

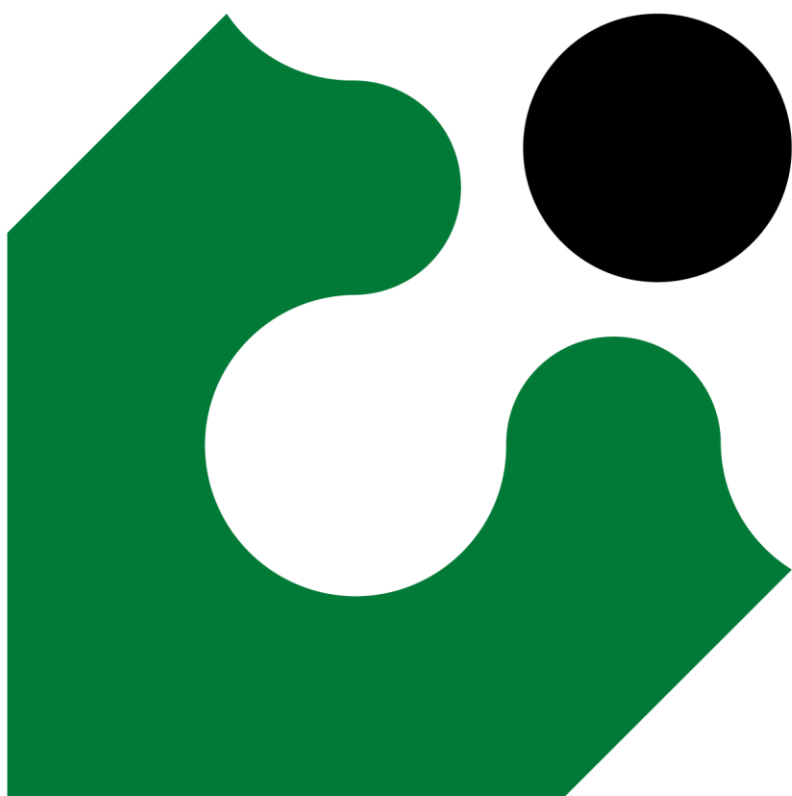
Potenziamento della rete dei servizi dedicati ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: modello d'intervento Hub e Spoke nel territorio di ATS Brianza

Dott.ssa Fabrizia Colmegna

Dott. Roberto Nava

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI-DSC 2301/BE

GLI AUTORI

Fabrizia Colmegna, Direttore Struttura Semplice Dipartimentale DSM Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza, fabrizia.colmegna@irccs-sangerardo.it

Roberto Nava Direttore Struttura Complessa Psichiatria ASST Lecco, ro.nava@asst-lecco.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano



Polis-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE.....	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	12
DESTINATARI/BENIFICIARI DEL PROGETTO.....	13
METODOLOGIA ADOTTATA.....	16
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	19
ANALISI DEI COSTI.....	40
RISULTATI ATTESI.....	42
CONCLUSIONI.....	44
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
SITOGRAFIA.....	51

INTRODUZIONE

I disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) anche detti semplicemente Disturbi dell'Alimentazione sono patologie complesse appartenenti al gruppo delle "severe mental illness", caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea (Dakanalis, 2017 e 2018).

I DNA possono presentarsi in associazione ad altri disturbi psichici come ad esempio disturbi d'ansia e disturbi dell'umore. Lo stato di salute fisica è quasi sempre compromesso a causa delle alterate condotte alimentari (per esempio restrizione alimentare, eccessivo consumo di cibo con perdita di controllo, condotte di eliminazione e/o compensatorie) che portano ad alterazione dello stato nutrizionale (Caldirolì, 2023 Dakanalis, 2018).

Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, i DNA possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.) e, nei casi gravi, portare alla morte. All'anoressia nervosa è collegata una mortalità 5-10 volte maggiore di quella di persone sane della stessa età e sesso (Keel, 2003; Korndorfer, 2003; Manfred, 2026).

I dati più recenti relativi alla situazione epidemiologica nazionale, riportati nel progetto "Piattaforma per il contrasto alla nutrizione in tutte le sue forme (triplo burden: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)", finanziato dal Ministero di Salute e conclusosi nel febbraio 2021, evidenziano che i DNA sono un problema di salute pubblica di notevole interesse e rilevano un aumento dell'incidenza nel genere femminile di età compresa tra i 12 e 25 anni.

In occidente (e quindi anche in Italia), dalle comunicazioni del Ministero della Salute, si stima che:

- la prevalenza dell'anoressia sia dello 0.2-0.8%
- la prevalenza della bulimia sia di circa il 3%
- l'incidenza dell'anoressia sia di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui
- l'incidenza della bulimia sia di 9-12 nuovi casi su 100.000 individui, con un'età di esordio tra i 10 ed i 30 anni, e un'età media di insorgenza di 17 anni.

Inoltre, l'effetto "pandemia COVID-19" - in questi ultimi anni - ha fatto registrare nella letteratura specialistica psicopatologica (Caldirolì, 2023) un numero rilevante di riscontri a carico di alcune patologie psichiatriche e i dati a disposizione evidenziano i DNA come una delle aree di maggiore compromissione in questa fase storica (Fernandez-Aranda, 2020; Rodgers, 2020; Bajos, 2021; Sideli, 2021) e in particolare ha

colpito la fascia di età adolescenziale (Graell, 2020). Recenti dati hanno certificato un aumento delle ospedalizzazioni per questi disturbi e che gli effetti siano più pervasivi e duraturi del previsto. (Muth, 2022). La patologia dei DNA rientra a pieno titolo nell'area di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), in quanto sindromi psichiatriche con frequenti ricadute sul piano somatico. I DSM rivestono un ruolo prioritario quale contesto di prevenzione, cura e garanzia della presa in carico, sul territorio di competenza, delle persone affette da DNA e quale riferimento per i servizi dedicati al loro trattamento, di primo e secondo livello.

Gli studi mostrano come la diagnosi precoce, unita a trattamenti efficaci, inseriti in una presa in carico di lungo periodo, siano elementi in grado di modificare positivamente il decorso naturale del disturbo (Dalle Grave, 2021). Una maggiore durata di malattia prima dell'avvio dei trattamenti costituisce d'altro canto un elemento rilevante e condizionante negativamente la prognosi (Dalle Grave, 2011)

I pazienti affetti da DNA, inoltre, rispondono a trattamenti ambulatoriali nella maggioranza dei casi, mentre una quota minoritaria, stimata nel 30% (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio–agosto 2013) necessita di interventi più intensivi come ambulatorio MAC, Day Hospital, riabilitazione ospedaliera, percorso comunitario.

Un ulteriore aspetto riguarda i livelli di assistenza garantiti da tale approccio. Nel 1998 la Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ha pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di queste condizioni. Tali indicazioni ipotizzano la necessità di un modello organizzativo articolato in quattro livelli di trattamento, a seconda degli obiettivi dell'intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extra-ospedaliera), prospettando una futura rete di assistenza su tutto il territorio nazionale. I quattro livelli di assistenza sono considerati tutti come necessari: l'uno non esclude l'altro ed anzi la presenza di una rete completa in tutte le sue parti garantisce l'appropriatezza dell'intervento con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e della sua famiglia.

Il PANSM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, CU 4/U del 24 gennaio 2013) evidenzia l'importanza dei DNA quali patologie ad esordio precoce, con importanti implicazioni di complessità assistenziale per quanto riguarda la storia naturale del disturbo, la diagnosi e il decorso, nonché la gestione in relazione agli esiti del trattamento ed alla organizzazione della rete dei Servizi preposti alla costruzione ed alla fruibilità di un efficace sistema di intervento.

Per quanto riguarda il contesto di Agenzia Tutela della Salute (ATS) Brianza gli ultimi dati epidemiologici pubblicati relativamente ai soggetti con DNA si riferiscono al 2019 quando sono stati identificati 2105 soggetti con diagnosi di F50-F59 ovvero comprendenti Sindromi e disturbi comportamentali associati ed alterazioni delle funzioni fisiologiche e fattori di rischio (UOC Epidemiologia Osservatorio Epidemiologico e Registri di Patologia).

Nel complesso la prevalenza dei DNA è dello 0,2% della popolazione generale, 0,2% per le donne e 0,1% per gli uomini.

I dati relativi ai ricoveri in ambiente ospedaliero compresi fra il 2016 e 2019 sono descritti nella tabella 1.1.

tabella 1.1

Ricoveri ospedalieri 2016-2019	TOTALE Diagnosi DNA (principale o secondaria)									Proporzioni								
	Ubicazione struttura ricovero																	
	AMBITO	BELLANO	LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	ATS Brianza	BELLANO	LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE
BELLANO	0	6	1	0	0	8	0	0	15	0%	40%	7%	0%	0%	53%	0%	0%	100%
LECCO	0	50	8	1	0	36	0	0	95	0%	53%	8%	1%	0%	38%	0%	0%	100%
MERATE	0	10	29	2	0	81	0	1	123	0%	8%	24%	2%	0%	66%	0%	1%	100%
CARATE	0	0	1	8	0	265	1	1	276	0%	0%	0%	3%	0%	96%	0%	0%	100%
DESIO	0	0	0	5	16	143	0	1	165	0%	0%	0%	3%	10%	87%	0%	1%	100%
MONZA	0	1	0	2	1	398	0	0	402	0%	0%	0%	0%	0%	99%	0%	0%	100%
SEREGNO	0	0	1	10	1	93	0	3	108	0%	0%	1%	9%	1%	86%	0%	3%	100%
VIMERCATE	0	0	4	1	0	213	0	23	241	0%	0%	2%	0%	0%	88%	0%	10%	100%
Totale	0	67	44	29	18	1237	1	29	1425	0%	5%	3%	2%	1%	87%	0%	2%	100%

Da qui l'enorme rilevanza e strategicità delle tematiche relative al DNA, la necessità di "teorie aziendali e di management" per "l'equilibrio delle aziende che si ottiene prima di tutto partendo dalla individuazione dei bisogni reali e dalla capacità di anticipare la loro evoluzione" (Borgonovi, 2013).

Tutto ciò giustifica l'impegno recente di Regione Lombardia nel programmare con il «Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DGR n°XI/7357 del 21 novembre 2022) e nel finanziare questo progetto con il documento «Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione(DNA): atto d'indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l'attuazione dalla L.R. n.2 del 23 febbraio 2021 «Disposizioni per la prevenzione la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie».

