, possono presentarsi in tutto l’arco di vita. Pertanto, i percorsi di diagnosi e cura devono essere differenziati secondo l’età del paziente, il momento di sviluppo della sua personalità e il livello di gravità della patologia. I percorsi assistenziali di presa in carico e di cura dei Disturbi dell’Alimentazione prevedono interventi che, a seconda del livello di gravità della patologia del paziente, vengono declinati nei vari livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero.

L’approccio terapeutico che ha mostrato una maggiore efficacia clinica è quello di tipo Multidisciplinare Integrato, dove gli aspetti psichiatrici- psicologici sono strettamente integrati con quelli medico-nutrizionali. In particolare, tutte le linee guida internazionali e le indicazioni del Ministero della Salute raccomandano per i Disturbi dell’Alimentazione il trattamento ambulatoriale o il trattamento semiresidenziale, consigliando il ricovero ospedaliero solo per quei casi a rischio di vita a causa di una grave compromissione organica e/o psicologica.

Sono qui di seguito descritti i tre livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale riabilitativo, rimandando all’appendice A la descrizione, per completezza, dei livelli di intervento residenziale ospedaliero in regime di ricovero ordinario o day-hospital

**Ambulatorio**

**L’ambulatorio** per i Disturbi dell’Alimentazione è una struttura che svolge funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto è l’ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti

**Effettua** una valutazione multidimensionale dei pazienti attraverso un colloquio clinico psichiatrico-psicologico, la somministrazione di test psicometrici specifici e analisi cliniche specifiche ai fini dell’inquadramento diagnostico e della definizione del percorso terapeutico adeguato al singolo paziente. Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite, a seconda dei casi e dopo attenta valutazione da parte dello psichiatra, la partecipazione, l’informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

L’ambulatorio competente per residenza del paziente autorizza, con apposito atto formale, dopo idonea valutazione, l’eventuale accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali e monitora l’andamento del programma terapeutico-riabilitativo.

Le attività e prestazioni comprendono una stretta collaborazione operativa anche con i servizi socio-assistenziali ed educativi. L’ambulatorio ha inoltre la funzione di favorire la completa reintegrazione del paziente nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive all’eventuale dimissione dello stesso da qualsiasi punto della filiera assistenziale (ospedaliero/DH, semiresidenziale e residenziale) e garantiscela continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DA, inclusi i rapporti con i MMG.

L’ambulatorio svolge compiti di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di informazione (materiale informativo) e interventi psicoeducativi dedicati alle famiglie (singoli e/o di gruppo).

Infine, svolge compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi subclinici del comportamento alimentare che richiedono un’attenzione clinica.

Infine svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

I percorsi terapeutici ambulatoriali prevedono l’integrazione tra interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietetico; interventi psicoeducazionali; gruppi di auto aiuto.

***Accoglienza e assessment clinico-diagnostico***

Gli obiettivi della fase di assessment sono:

* Accogliere la domanda d’aiuto da parte del paziente e/o dei familiari e/o di altre persone significative (insegnanti, ecc.)
* Fornire una risposta alla richiesta di cura delle persone affette da Disturbi dell’Alimentazione e/o dei loro familiari
* Fornire uno spazio di ascolto, sostegno e orientamento ai familiari di pazienti non motivati alle cure
* Effettuare una diagnosi della tipologia di Disturbi dell’Alimentazione
* Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute fisica
* Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute mentale
* Fornire indicazioni sul livello di cura più opportuno (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, Day Hospital, ospedaliero)
* Definire il livello di motivazione alla cura
* Inserire nel percorso diagnostico la famiglia, quando questo si renda necessario
* Fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore, o quando viene richiesto e autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione comprensibile della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell’Evidenza

Tale valutazione deve articolarsi lungo 4 aree cliniche principali e una valutazione psicodiagnostica, così riassumibile:

Valutazione psichiatrica/neuropsichiatrica infantile

Valutazione psicologica

Valutazione internistico-nutrizionale

Valutazione psicometrica

**La presa in carico ambulatoriale prevede le seguenti prestazioni:**

• Psicoterapia individuale

• Visite psichiatriche di controllo

• Psicoterapia familiare

• Gruppi psicoterapeutici

• Gruppi psicoeducativi

• Psicofarmacoterapia

• Visite dietistiche (definizione del piano alimentare e familiarizzazione con il cibo)