In realtà questo piano di contrasto per il DNA trova già la sua origine con la DGR n° VII/7513 del 17 maggio 2004 «Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Sociosanitario Regionale 2002-2004», in cui viene posta l'attenzione sui Disturbi Alimentari, invitando i DSM ad organizzare centri o servizi specialistici per tali disturbi, percorsi di cura multidisciplinari, integrati e coordinati.

Di fatto è con la L.R. n.2 del 23 febbraio 2021 che Regione Lombardia previene e fa fronte ai DNA con interventi mirati alla sensibilizzazione, all'informazione, alla formazione, alla prevenzione, al riconoscimento, nonché alla cura e al potenziamento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, con particolare attenzione all'età evolutiva e con approcci che considerano la progressione nel tempo che caratterizza tali disturbi con l'obiettivo di intervenire anche per periodi prolungati. A tale proposito vengono valorizzate e rafforzate le realtà già operanti sul territorio e nel contempo vengono previsti per la realizzazione degli interventi i finanziamenti necessari.

Lo strumento legislativo definisce i contesti di cura, le strutture, i percorsi per la gestione dei DNA. Introduce il concetto di rete regionale per la cura dei DNA che è rappresentata dalle Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) e dai soggetti privati accreditati ed istituisce la «cabina di regia» per la cura e prevenzione dei DNA (DGR n° XI/5722 del 15 dicembre 2021) come l'organo ufficiale per le proposte da attuare alla Giunta regionale.

In effetti la cabina di regia identifica nel modello organizzativo HUB/SPOKE (H/S) idoneo a garantire l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, l'economicità ed in grado di favorire l'accesso, l'abbattimento delle liste di attesa, la diffusione capillare ed omogenea dei servizi sul territorio.

Il modello H/S si fonda sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata e si basa sulla riprogettazione delle reti ospedaliere intesa come «organizzazione a rete» e sul concetto di patient-centred (Lega,2003).

Il presupposto di base del modello H/S è che sia indispensabile la ricerca dell'integrazione tra le varie strutture ospedaliere a fronte della garanzia di procedure difficili per conseguire i seguenti importanti fabbisogni (Edwards, 2004):

- la garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni
- il mantenimento dell'accessibilità ai servizi
- il recupero dell'efficienza
- il raggiungimento di una flessibilità organizzativa e produttiva adeguata, in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitarie dell'offerta.

Il modello funzionale H/S promuove sinergie, integrazione, economie di Know how e di scopo e realizza quel modello di organizzazione a rete in cui tutti i servizi sono concepiti come nodi legati fra di loro da connessioni continue (McKee, 2011; Maccarini, 2006).

Il modello H/S si fonda sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata: l'hub è il perno del sistema, nel quale vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le équipe specializzate per effettuare la casistica di alta e media complessità di tutte le specialità mediche; negli spoke si effettuano, invece, trattamenti di media e bassa complessità per le principali discipline mediche e chirurgiche – generalmente in regimi assistenziali di Day Hospital (DH) o ambulatoriali, mentre i casi più

complessi vengono rinviiati all'hub della rete (Lega, 2003). I modelli H/S si possono articolare per presidio ospedaliero (ad esempio, nel caso di un'ATS o una ASST multipresidio nelle quali insistono più ospedali generalisti di grandi e piccole dimensioni) o anche per dipartimento interpresidio che, nello specifico, prevede l'attuazione di una logica di riconfigurazione dell'offerta che separa le procedure complesse da quelle semplici e routinarie (una delle Unità Operative (UU.OO) del dipartimento assume un ruolo di perno di riferimento per la casistica complessa, mentre le restanti UU.OO svolgono il ruolo di spoke trattando casi medio-semplici e fornendo maggiore disponibilità ambulatoriale) (Rapporto Oasi, 2011).

In una logica organizzativa e gestionale, il ruolo ricoperto dalla componente centrale, Hub, assume un'importanza fondamentale in quanto riferimento e punto di convergenza delle Spoke, come elemento che assorbe in sé le componenti specialistiche del sistema e nel quale vengono riposte le maggiori responsabilità operative e gestionali è dal quale partono le istruzioni che potrebbero modificare il funzionamento delle stesse Spoke. A questi ultimi saranno affidati compiti operativi ed esecutivi che completeranno il quadro organizzativo della progettazione di riferimento, controllate e gestite dal nucleo centrale Hub (Lega, 2001). Nel modello H/S, le strutture (sotto il profilo tecnologico e strutturale che compongono le reti assistenziali) e la relativa organizzazione e gestione, hanno estrema importanza quando si vuole garantire assistenza e servizi sociosanitari accettabili qualitativamente, sostenibili economicamente e validi scientificamente (figura 1.1)

Figura1,1



Le aree dipartimentali per la complessità che le caratterizza, non possono non prevedere meccanismi di coordinamento organizzativo-gestionale finalizzato a sostenere le azioni tese a garantire i risultati in relazione ai livelli di efficienza attesi e coordinamento clinico orientato ad assumere un ruolo determinante in ordine alla valutazione dei criteri di appropriatezza e selezione delle priorità cliniche nella definizione delle liste operatorie e nel corretto uso delle infrastrutture disponibili.

A completamento lo schema sotto riportato esemplifica con maggior chiarezza come la corrispondenza H/S sia una caratteristica della rete inter aziendale e che necessita di connessioni in ambito gestionale/organizzativo con la rete intra aziendale e territoriale (figura 1.2)

Figura 1.2

AMBITO GESTIONALE

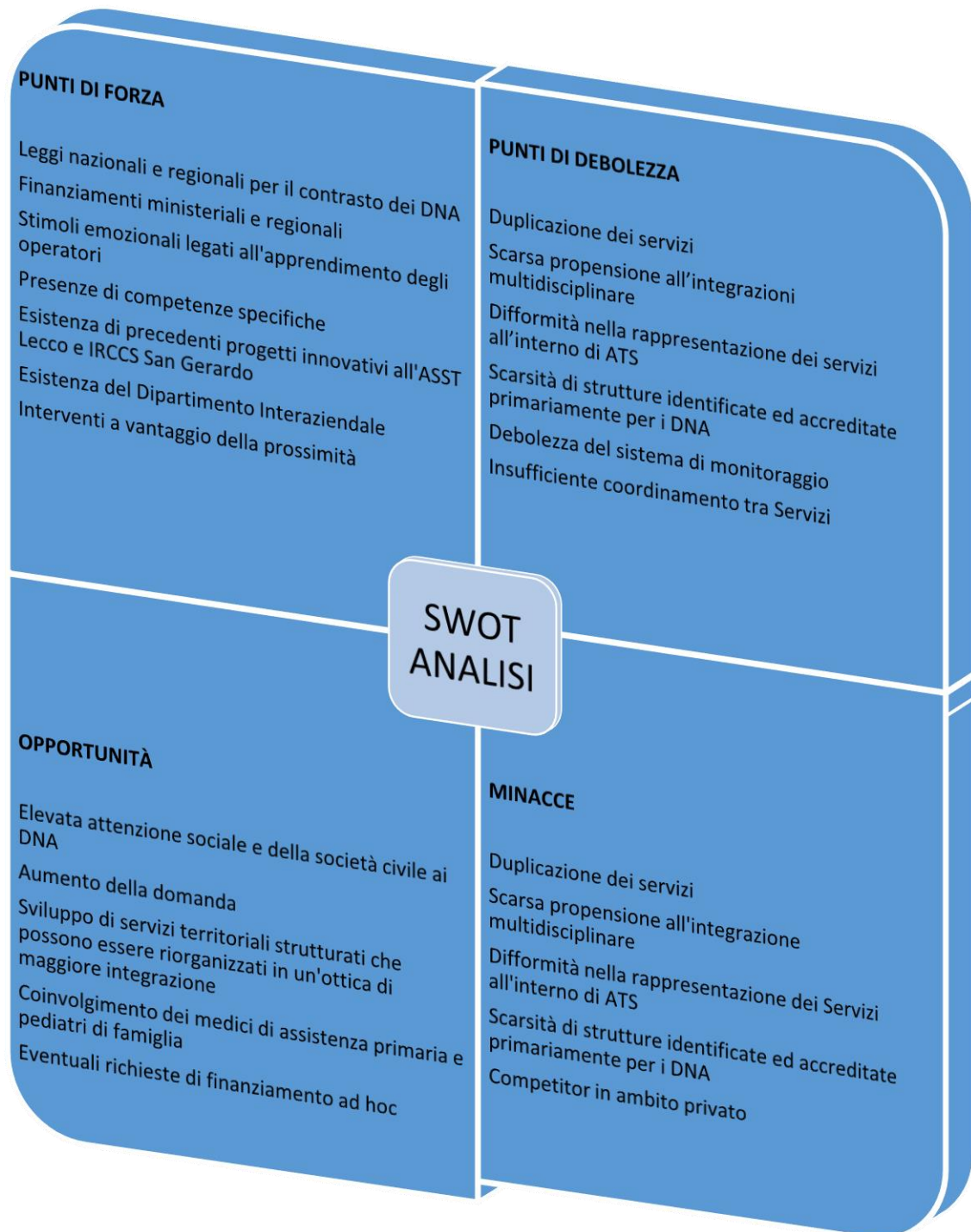
RETI CLINICHE	
RETE INTRA AZIENDALE	interna ad ogni azienda
RETE INTER AZIENDALE	tra Hub e Spoke
RETE TERRITORIALE	con strutture esterne

In sintesi, si prevedono per la realizzazione del modello una fase di mappatura dei servizi e di attività funzionali attive sul territorio (progetti obiettivi regionali); l'individuazione ed interpretazione dei fattori critici; il processo di formazione rivolto agli operatori.

Per il processo decisionale in ambito organizzativo aziendale viene utilizzata la matrice Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats Analysis (Analisi SWOT).

L'Analisi SWOT risulta particolarmente utile nell'individuare e formulare le azioni finalizzate del Projet Work. Questo tipo di matrice valuta gli elementi, i punti di forza, i punti di debolezza, opportunità e minacce correlate all'area di realizzazione del progetto anche in senso decisionale. Di seguito sono dettagliati i vari items relativi ai processi interni ed esterni coinvolti nella progettazione (figura 1.3)

Figura 1.3



OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivi strategici

L'organizzazione in centri H/S corrisponde al piano di Regione Lombardia per l'attività di contrasto dei DNA (DGR n° XI/7357 del 21 novembre 2022; DGR n° XI/7590 del 15 dicembre 2022). In particolare il progetto soddisfa la richiesta di programmazione e la messa in atto di azioni specifiche per il relativo territorio così come indicato dalla LR 2/2021 e dalla DGR 6387/2022.

Obiettivi specifici

In accordo con la DGR n° XI/7357 del 21 novembre 2022, sono definiti i seguenti obiettivi:

- potenziamento della rete di servizi dedicati ai DNA sui singoli territori sulla base della ricognizione della specifica offerta con l'individuazione delle attività da incrementare
- definizione e garanzia di offerta dei trattamenti Evidence Based da applicare in un appropriato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che contempli anche il coinvolgimento dei famigliari;
- promozione di un percorso regionale terapeutico specialistico integrato in condizione di urgenza metabolica e nutrizionale dedicate alle persone che accedono ai Pronto Soccorso in linea con quanto indicato dal "Percorso Lilla" del Ministero della Salute
- formazione del personale dei Servizi della Rete destinati alla presa in carico, diagnosi, trattamento e riabilitazione dell'utenza in oggetto
- valorizzazione e coinvolgimento delle realtà associazionistiche di settore e loro partecipazione in particolar modo nelle azioni di informazione e sensibilizzazione anche attraverso azioni di supporto
- azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, con particolare attenzione al mondo scolastico, anche attraverso il coinvolgimento della rete delle associazioni di utenti e famiglie.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il progetto coinvolge le strutture dei DSM/DSMD dell'ATS Brianza che comprendono:

- DSMD di Lecco dell'ASST di Lecco
- DSM di Monza della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
- DSMD di Vimercate dell'ASST Brianza



La mappatura e le specificità che riguardano i servizi offerti in ordine al contrasto dei DNA dai tre DSM/DSMD dell'ATS Brianza, sono descritte nel paragrafo " Analisi del contesto".

Come da atto aziendale, l'IRCCS San Gerardo dei Tintori è un polo sanitario e di ricerca di rilevanza nazionale e internazionale e a cui afferisce il DSM di Monza sede della Cattedra di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Bicocca di Milano. La "mission" della Fondazione IRCCS San Gerardo si propone di costituire un centro di riferimento con caratteri di eccellenza nelle seguenti attività: ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari; prestazioni di ricovero e cura di alta specialità con relativa assistenza sanitaria; alta formazione nell'ambito della sua specializzazione di riferimento.

L'ASST Lecco e l'ASST Brianza si configurano istituzionalmente quali aziende sanitarie con personalità giuridica di diritto pubblico, dotate delle necessarie autonomie organizzative, amministrative, patrimoniali, contabile e tecnico-gestionale. Entrambe si fanno carico di garantire l'appropriatezza clinica ed economica delle prestazioni erogando dei servizi nell'ambito di due poli d'offerta aziendale – ospedaliero e territoriale.

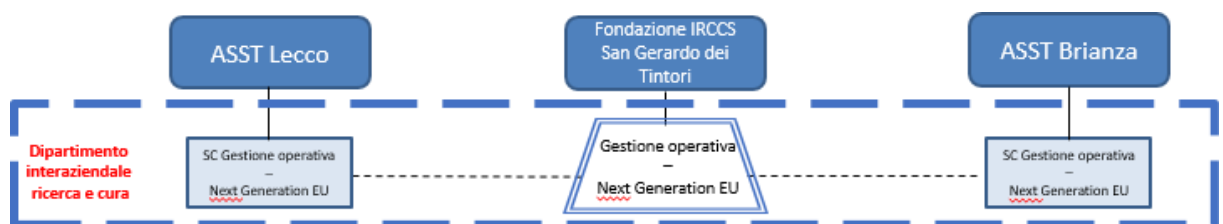
Il Dipartimento funzionale Interaziendale per la Ricerca e la Cura (DIRC) tra le ASST Brianza, ASST di Lecco e Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ha l'obiettivo di costruire e coordinare il funzionamento di Reti

specialistiche integrate. La costituzione, formalizza un percorso già avviato in alcune branche e nella prospettiva di un suo ampliamento, in applicazione di atti regionali. Il DIRC persegue le seguenti finalità:

- l'analisi dei percorsi di cura;
- la costruzione e reingegnerizzazione di percorsi integrati sanitari, sociosanitari e sociali all'interno delle reti, attraverso modelli di presa in carico e trasferimento dei pazienti, in un'ottica di continuità della cura;
- la costruzione condivisa, l'applicazione e la manutenzione di PDTA e protocolli di diagnosi e cura;
- la definizione di modelli e strumenti di collaborazione e comunicazione tra i professionisti;
- l'utilizzo integrato di strumentazioni e tecnologie;
- la costruzione di strumenti informativi a supporto delle finalità della rete;
- la formazione continua degli operatori; - lo sviluppo di attività innovative e di ricerca clinica;
- il trasferimento tra gli aderenti la rete specialistica dei risultati della ricerca;
- l'integrazione con altri soggetti della rete dei servizi territoriali funzionali alla cura e alla ricerca all'interno dei propri ambiti di attività;
- il monitoraggio continuo degli esiti.

La composizione del DIRC è schematizzata di seguito in figura 4.1

Figura 4.1



Il progetto è rivolto a tutti i pazienti che presentino problematiche relative ai DNA, così come definiti dai criteri diagnostici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) : Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbo da binge eating, disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione, disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione, che beneficeranno di una rapida valutazione e

presa in carico secondo lo sviluppo di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) personalizzato.

Un particolare target del progetto è rivolto ai pazienti compresi nella fascia d'età 14-25 anni (esordio del DNA) con bisogno di assessment e necessità di presa in carico di tipo ambulatoriale, macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), Centro Diurno (CD).

Le reti dei servizi (medicina generale, rete consultoriale, servizi specialistici territoriali) sono interessate nel progetto e potranno godere di un accesso privilegiato. In particolare è previsto il coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) e dei Pediatri di Famiglia (PDF).

Anche per gli specialisti ospedalieri è contemplato il contatto diretto poiché gli ambulatori spoke si strutturano come servizi specialistici di primo livello dove viene effettuata la valutazione diagnostica e determinata la modalità di presa in carico.

Una formazione specifica è prevista per gli operatori da attuarsi nell'arco di un biennio, con l'obiettivo di aggiornare e migliorare la gestione dei singoli disturbi, favorendo anche lo scambio di competenze fra i vari specialisti e figure professionali.

È previsto anche il coinvolgimento delle realtà associazionistiche di settore (pazienti e familiari) finalizzato al rafforzamento delle collaborazioni con i servizi.

METODOLOGIA ADOTTATA

Premessa

La strategia univocamente indicata dalle linee guida internazionali per i DNA (NICE, 2006 e 2017; American Psychiatric Association, 2006; Quaderni del Ministero della Salute, 2013 e 2017) si basa sul trattamento attraverso un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato in cui siano coinvolte diverse figure dell'area sanitaria (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi, dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti...). Da tutto ciò si evince che il funzionamento della rete clinico-assistenziale non può prescindere da un'interazione basata su di un impegno rivolto all'integrazione professionale, organizzativa e di programmazione con l'obiettivo di coniugare i livelli di base con quelli specialistici.

Tale contesto si sviluppa per quanto riguarda la performance su livelli differenti di misurazione e di proporzione poiché gli obiettivi si declinano su un piano qualitativo/comportamentale non strettamente valutabile e su quello quantitativo (prestazioni inserite e valorizzate attraverso il sistema SIPRL di Regione Lombardia) che non contempla le attività (definibili come macroattività), non rivolte direttamente all'assistenza, ma finalizzate al coordinamento del piano di cura, all'organizzazione del DSM o della struttura privata accreditata, ai rapporti tra DSM, strutture private accreditate e Azienda Sanitaria ed altri Enti, alla prevenzione e all'educazione sanitaria, alla formazione ed alla ricerca.

Inoltre per l'effettuazione e organizzazione di un piano organizzativo bisogna tener presente che la Psichiatria ha un budget economico a tetto da corrispondersi, ma non implementabile dal numero in eccedenza delle prestazioni ed alla complessità organizzativa dei servizi psichiatrici sia dal punto di vista strutturale (le strutture sono "disperse" sul territorio) che gestionale (necessità di integrazioni tra i programmi e i "prodotti" delle singole strutture).

Il progetto è strutturato per:

- Assicurare la Presa in carico e la Continuità assistenziale
- Gestione patologia prevalente e principali comorbilità
- Garantire equità e tempestività
- Stesso standard di prestazione
- Qualità e Sicurezza delle cure
- Assicurare l'accesso all'innovazione e promuovere la ricerca

La metodologia non può prescindere dalla gestione proattiva dei DNA:

- Focalizzazione sui Modelli di presa in carico multi professionali del paziente che comprendono il follow up e percorsi di audit degli outcome assistenziali;
- Utilizzo di Linee guida e protocolli basati su evidenza scientifica;
- Forte attenzione sull'utilizzo appropriato delle risorse al fine di garantire prestazioni specialistiche a basso impatto tecnologico assicurando l'equità di accesso ai servizi;
- Supporto del Team multidisciplinare mediante la Formazione continua al fine di garantire lo sviluppo di competenze assistenziali distintive.

Metodologia

La metodologia utilizzata è quella dell'analisi del contesto attuale cogliendo le tendenze evolutive legate ai DNA e allo stesso tempo l'attuale carenza di risposte efficaci da parte dei servizi, come così strutturati.

In particolare, la complessità e vastità del territorio regionale - caratterizzato da una differente distribuzione della tipologia e numerosità dei servizi dedicati ai DNA - ha determinato la definizione di una struttura organizzativa impostata nell'ottica di operare contemporaneamente ed in modo sinergico sui due livelli:

- livello regionale a cui sono attribuite azioni di sistema,
- livello territoriale a cui sono attribuite programmazione e azioni attuative specifiche per il relativo territorio.

Il livello regionale, garantito dalla Struttura competente della DG Welfare, coordinatore titolare del Piano che si avvale della Cabina di Regia, di cui fanno parte anche le 8 ATS, ha funzioni di:

- definizione delle linee di indirizzo anche con l'eventuale indicazione di macroaree geografiche;
- approvazione dei Piani Locali redatti dalle ATS, anche avvalendosi della Cabina di Regia, con particolare riguardo al parere delle Associazioni;
- monitoraggio della fase attuativa del Piano di attività regionale attraverso il costante confronto con le ATS.