• Visite di controllo medico-nutrizionali o internistico-nutrizionali

• Visite internistiche/pediatriche

• Valutazione psicodiagnostica di follow-up

**Struttura semiresidenziale**

Il trattamento in struttura semiresidenziale per i Disturbi dell’Alimentazione è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che hanno un ambiente familiare collaborativo con la terapia. Esempi includono:

* Pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso
* Pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto
* Mancata risposta alle normali cure ambulatoriali
* Pazienti con lunga durata del Disturbo dell’Alimentazione che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti

In rari casi il trattamento in struttura semiresidenziale può essere indicato come prima forma di cura.Esempi includono:

* Pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i pasti
* Pazienti con grave riduzione dell’autostima i quali, durante gli incontri di valutazione diagnostica, affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza

La terapia riabilitativa semiresidenziale e residenziale è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio e continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

**Intervento semiresidenziale**

La struttura semiresidenziale dovrà compilare il ***Progetto Terapeutico Riabilitativo******Personalizzato (PTRP***) per ogni singolo paziente, tenendo conto del Piano di TrattamentoIndividuale (PTI) redatto dall’Ambulatorio di riferimento del paziente, al quale andrà consegnatacopia dello stesso PTRP compilata in ingresso e in uscita, aggiornata con tutte le valutazionieffettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la struttura.

Il focus del trattamento semi-residenziale è diretto a:

1. affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell’esercizio fisico eccessivo)
2. proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psiconutrizionale residenziale come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale standard.

Il trattamento può durare **fino a 12 settimane** (rivalutabile caso per caso), ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili della difficoltà di intraprendere una terapia ambulatoriale standard.

I pazienti dovrebbero frequentare la semiresidenza durante i giorni feriali per un periodo di 6-8 ore (dalle 12.00 alle 20.00) e il trattamento include una combinazione delle seguenti procedure formulata sulla base delle esigenze del singolo paziente così come emersa dalla valutazione clinico-diagnostica:

* Pasti assistiti (allo scopo di aiutare il paziente a esporsi a cibi di incerto contenuto calorico e a situazioni che prevedono l’alimentazione sociale, può essere utile accompagnarlo a consumare il pasto in pizzeria, al fast-food o al ristorante in alcuni casi durante la settimana)
* Sedute di psicoterapia individuale a settimana
* Incontri con il dietista
* Visite mediche
* Incontri con i familiari o il coniuge (sempre nel caso degli adolescenti, se il paziente acconsente, nel caso degli adulti), per favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche psicologiche sottese al sintomo
* Attività di gruppo
* Attività di fitness

**STRUTTURA RESIDENZIALE per il trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione**

**La riabilitazione psico-nutrizionale**

Considerando che per l’età evolutiva andrebbe sempre privilegiato un intervento h 6-8, la riabilitazione dei DA prevede un intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di cura.

La riabilitazione psico/nutrizionale rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

* Il livello di gravità e comorbilità è elevato
* L’impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è gravoso
* Gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno, per ragioni sia cliniche che economiche, concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato
* I precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare

***Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo***

Numerosi dati indicano che l’entità del cambiamento nelle prime settimane di cura è predittivo dei risultati a lungo termine e che se non si verifica un miglioramento nei primi mesi di cura raramente il paziente lo otterrà prolungando il trattamento ambulatoriale. Non si dispone ancora di dati definitivi sulla durata del trattamento ambulatoriale da definirsi ottimale. A titolo orientativo da adattare al singolo caso clinico, si può considerare l’indicazione di *nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale.*

***Rischio fisico derivante da comportamenti disfunzionali che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale***

Esistono condizioni che, determinando un rilevante rischio fisico non critico, possono rendere inappropriato il trattamento ambulatoriale

Vengono considerati a questo fine i seguenti parametri:

* Peso corporeo molto basso (indice di massa corporea ≤ 14 kg/m2
* Rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)
* Ipopotassiemia
* Iposodiemia
* Ipoglicemia
* Marcata ipotermia
* Elevata frequenza di vomito autoindotto;
* Ipotensione
* Ipotensione posturale
* Elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici
* Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m2

***Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale***

C’è un consenso diffuso sul fatto che la presenza di alcune difficoltà psicosociali ostacoli il trattamento ambulatoriale e possa rendere necessario un trattamento in una struttura residenziale. Le più comuni difficoltà psicosociali che possono ostacolare il trattamento ambulatoriale sono le seguenti:

* Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)
* Interruzione dell’attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)
* Ambiente familiare problematico come ad es:
  + Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze/alcol o altro disturbo psichiatrico
  + Presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti del/della paziente
  + Presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente.

***Prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d’intensità di cure)***

Il trattamento residenziale può costituire la necessaria prosecuzione della cura successiva al ricovero ospedaliero, una volta superata la fase di scompenso psico-fisico acuto

***Trattamento: Obiettivi e Aree di intervento***

All’ingresso nella struttura deve essere effettuata una valutazione diagnostica che deve tener conto del ***Piano di Trattamento Individuale (PTI****)* redatto dalla struttura ambulatoriale inviante. Questa valutazione deve confluire nella stesura del ***Progetto* *Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)***che deve includere i seguenti parametri:

* ***Situazione attuale***: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia
* ***Outcome globale***: esiti complessivi attesi oltre il termine del trattamento residenziale (es. raggiungere la remissione del DA; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi)
* ***Outcome funzionale***: esito atteso al termine del trattamento residenziale, relativo all’insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità correlate con il DA, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l’attuazione di una terapia ambulatoriale)
* ***Outcome specifici***: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Per esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l’andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente):
  + Incremento dell’indice di massa corporea di almeno 2 punti
  + Mantenere il peso nell’intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso
  + Migliorare la psicopatologia specifica del disturbo alimentare (valutabile ad

esempio attraverso la riduzione del 10% del punteggio all’EDE-Q somministrato

all’inizio e alla fine del trattamento)

* + Riduzione delle condotte di compenso
  + Riduzione dei comportamenti d’abbuffata
  + Migliorare la sintomatologia psichiatrica generale
  + Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo psico-nutrizionale residenziale devono essere adattati ai bisogni assistenziali del singolo paziente.
  + Gli obiettivi terapeutici vengono raggiunti, in genere, in un periodo di 3 mesi prolungabile di volta in volta e fino ad un massimo di 12 mesi per i casi più gravi sulla base della valutazione clinica e di concerto con l’ambulatorio inviante, che autorizza anche le eventuali prosecuzioni ritenute necessarie. Ogni qual volta si ritenga necessario prorogare la permanenza nella struttura residenziale, l’équipe dovrà ridefinire il *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)*sempre concordandolo con l’ambulatorio territoriale di riferimento.

**Aree di intervento specifico**

***Psicoterapia individuale***

Gli obiettivi è quello di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo

***Trattamento Familiare***

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di aumentare nei familiari la consapevolezza del disturbo dell’alimentazione e di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo

***Psicoterapia di gruppo***

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l’alimentazione, di affrontare le distorsioni mentali che mantengono la restrizione dietetica e di affrontare l’eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

***Gruppi psicoeducazionali***

L’obiettivo è quello di acquisire conoscenze sui Disturbi dell’Alimentazione, sui meccanismi di mantenimento dei disturbi e sulle strategie per affrontarli:

***Riabilitazione nutrizionale***

Gli obiettivi della riabilitazione psico-nutrizionale, in ordine di priorità, sono quelli di affrontare la restrizione dietetica e di normalizzare lo stato di nutrizione attraverso il ricorso a pasti assistiti. È da preferire la riabilitazione nutrizionale con cibi naturali, ma non può essere escluso l’utilizzo di formule d’integrazione alimentare. È necessario stabilire tra équipe curante e paziente un “contratto terapeutico” chiaro e comprensibile che stabilisca procedure e obiettivi condivisi. Se il paziente non aderisce al programma nutrizionale stabilito, va valutata la possibilità di trasferimento in un reparto per acuti. È necessario che l’intervento sia compreso dal paziente – e in caso di minori dai genitori – come fondamentale per recuperare uno stato di nutrizione adeguato a evitare complicanze organiche e per beneficiare al meglio degli interventi farmacologici e/o psicoterapeutici.

***Riabilitazione fisica***

L’obiettivo è quello di ottimizzare il recupero della massa magra attraverso la ginnastica medica per 30 minuti 2 volte a settimana.