Il livello territoriale, affidato alle ATS, ha funzione di:

- redazione di Piani Locali di Contrasto dei DNA specifici per ogni territorio, tenendo conto delle caratteristiche del proprio contesto e secondo le indicazioni/strumenti definiti dal livello regionale con cui opera in stretta connessione e continuità;
- attuazione dei Piani Locali in stretta collaborazione con gli Erogatori Pubblici e Privati Accreditati e Contrattualizzati e con le Associazioni del territorio;
- monitoraggio della fase attuativa del proprio Piano Locale

Il progetto sottintende il modello teorico per l'analisi e la riprogettazione e l'accompagnamento alle reti ospedaliere (Carbone et al, 2011):

- mappatura e analisi dell'ambiente esterno
- individuazione e interpretazione dei fattori critici per la progettazione della rete ospedaliera
- processo di accompagnamento per supportare il cambiamento (Analisi SWOT).

In particolare il nuovo personale arruolato tramite i contratti libero professionali, dopo una formazione specifica, si affiancherà alle figure professionali già operative a ricostruire il cosiddetto *comtunuum of care* tra i diversi livelli di cura e di assistenza. Questa integrazione e collaborazione attraverso la condivisione di competenze potrà creare un vantaggio a breve termine.

Individuazione degli indicatori e degli strumenti di verifica dello sviluppo di processo e della risposta ai bisogni.

Individuazione di miglioramento dei modelli comunicativi rapidità e precisione nel passaggio d'informazione a valenza clinica tra gli stakeholders.

Per quanto riguarda la formazione dei sanitari, verrà controllato annualmente il debito formativo e ai direttori di dipartimento verrà dato il compito di scegliere quali argomenti debbano essere trattati in particolare nelle riunioni dedicate alla formazione interaziendale. Verrà inoltre potenziata la discussione dei casi clinici a distanza con l'importante funzione di garantire l'assistenza multidisciplinare adeguata, migliorando la reciprocità tra le istituzioni coinvolte ed evitando la sottomissione degli operatori che hanno nel centro Spoke il proprio riferimento.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Nel disegnare il modello è molto importante individuare le strutture fisiche (Hub e Spoke), le caratteristiche, la configurazione organizzativa e la relativa struttura logistica, la localizzazione nel territorio, il ruolo e la funzione di ogni centro, i sistemi operativi che collegano le strutture integrando i centri principali e periferici e reti clinico-assistenziali, i meccanismi di integrazione verticali e orizzontali, le risorse umane e tecnologiche impiegate, le tipologie di servizi.

Nel considerare questi aspetti strutturali del modello, bisogna razionalizzare il sistema produttivo distribuendo, secondo il principio di complessità, i centri Hub e Spoke della rete e per ognuno di questi identificare i relativi bacini di popolazione di riferimento e relativi bisogni assistenziali, i processi e percorsi assistenziali, i criteri soglia di invio e rinvio dei pazienti tra i centri Hub e Spoke e viceversa. Implementare un modello organizzativo come questo richiede anche un'attenta analisi delle strutture esistenti che include l'eventuale riqualificazione delle strutture poco utilizzate o meno adeguate per il bacino di riferimento al fine di migliorare i servizi erogati.

Le azioni progettuali risultano:

1. Potenziamento della rete di servizi dedicati ai DNA sui singoli territori sulla base della ricognizione della specifica offerta con l'individuazione delle attività da incrementare:

- Rete residenziale: incremento, con particolare attenzione alle realtà sperimentali che comprendano l'età adulta
- Rete semiresidenziale: incremento, con particolare attenzione alle realtà sperimentali che comprendano l'età adulta
- Rete ospedaliera/attività MAC secondo il modello Hub/Spoke modulato e applicato anche per eventuali macro-aree geografiche

2. Formazione del personale dei Servizi della Rete destinati alla presa in carico, diagnosi, trattamento e riabilitazione dell'utenza in oggetto;

3. Valorizzazione e coinvolgimento delle realtà associazionistiche di settore e loro partecipazione, in particolar modo, nelle azioni di informazione e sensibilizzazione

Il progetto deve considerare la rete di intervento presente sul territorio dell'ATS Brianza:

AMBITO TERRITORIALE

- Ambulatori dedicati ad assessment, valutazione e presa in carico
- CD per l'assistenza semi-residenziale
- Comunità Terapeutiche per i pazienti per cui si renda necessario un periodo di distacco dal proprio contesto e un'assistenza terapeutica intensa quale quella residenziale

AMBITO OSPEDALIERO

- Letti di degenza per rispondere all'acuzie nelle situazioni di maggior gravità,
- DH/MAC per la gestione e il monitoraggio delle fasi acute e subacute e/o di stabilizzazione.

In una seconda fase, individuando come HUB l'IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, come da indicazioni regionali, e come SPOKE l'ASST di Lecco e l'ASST Brianza il progetto esamina i percorsi che si articolano nelle strutture esistenti, anche sperimentali.

Questo comporterebbe in seguito il rafforzamento, promozione e/o attivazione di nuove strutture.

Dal punto di vista dell'innovazione, sempre sostenuta dalle indicazioni legislative, nonché dalle evidenze scientifiche a disposizione, Regione Lombardia si presuppone la creazione di équipe integrate per la fascia d'età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, revisionando non solo i modelli organizzativi tradizionali, ma anche gli attuali criteri di accreditamento in ordine sia al livello strutturale che ai profili professionali che compongono l'équipe curante.

I servizi coinvolti nel progetto devono organizzare la propria attività per assicurare, di volta in volta:

- l'erogazione di prestazioni specialistiche di carattere ambulatoriale e MAC per l'intercettazione precoce, la diagnosi e l'eventuale invio dei pazienti ai contesti di cura e alle strutture più appropriate della Rete, nonché per la presa in carico delle situazioni gestibili a un primo livello di trattamento;
- la disponibilità di strutture specialistiche nelle aree della semiresidenzialità e della residenzialità per la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi finalizzati alla presa in carico duratura delle situazioni complesse, con particolare attenzione ai soggetti comorbili e parallele azioni a sostegno delle famiglie;
- l'attivazione di posti-letto dedicati - a livello dei diversi Ospedali - per una risposta rapida alle situazioni acute con obiettivo "salva-vita" in relazione alle pazienti più gravi che necessitano di un periodo di ospedalizzazione per raggiungere il livello di stabilizzazione necessario all'avvio di un "percorso" trattamentale completo presso i servizi specialistici della rete.

Il sistema deve quindi essere sincronizzato e reso sinergico, in primis, dall'accessibilità e dalla creazione di "percorsi" completi in grado di evitare attese o ritardi e di favorire diagnosi precoci e interventi tempestivi.

Questo comporta l'individuazione di strumenti condivisi sia per la valutazione di ogni caso clinico, la diagnosi, i percorsi di cura e l'evoluzione del trattamento.

L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline rappresenta il presupposto fondamentale per:

- assicurare i trattamenti più appropriati, accessibili e fruibili ai pazienti e ai loro familiari
- garantire precocità nella diagnosi e tempestività negli interventi al fine di assicurare l'evoluzione più favorevole alle diverse situazioni, evitando ogni rischio di cronicizzazione.

Dal punto di vista organizzativo tale integrazione si declina:

- a livello centrale attraverso la stretta collaborazione tra i tre Direttori di DSM/DSMD, ATS e livello di Regione Lombardia (Cabina di Regia DNA) e ATS Brianza
- a livello aziendale attraverso l'articolazione organizzativa dei DSM/DSMD, la Direzione Strategica, middle management

Il modello della rete sposta l'attenzione della singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da unità operative garantendo continuità ed evitando duplicazioni di servizi.

Analisi del Contesto

ASST BRIANZA

La ASST Brianza risulta nel Piano Locale di contrasto dei DNA- ATS della Brianza del 13 aprile 2022 attualmente priva di servizi specificatamente dedicati ai DNA con equipe multidisciplinari. La diagnosi e il trattamento dei casi di DNA vedono prevalentemente l'intervento dei servizi ambulatoriali del DSMD e la continuità ospedale-territorio che viene garantita da possibilità di ricovero in SPDC e in reparti di pediatria; in particolare i reparti di pediatria mostrano, laddove supportati dagli operatori della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPIA), capacità di gestione e trattamento della patologia DNA. Come rilevato dalla mappatura ASST Brianza realizzata in partenariato con ASST Lecco e IRCCS Monza un programma di NPIA sui percorsi di cura in psicopatologia dell'adolescente in cui vengono intercettati e presi in carico minori con DNA (pur in assenza di equipe dedicata).

È inoltre possibile l'attivazione di percorsi residenziali e semiresidenziali per minori con DNA in comorbilità con altri disturbi psicopatologici, presso la Comunità Terapeutica e il Centro semiresidenziale per minori gestiti da ASST Brianza, pur se strutture non specifiche per i DNA. Dall'analisi dei dati emerge inoltre il fenomeno di migrazione verso altre strutture intra ATS o regionali o finanche extra Regione.

ASST LECCO

La ASST Lecco con riferimento ai DNA risulta ad oggi organizzata con ambulatori per adulti e minori afferenti al programma innovativo di psichiatria e progetto di NPIA. Per gli adulti è infatti realizzato il programma innovativo esclusivamente per i DNA e con equipe multidisciplinare dedicata dal titolo "Trattamento territoriale dei disturbi del comportamento alimentare di tipo anoressico"; per i minori, come per ASST Brianza e per IRCCS San Gerardo, è presente un progetto regionale sulla psicopatologia dell'adolescenza in cui vengono intercettati e presi in carico minori con DNA (pur in

assenza di equipe dedicata) che propone interventi ambulatoriali; l'eventuale ricovero di pazienti minori con DNA, per percorsi diagnostici o in presenza di aggravamento clinico, avviene presso il reparto di Pediatria del Presidio Manzoni di Lecco.

Anche in questo caso la diagnosi e il trattamento vengono garantiti a livello di DSMD con la possibilità di un ricovero ospedaliero presso il Reparto di Pediatria del Presidio Manzoni per i casi più complessi. Per i pazienti maggiorenni con DNA sono invece stati attivati sin dal 2015, nell'ambito di un programma innovativo di psichiatria, due ambulatori dedicati (presso il CPS di Lecco e presso il CPS di Merate), anche se prevalentemente rivolti ai disturbi alimentari di tipo restrittivo, con la possibilità di ricoveri per approfondimenti clinici presso i Reparti di Medicina e presso SPDC dell'ASST di Lecco.

IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI

Nell'ambito della Fondazione IRCCS San Gerardo di Monza è presente da oltre 15 anni un Servizio per i DNA afferente al DSM che si connota, oggi, come un Servizio declinato sui diversi livelli della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione definiti dall'integrazione di differenti figure professionali.

I Servizi DNA dell'area territoriale corrispondente all'IRCCS San Gerardo oltre a rispondere ai bisogni dei cittadini residenti, mostrano, dall'analisi dei dati, attrattività per parte della popolazione di territori appartenenti ad altri Enti, in particolare per territori limitrofi afferenti ad ASST Brianza e, in misura molto più contenuta, di altri territori anche extra ATS.

La rete di intervento del DSM della Fondazione IRCCS è così costituita:

- Ambito territoriale: Ambulatorio della branca specialistica di "endocrinologia" che svolge visite internistiche/endocrinologiche e nutrizionistiche; Centro Diurno DNA - "La Casa di Bianca" con 5 posti tecnici a contratto (IRCCS San Gerardo gestisce inoltre strutture residenziali che possono prevedere l'inserimento di casi di media complessità di DNA, pur non essendo specificatamente dedicate ai DNA).
- Ambito ospedaliero: Ambulatorio Ospedaliero di Psichiatria per i DNA; Ambulatorio di Psicologia Clinica supportato da finanziamento specifico del Progetto Innovativo Regione Lombardia TR61 sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione; attività MAC.

In parallelo, la S.C di NPIA ha avviato dal 2006 un servizio articolato extraterritoriale di cura e riabilitazione dei DNA con approccio di tipo multidisciplinare integrato che prevede un primo livello ambulatoriale ed un secondo livello di tipo intensivo in regime di DH, oltre alla possibilità di effettuare ricoveri medio-brevi presso il reparto di degenza della S.C. di NPIA (per urgenze psichiatrico-internistiche). Anche per i pazienti minorenni vi è la possibilità di percorsi residenziali e semiresidenziali presso la Comunità Terapeutica e il CD per minori gestiti da IRCCS San Gerardo, pur se strutture non specifiche per i DNA.

INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO RELATIVAMENTE AI SOGGETTI CON DISTURBI NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE (DNA) IN ATS BRIANZA.

Sulla dinamica di fruizione dei servizi assistenziali facciamo riferimento alle informazioni in “Epidemiologia - Disagio psichico in ATS della Brianza” preparata nel 2022 - informazioni quadriennio 2016-2019 - flussi informativi socio-sanitari o disponibili localmente per interazione diretta con gli enti territoriali ((UOC Epidemiologia Osservatorio Epidemiologico e Registri di Patologia).

Sono stati considerati i dati relativi al gruppo F5 (Sindromi e disturbi comportamentali associati ed alterazioni delle funzioni fisiologiche e fattori somatici) caratterizzato dalla presenza preponderante di una problematica relativa ai disturbi dell'alimentazione (presenza decisamente elevata di donne in età evolutiva e giovani adulti).

Per le prestazioni ambulatoriali sono state analizzate quelle di area pertinente (branca 023-Psichiatria e 027-Neuropsichiatria Infantile).

Per il flusso Psiche sono inclusi i soggetti presenti nella categoria F5.

In totale nel 2019 sono stati identificati 2.105 soggetti in ATS Brianza (femmine 66.3%).

La prevalenza è 0.2% della popolazione generale, 0.2% per le donne e 0.1% per gli uomini.

L'incidenza grezza annuale è 0.03% della popolazione generale, 0.04% per le donne e 0.02% per gli uomini.

La casistica è soprattutto rappresentata da soggetti di età giovanile con maggior rappresentazione del genere femminile. Rispetto al totale dei soggetti con disagio psichico questa categoria rappresenta il 0.9% (figura 6.1 e 6.2)

Figura 6.1

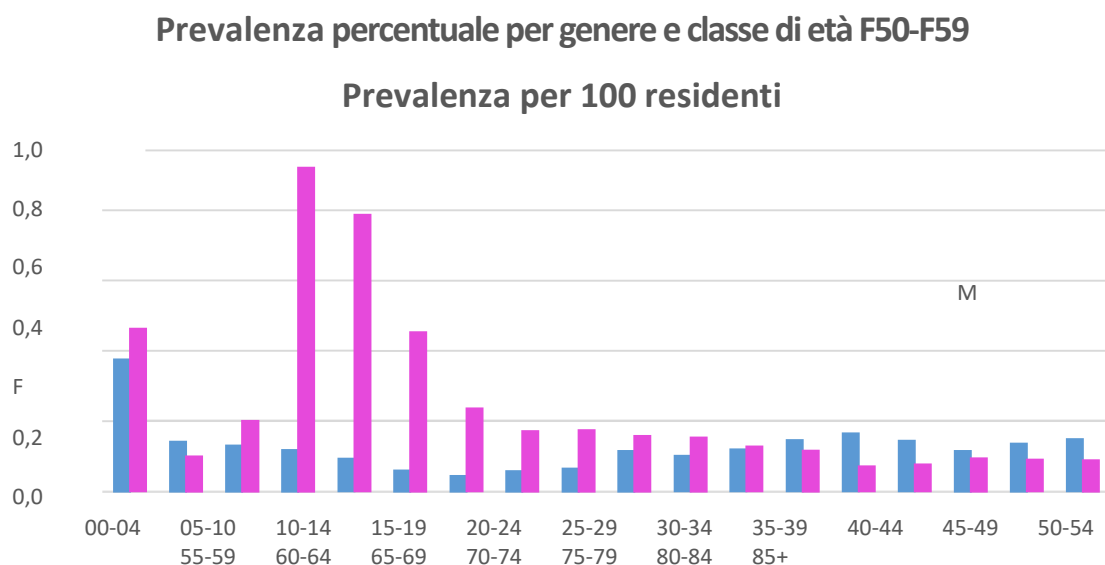
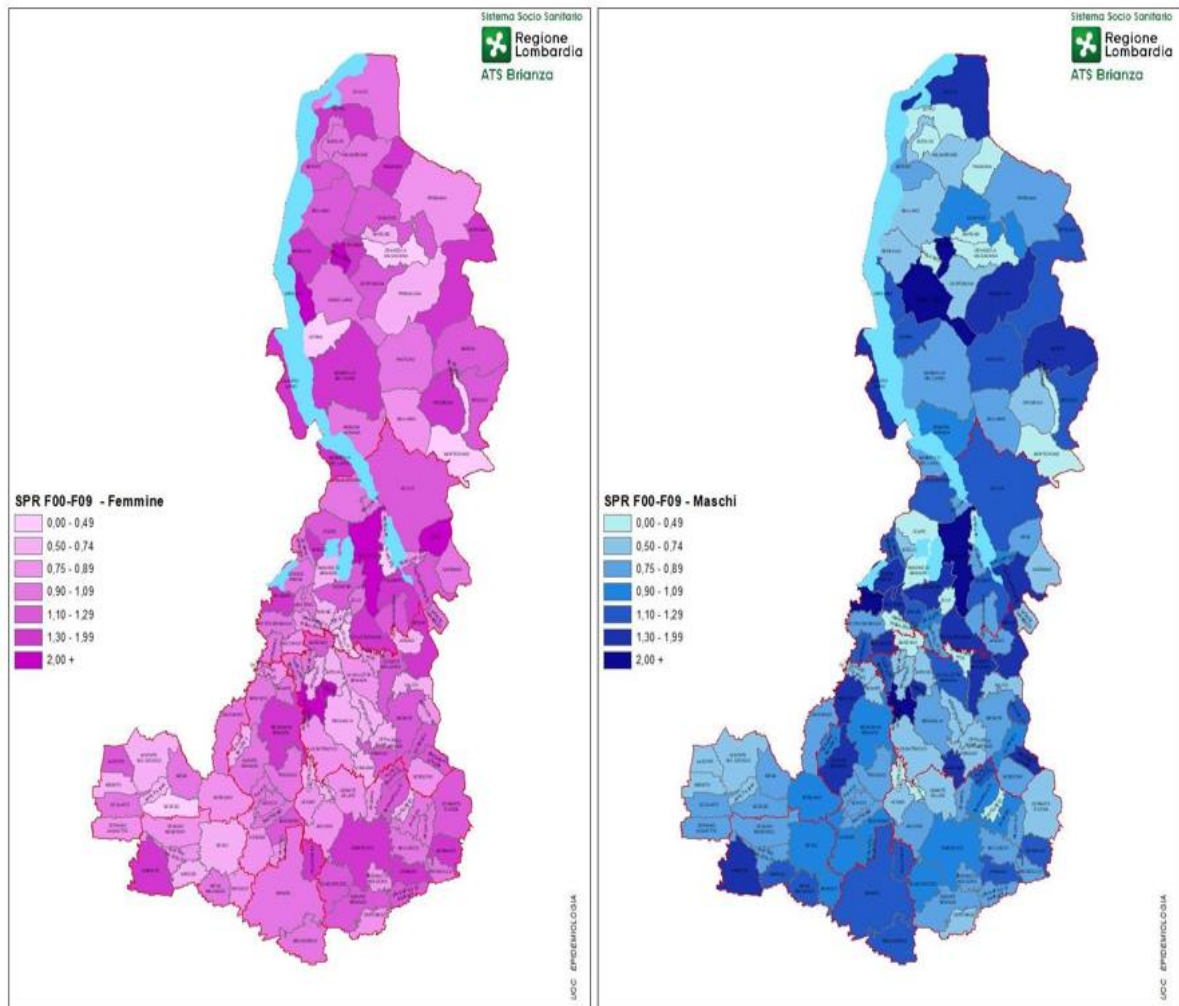