***Attività Riabilitativo-Esperienziali***

L’obiettivo è quello di migliorare le competenze sociali e le abilità espressive comportamentali, emotive e relazionali attraverso attività di gruppo (a titolo esemplificativo: gruppi di training sulle abilità sociali e problem solving, attività espressive ed artistiche) e attività personalizzate.

Oltre alle attività più strettamente collegate alla riabilitazione psiconutrizionale, devono essere disponibili percorsi di attività per consentire alle persone in regime di residenzialità di vivere una esperienza di vita ricca e non troppo lontana dalla loro vita di tutti i giorni.  A tale scopo sono utili collaborazioni con agenzie esterne ( palestre, centri sportivi, etc.)

***Gestione degli aspetti medici e psichiatrici***

L’obiettivo è quello di gestire le complicanze mediche/psichiatriche associate al disturbo dell’alimentazione attraverso una valutazione medica che include l’eventuale terapia farmacologica.

**Valutazione dell’andamento del trattamento**

L’équipe deve informare periodicamente il centro ambulatoriale di residenza del paziente, sull’andamento del trattamento. Oltre a contatti informali periodici, l’équipe deve eseguire due valutazioni formali (dopo 4 settimane di cura e 2 settimane prima della fine del trattamento), da inviare e discutere con il centro ambulatoriale di riferimento.

**Programmazione del post-dimissione: l’inclusione sociale**

La ricaduta sintomatologica dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei DA. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui la natura stessa del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento dei Disturbi dell’Alimentazione, la natura persistente della psicopatologia del disturbo dell’alimentazione e l’insufficiente preparazione del paziente al post dimissione. Per quanto riguarda quest’ultimo punto, dati della ricerca indicano che una ricaduta ha più probabilità di verificarsi se il paziente non riceve un trattamento dopo la dimissione, se il trattamento post-dimissione è d’impostazione concettuale molto diversa da quello ricevuto durante il trattamento residenziale se non si verificano cambiamenti importanti nell’ambiente dove il paziente vive se la permanenza nella struttura residenziale non ha una durata idonea a svolgere il programma previsto a seconda delle necessità del paziente. Questi dati indicano come prioritario programmare in modo accurato il passaggio dalla terapia residenziale riabilitativa a quella nel centro ambulatoriale di riferimento (a cui andrà riconsegnata copia del *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP*) compilata in ingresso e in uscita aggiornata con tutte le valutazioni effettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la residenza). L’ambulatorio successivamente valuterà l’eventuale necessità dello svolgimento di un nuovo programma terapeutico presso una struttura semiresidenziale. L’équipe deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento possibilmente nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con maggiore frequenza nel primo mese dopo la dimissione e contatti telefonici o via e-mail tra una visita e l’altra. Anche nel caso in cui dovessero rendersi necessari interventi in urgenza (ricovero ospedaliero, ecc.) l’ambulatorio di riferimento del paziente deve essere tempestivamente coinvolto nella gestione del caso.

***Valutazioni***

Una valutazione periodica sull’andamento della cura deve avvenire con intervalli non inferiori a 1 mese. Ogni 3 mesi deve essere effettuata una valutazione congiunta con l’ambulatorio di riferimento del paziente mentre la valutazione dell’efficacia del trattamento va effettuata all’inizio e alla fine dello stesso.

***Ricovero riabilitativo degli adolescenti: specificità***

Come già indicato, il trattamento residenziale h24 per i minori andrebbe riservato a casi particolari in cui l’intervento ambulatoriale/semiresidenziale non abbia dato i risultati attesi o nel caso in cui nel contesto di riferimento non vi siano sufficienti risorse per garantire un efficace intervento h16-8 al minore. Gli adolescenti (età compresa tra 13 e 18 anni) devono alloggiare in stanze separate dagli adulti e deve essere garantito lo svolgimento di attività di gruppo idonee all’età del paziente e ai suoi bisogni. Durante i permessi di uscita devono essere sempre accompagnati da un operatore della struttura. Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, deve prevedere le tre seguenti procedure aggiuntive: incontri con la famiglia, gruppo adolescenti e scuola.

***Coinvolgimento della famiglia***

I familiari dei pazienti minorenni devono partecipare ad alcuni incontri che hanno l’obiettivo di educarli sui Disturbi dell’Alimentazione, di creare un ambiente che influenzi positivamente il comportamento alimentare del figlio quando tornerà a casa, di migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e di sviluppare strategie funzionali per gestire le eventuali crisi.