Figura 6.2

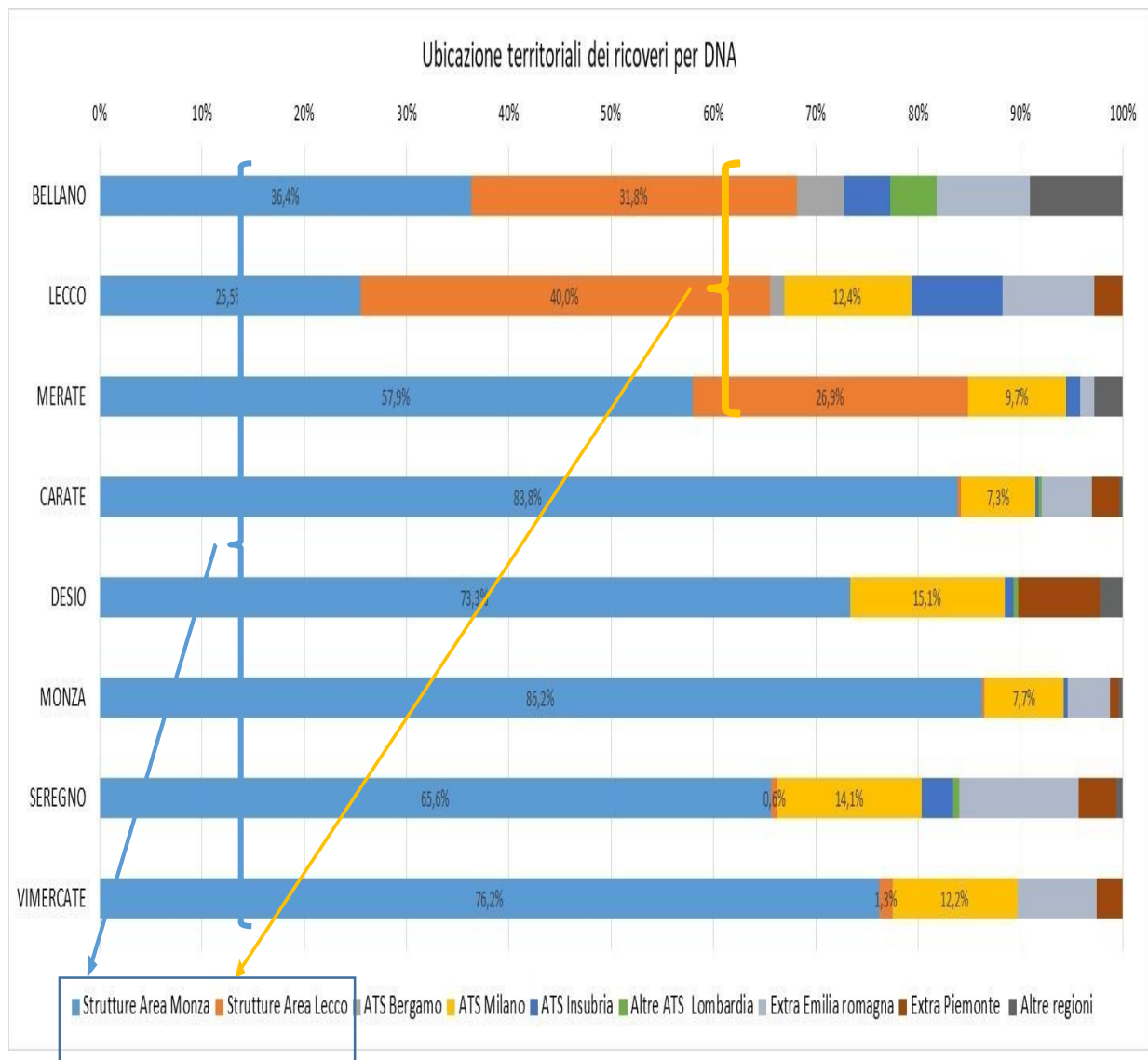
Distribuzione casi DNA - Area Geografica ATS Brianza



Come riportato nella tabella 6.1, negli anni 2016-2019 si sono verificati:

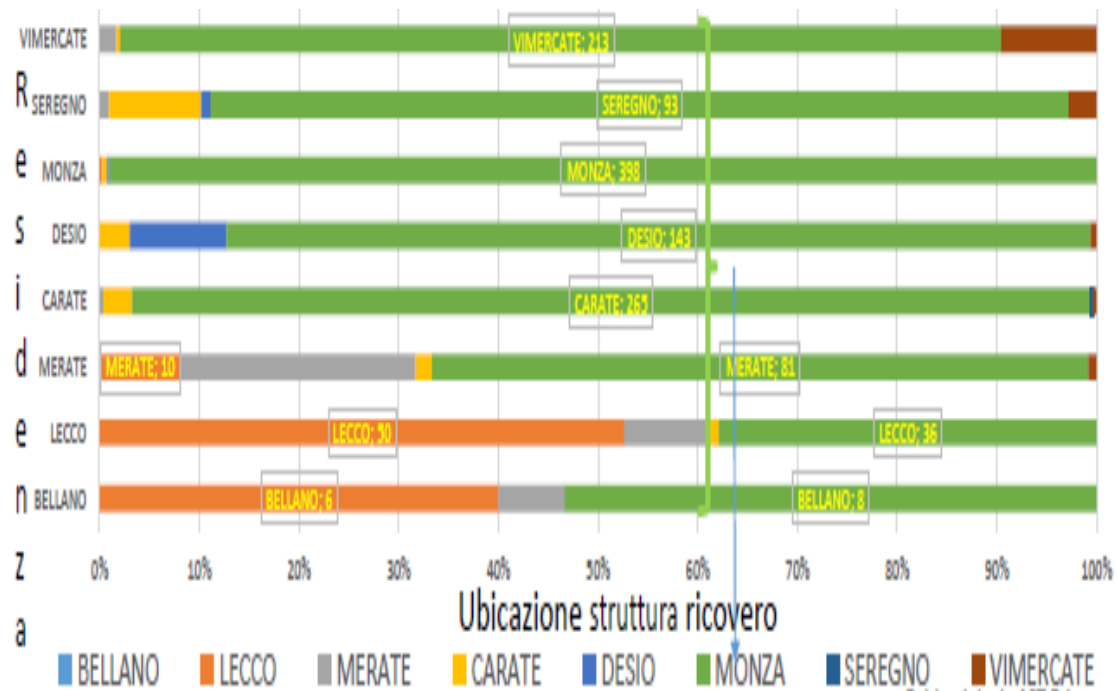
- 1.804 ricoveri per problematiche relative ai DNA
- 1.425 (79%) nelle strutture del territorio di ATS Brianza
- 220 (12,2%) in strutture extra territoriali Lombarde
- 159 (8,8%) in strutture fuori regione

Tabella 6.1



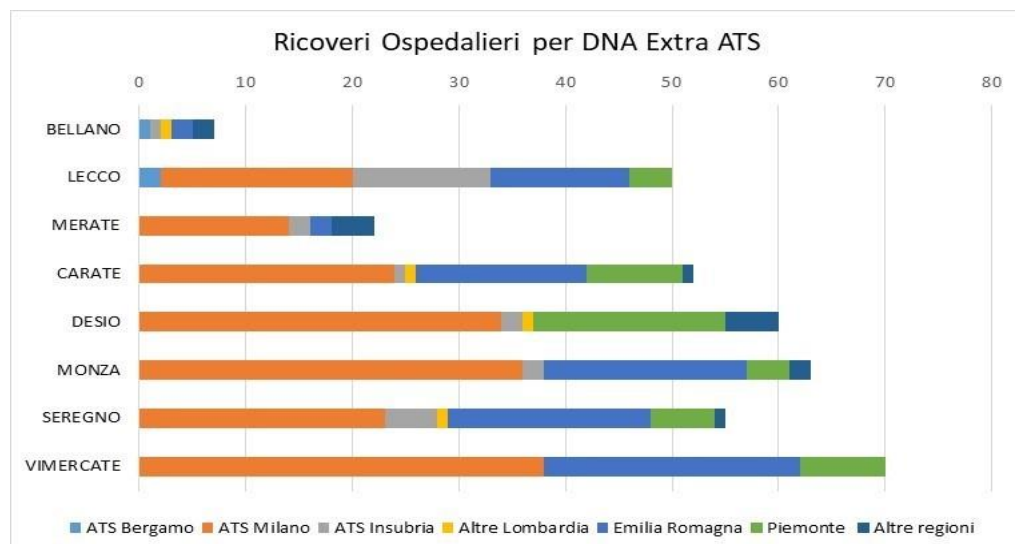
Nella successiva tabella 6.2 viene rappresentata la corrispondenza tra la residenzialità del paziente e l'ubicazione della struttura di ricovero

Tabella 6.2



Per quanto riguarda i ricoveri Extra ATS per DNA, i dati presenti permettono di osservare come i principali poli verso cui si orienta la “fuga” coinvolgono le strutture presenti sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano (49,3% dei ricoveri extra ATS) e in una struttura Privata accreditata in Emilia Romagna (25,1% dei ricoveri Extra ATS) dedicata alla salute mentale che offre percorsi di ricovero e riabilitazione per DNA. La tabella 6.3 rappresentano graficamente il fenomeno.