***Gruppo adolescenti***

Gli adolescenti dovrebbero affrontare, nelle sedute di psicoterapia, le varie problematiche adolescenziali associate ai DA, come la costruzione del senso d’identità, l’acquisizione di un maggior grado di autonomia, lo sviluppo di migliori capacità relazionali e l’adattamento ai cambiamenti. Gli adolescenti dovrebbero anche essere aiutati ad apprendere abilità/competenze specifiche per migliorare la comunicazione sociale, l’assertività e la capacità di risolvere positivamente i conflitti.

***Prosecuzione degli studi durante il trattamento Residenziale***

Nell’ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento,laddove possibile è auspicabile il prosieguo degli studi e relativa frequentazione delle ore di lezione, in alternativa l’attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico.

**Il personale della residenza**

Garantisce copertura di un operatore a turno sulle 24 ore.

* Psichiatra
* Psicologo
* Dietista/nutrizionista
* Pediatra
* Medico Internista
* Endocrinologo
* Tecnico della riabilitazione
* Educatore
* Fisioterapista
* Infermiere
* Personale amministrativo
* Personale pulizie

**Modalità di accesso al centro**

**Al centro sono ammessi solo i pazienti che decidono *volontariamente* la ospitalità riabilitativa e che sono disponibili a considerare il programma terapeutico-riabilitativo proposto ad hoc come una priorità**

La struttura è pubblica per cui il ricovero è gratuito per tutti i cittadini del territorio campano

La richiesta di accesso può essere effettuata dal paziente stesso, dai suoi familiari, dai servizi territoriali di competenza, dal medico curante o dallo specialista.

Per effettuare la visita è necessario presentare un’impegnativa medica con le modalità previste dalla legge.L'opportunità di accesso ai percorsi di riabilitazione psico-nutrizionale è stabilita dall'équipe a seguito della discussione in gruppo del caso clinico.

Nel caso in cui il paziente risieda al di fuori del territorio della Azienda l'accesso alla struttura può avvenire solo previa autorizzazione della ASL di competenza, i cui moduli verranno consegnati al termine della visita di valutazione se la proposta terapeutica consta di un ricovero residenziale o semiresidenziale. Solo una volta ottenuta tale autorizzazione e spedita presso la struttura, l’utente può accedere al ricovero, o alle liste di attesa.

**APPENDICE A**

**LIVELLO OSPEDALIERO**

C’è ampio consenso clinico sul fatto che la presenza di alcuni disturbi psichiatrici coesistenti con il DA possa rendere inappropriato il trattamentoambulatoriale/semiresidenziale e residenziale non ospedaliero

Esempi includono:

* Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave
* Depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento
* Elevata impulsività
* Uso continuativo di sostanze/alcool

Il ricovero in ambiente ospedaliero può assumere diverse forme in relazione al livello di gravità della sintomatologia, alla prevalenza psichiatrica o internistico/nutrizionale delle sue manifestazioni sintomatiche e alla fase di presentazione della malattia. I percorsi che possono essere seguiti, da quelli più intensivi che si attivano quando il paziente è a rischio di vita dal punto di vista organico o psichiatrico, fino all’intervento in Day Hospital dedicato, possono essere i seguenti:

* 1. *Ricovero in ambiente internistico/nutrizionistico o pediatrico o presso posti letto dedicati per i Disturbi dell’Alimentazione (riabilitazione subintensiva nutrizionale “rescue” per adulti e per minori);*
  2. *Ricovero in ambiente psichiatrico/neuropsichiatrico infantile – posti letto dedicati*
  3. *Ricovero in DH dedicato per i Disturbi dell’Alimentazione (in caso di adulti)*
  4. *Ricovero in DH dedicato per i Disturbi dell’Alimentazione(in caso di minori)*

Laddove le manifestazioni di natura psichiatrica rappresentino l’aspetto clinico più rilevante e determinante il maggior impegno assistenziale, è possibile che si verifichi una condizione nella quale la persona necessiti di trattamenti sanitari urgenti e rifiuti il trattamento. Qualora non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere e il paziente sia stabilizzato dal punto di vista dei parametri organici, può essere in questi casi proposto il ricovero in TSO presso un SPDC (o nel

caso di minori altro provvedimento analogo attraverso il ricorso al Giudice tutelare) secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

**POSTI LETTO DEDICATI AI D.A. IN PSICHIATRIA/NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

L’accesso al ricovero ospedaliero avviene preferibilmente attraverso l’ambulatorio territoriale dedicato ai Disturbi dell’Alimentazione e può rendersi necessario nelle fasi acute del disturbo o nella riacutizzazione di condizioni croniche, quando esistano condizioni psichiatriche e psicosociali di elevata gravità o in grado di produrre, se non adeguatamente trattate, anche un elevato rischio somatico.