Tabella 6.3



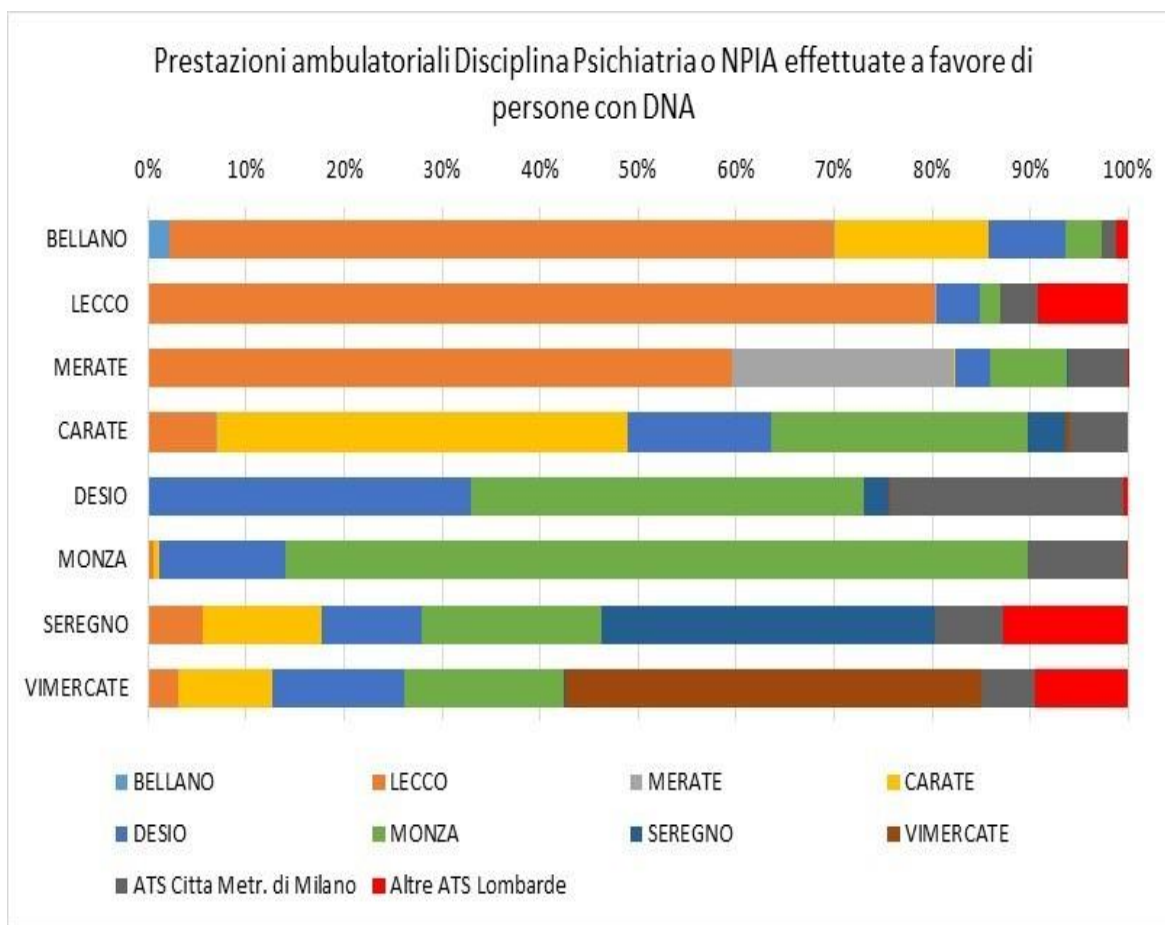
Dalla tabella 6.4 si evince che l'attore principale è il San Gerardo con il 76% dei ricoveri

Tabella 6.4

Struttura	Ubicazione e struttura	Ambito Residenza ricoverati (solo DNA come diagnosi principale)									Totale	%
		BELLANO	LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE			
S.GERARDO -	Monza	8	34	80	261	140	342	90	205	1160	76,1%	
VILLA MARIA LUGIA	E. Romagna	0	13	2	14	0	17	17	22	85	5,6%	
SAN RAFFAELE TURRO	Milano	0	8	7	6	4	7	4	16	52	3,4%	
MANZONI - LECCO	Lecco	3	25	8	0	0	0	0	0	36	2,4%	
S.L.MANDIC-MERATE	Merate	0	5	21	1	0	0	1	3	31	2,0%	
OSP.LE BASSINI – CIN. BALSAMO	Milano	0	0	2	5	9	10	5	0	31	2,0%	
NIGUARDA - MILANO	Milano	0	3	2	5	5	7	4	5	31	2,0%	
OSP.LE VITTORIO EMANUELE III	Carate	0	1	1	6	4	0	5	1	18	1,2%	
VIMERCATE	Vimercate	0	0	1	1	1	0	2	12	17	1,1%	
DESIO	Desio	0	0	0	0	13	1	1	0	15	1,0%	
IRCCS S. RAFFAELE -	Milano	0	0	0	1	0	1	1	2	5	0,3%	
Altro	Altro	1	9	1	5	4	10	4	9	43	2,8%	
Totale		12	98	125	305	180	395	134	275	1524	100%	

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, le strutture di Lecco sono il riferimento per l'80.3 % di lecchesi, per i bellanesi il 68% e per i meratesi il 60%. Le prestazioni a favore dei cittadini di Desio per il 40% dei casi sono erogate presso le strutture di Monza e solo del 32% delle strutture del territorio di Desio. Il 75% dell'utenza di Monza si rivolge alle strutture ambulatoriali del proprio territorio. Rispettivamente il 18.4% e il 16.2% e il 26.1% dei cittadini di Seregno, Vimercate e Carate si rivolgono alle strutture ambulatoriali di Monza (tabella 6.5).

Tabella 6.5



L'osservazione delle strutture contattate specifica quanto già osservato in merito alla mobilità territoriale delle persone con DNA. Così è possibile osservare come la centralità delle strutture del territorio di Lecco per i diversi ambiti che lo compongono sia assunta per lo più dal polo ospedaliero NPI e dall'Istituto Medea.

Diversamente per la provincia di Monza è presente una maggiore diffusività della risposta.

Attività Ambulatoriale: strutture contattate (tabella 6.6)

Tabella 6.6

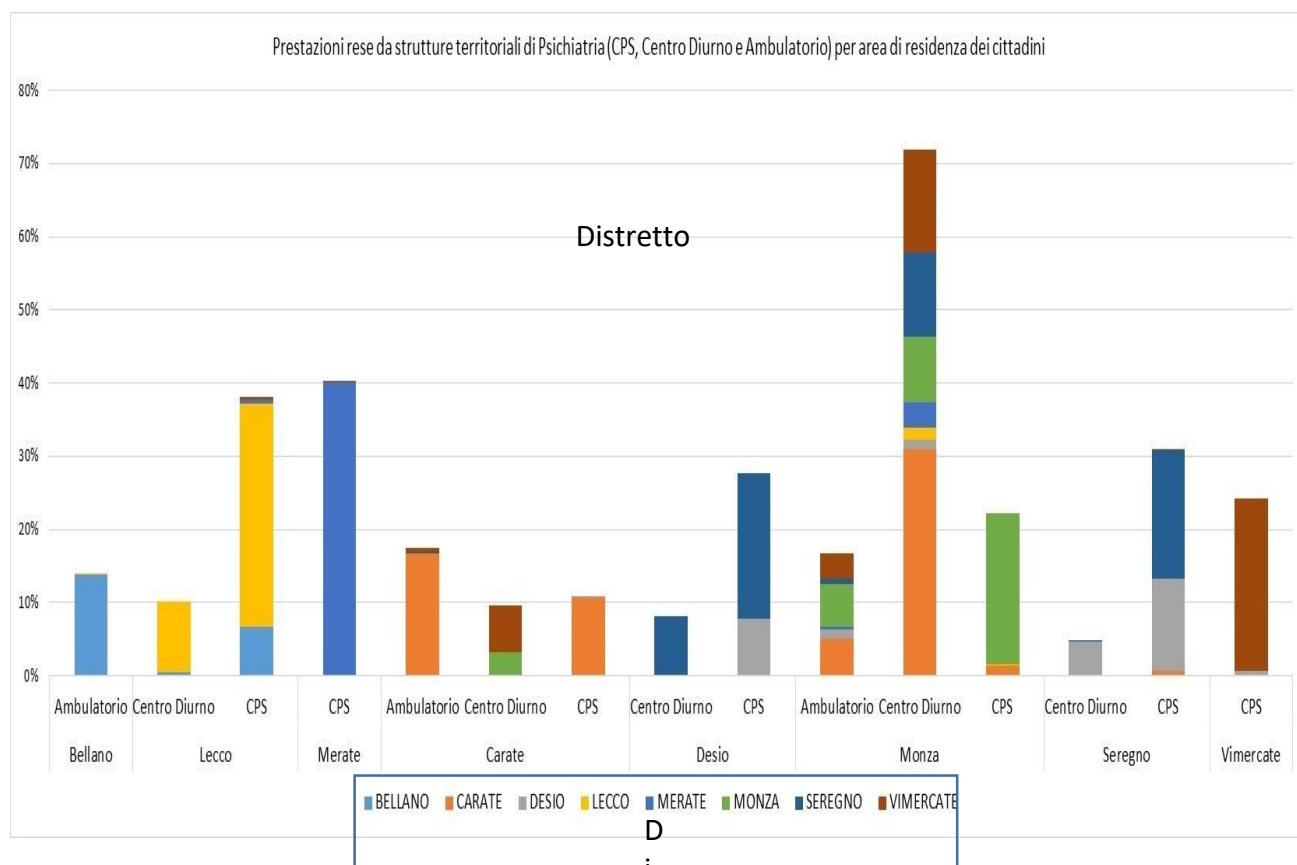
Strutture Contattate	Ambito ubicazione strutture	Prestazioni	%	% area
UONPIA POLO OSPEDALIERO MONZA	MONZA	2993	9,0%	25,8%
POLIAMB. OSPEDALE SAN GERARDO MONZA		2134	6,4%	
AMBULATORIO PSICHIATRIA E PSIC. CLINICA OSPEDALE SAN GERARDO		1823	5,5%	
POLIAMBULATORIO MONZA		613	1,8%	
UONPIA POLO TERRITORIALE MONZA		396	1,2%	
UONPIA SEDE AMBULATORIALE BRUGHERIO		222	0,7%	
Altro Monza		426	1,3%	
POLO OSP. N.P.I. - LECCO	LECCO	4200	12,6%	21,0%
ISTITUTO EUGENIO MEDEA BOSISIO PARINI		2346	7,0%	
Altro Lecco		470	1,4%	
CENTRO ADOL.I BESANA B.	CARATE	1966	5,9%	13,0%
UONPIA POLO TERRITORIALE LISSONE		1142	3,4%	
UONPIA SEDE AMBULATORIALE BESANA		798	2,4%	
UONPIA CENTRO DIURNO BESANA IN BRIANZA		264	0,8%	
Altro Carate		151	0,5%	
CENTRO TERAP.PSICO-SOCIO EDUC. DESIO	DESIO	2559	7,7%	12,5%
CENTRO SEMIRES. TERAPEUTICO PER DESIO		532	1,6%	
POLO TERR.7 CORBERI LIMBIATE		353	1,1%	
UONPI - AMB.EXTRAOSP. DESIO		349	1,0%	
Altro Desio		371	1,1%	
U.O.N.P.I.A. USMATE VELATE	VIMERCATE	2765	8,3%	8,8%
Altro Vimercate		168	0,5%	
SAN RAFFAELE TURRO MILANO	ATS Citta Metr. di Milano	1355	4,1%	7,4%
Altro ATS Milano		1099	3,3%	
UONPI - AMB.EXTRAOSP. SEREGNO	SEREGNO	1398	4,2%	5,0%
Altro Seregno		271	0,8%	
PRESIDIO DI COMUNITA TERAPEUTICHE ASSO	ATS Insubria	962	2,9%	4,8%
CDI NPI VILLA SANTA MARIA TAVERNERIO		423	1,3%	
Altro ATS Insubria		222	0,7%	
POLO TERR. N.P.I. - MERATE	MERATE	394	1,2%	1,5%
Altro Merate		101	0,3%	
Altra ATS	Altra ATS	74	0,2%	0,2%
Totale		33340	100,0%	

Le prestazioni rese dalle strutture territoriali di Psichiatria dell'area di Lecco (Ambulatorio, Centro Psico Sociale (CPS) e CD) mantengono una strutturazione territoriale, con i cittadini che accedono alle risorse del territorio di residenza (con qualche eccezione per i bellanesi che accedono anche alle strutture di Lecco).