Anche in tale regime di degenza è indicato un intervento integrato sia dal punto di vista psichiatrico e psicologico, che internistico-nutrizionale, da condurre con personale qualificato per far fronte ai diversi aspetti della acuzie e per motivare il paziente alle fasi successive del trattamento. Tale intervento è orientato a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale.

La durata del ricovero deve essere appropriata alle specificità di queste patologie, coerente con la tempistica dei ricoveri per acuti e idonea a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale con una dimissione protetta prevalentemente verso un regime ambulatoriale o verso un regime semiresidenziale o di DH.

In tutti quei casi in cui vi sia un minor rischio biologico, che non comporti rischio di vita per il paziente, che non abbiano necessità di un monitoraggio h24 dei parametri vitali, e vi siano una serie di indicatori comportamentali sul versante del rischio psichiatrico è consigliabile un ricovero presso posti letto dedicati per i Disturbi dell’Alimentazione in Psichiatria/Neuropsichiatria infantile.

Per i pazienti adulti, nei casi in cui sussistano le condizioni necessarie, può essere proposto un TSO presso il SPDC competente. Nell’ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento, è auspicabile l’attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico. All’atto della dimissione deve essere contattato e informato l’ambulatorio per i Disturbi dell’Alimentazione di residenza del paziente, il quale informerà anche il MMG e il PLS, per la successiva presa in carico (o per la continuazione del percorso terapeutico nel caso di paziente già conosciuto).

**DAY HOSPITAL (DH) per i Disturbi dell’Alimentazione**

Nelle linee guida attualmente utilizzate a livello internazionale il ruolo del Day Hospital è considerato centrale per l’intervento sub intensivo medico-psichiatrico e come possibile alternativa al ricovero ordinario per i Disturbi dell’Alimentazione. In particolare in età evolutiva l’attività assistenziale del DH andrebbe privilegiata rispetto a quella residenziale anche per le finalità riabilitative proprie di questo tipo di intervento. Al DH si accede prevalentemente attraverso l’ambulatorio di riferimento del paziente.

Il DH dedicato svolge le seguenti molteplici funzioni differenziate:

* Intervento nelle situazioni sub-acute emergenti
* Effettuare percorsi diagnostici multidisciplinari
* Avviare un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24
* Avviare un percorso valutativo approfondito sul piano internistico, psico-comportamentale e relazionale
* Trattamento precoce
* Definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI)
* Avvio o recupero del progetto terapeutico inserito nel PTI (anche ambulatoriale)
* Inoltre può svolgere anche altre funzioni quali:
* “Filtrare” i pazienti che, pur presentando problematiche alimentari non rientrano nel novero dei Disturbi dell’Alimentazione
* Possibilità di scegliere il trattamento di elezione per ogni singolo caso sulla base dei dati emersi dal percorso valutativo
* Consentire, anche durante il ricovero, la prosecuzione delle attività scolastiche e lavorative
* Permettere la prosecuzione del programma alimentare anche nell’ambiente domestico
* Mantenere, durante le cure i rapporti con i familiari e con il contesto sociale di appartenenza
* Abbreviare la degenza e favorire la tempestività della dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
* Agevolare il reinserimento sociale, lavorativo e familiare dopo la dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
* Effettuare la nutrizione artificiale o di assistenza ai pasti

Il DH effettua percorsi diagnostici multidisciplinari e una accurata analisi della motivazione al trattamento e soprattutto dei fattori di rischio e avvia un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24. Costituisce un’ulteriore fase della valutazione diagnostica, completando quella ambulatoriale anche con una valutazione internistica più approfondita.

Garantisce inoltre il monitoraggio clinico internistico dei pazienti in regime di residenzialitàe semiresidenzialità.