Diversamente, la Provincia di Monza mostra una maggiore mobilità.

Nello specifico: mentre i cittadini dell'area di Vimercate e Monza mostrano un maggior consumo di prestazioni presso i CPS del territorio di residenza, i cittadini dell'area di Carate e Desio mostrano una mobilità di rilievo i primi verso Monza, i secondi verso Seregno (Figura 6.3).

Figura 6.3



La mobilità verso le strutture extra ATS Brianza si esprime con interessamento delle strutture di ATS Milano, Insubria e Montagna.

I CPS e i CD in ATS Milano accolgono i cittadini di Desio e Vimercate

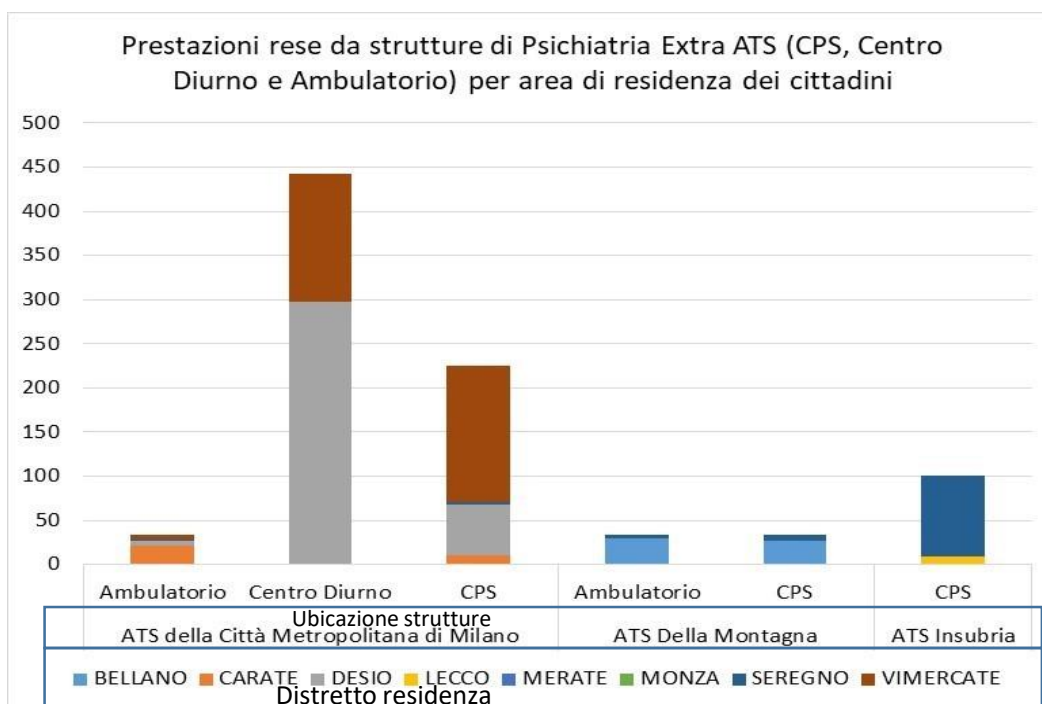
I cittadini bellanesi mostrano una contenuta mobilità verso gli Ambulatori e i CPS di ATS della Montagna.

I CPS di ATS Insubria accolgono una parte della domanda di cittadini seregnesi (Tabella 6.7 e Figura 6.5)

Tabella 6.7

Coorti 2016-2019 - Ambito ubicazione strutture Extra ATS Brianza (prestazioni effettuate)																
Ambito Residenza	ATS della Città Metropolitana di Milano							ATS Della Montagna			ATS Insubria				Totale pr es	TOT ALE
	Ambulatorio	Centro Diurno	CPS	CPA	CPM	CRA	ATS della Città Metropolitana di Milano Totale	Ambulatorio	CPS	ATS Della Montagna Totale	CPS	CPA	CRA	ATS Insubria Totale		
BELLANO								30	27	57					57	1609
LECCO						669	669				9	1395	590	1994	2663	9643
MERATE						379	379						190	190	569	2755
CARATE	22		10			394	426						299	299	725	3222
DESIO	5	298	58			173	534					309	406	715	1249	5146
MONZA				561	446	1528	2535					1955		1955	4490	9157
SEREGNO	1		2				3	3	6	9	92	637	1153	1882	1894	5095
VIMERCATE	6	144	155	532		468	1305					273	185	458	1763	3457
Totale	34	442	225	1093	446	3611	5851	33	33	66	101	4569	2823	7493	13410	40084
BELLANO								2%	2%	4%					4%	100%
LECCO						7%	7%				0%	14%	6%	21%	28%	100%
MERATE						14%	14%						7%	7%	21%	100%
CARATE	1%		0%			12%	13%						9%	9%	23%	100%
DESIO	0%	6%	1%			3%	10%					6%	8%	14%	24%	100%
MONZA				6%	5%	17%	28%					21%		21%	49%	100%
SEREGNO							0%	0%	0%	0%	2%	13%	23%	37%	37%	100%
VIMERCATE	0%	4%	4%	15%		14%	38%					8%	5%	13%	51%	100%
Totale	0%	1%	1%	3%	1%	9%	15%	0%	0%	0%	0%	11%	7%	19%	33%	100%

Figura 6.5



Implementazione del Progetto, Fasi e Tempistiche

IRCCS SAN GERARDO HUB

Sulla base di quanto già esistente, nonché della già rilevata attrattività da altri territori, dei servizi di IRCCS San Gerardo, si intendono incrementare le attività già in atto, riconoscendo con particolare riferimento alle attività di secondo livello, il ruolo di HUB di riferimento per i cittadini del territorio ATS (in particolare per quei cittadini residenti in contesti dove sia attivo unicamente il primo livello o con attività di secondo livello limitate a MAC) e prevedendo, come già sopra specificato, l’individuazione di procedure formalizzate in merito a modalità di invio, accettazione e dimissione concordate e condivise. Tale organizzazione prevede che i Centri Spoke DNA afferenti al territorio dell’ATS Brianza, previa valutazione del quadro clinico e dei bisogni terapeutico-assistenziali, effettuino un invio concordato del paziente standardizzato secondo la soglia di complessità. L’obiettivo è di attuare un miglioramento/implementazione delle prestazioni ad opera di Servizi di “primo livello” che svolgono un ruolo rilevante nella rete assistenziale. Tali attività dovranno essere precedute dall’elaborazione e dalla condivisione di protocolli condivisi e da un PDTA che prenda in esame l’iter del paziente dal suo primo contatto.

Con particolare riferimento agli interventi di secondo livello, si prevede per IRCCS San Gerardo il potenziamento di interventi innovativi terapeutico-riabilitativi:

- potenziamento del CD “La Casa di Bianca”, struttura dedicata appositamente al trattamento dei DNA che attua un modello integrato e multidisciplinare. Il CD ad intensità terapeutica modulabile costituisce una valida alternativa alla permanenza prolungata in strutture di ambito residenziale od ospedaliero.
- potenziamento MAC DNA rivolta a pazienti che necessitano di interventi ad alta intensità terapeutica, sia sul piano psicopatologico che nutrizionale, che non si siano giovati di percorsi precedenti o che abbiano necessità cliniche di prosecuzione di cure intensive (ad es., dopo un ricovero ospedaliero) o che non abbiano ancora intrapreso percorsi intensivi di cura.

Per entrambe le attività (CD e MAC) IRCCS San Gerardo intende introdurre interventi innovativi con l'utilizzo di strumenti ad alta tecnologia come la Virtual Reality Therapy (VRT) e la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS), che consentirebbero di realizzare interventi tempestivi e mirati in grado di offrire opportunità non facilmente reperibili altrove.

ASST BRIANZA SPOKE

Il piano prevede l'implementazione di un ambulatorio integrato territoriale DNA che, integrandosi con progettualità di cui alla DGR 7590/2022, sia rivolto alla fascia di età 14 – 25 anni, con attività volte all'intercettazione precoce, prima valutazione multidimensionale, diagnosi, presa in carico per trattamento con attività di primo livello ed eventuale invio ai contesti di cura più appropriati di secondo livello. Si prevede inoltre il potenziamento specialistico delle pediatrie aziendali di Vimercate e di Desio, per le attività di ricovero e DH per DNA di pazienti minorenni, anche attraverso il supporto da parte di figure professionali della salute mentale: Neuropsichiatra; Psicologo; Educatore/TerP con specifica formazione, per attività di supervisione/consulenza dei casi più complessi.

ASST LECCO SPOKE

Il piano prevede, in integrazione con quanto verrà realizzato nel territorio ASST Lecco con i finanziamenti di cui alla DGR 7590/2022, l'attivazione di MAC a diversa intensità di cura, rivolta ai pazienti minori e adulti per i quali l'intervento ambulatoriale, pur multiprofessionale, non sia comunque sufficiente. L'attivazione di MAC si pone inoltre l'obiettivo di prevenire/limitare il ricorso al ricovero ospedaliero. Nel caso di pazienti ricoverati, la strutturazione alla dimissione ospedaliera di un percorso MAC, nei casi in cui la persistente gravità clinica non permetta ancora il passaggio all'intervento ambulatoriale, si prevede possa permettere una degenza di minor durata. Le attività

proposte da ASST Lecco per pazienti DNA fanno riferimento alle MAC06, MAC07 e MAC08 definite in base a criteri di gravità clinica ed intensità degli interventi proposti.

AMBITO CLINICO

i Team multi professionali composti da professionisti socio-sanitari che assistono i pazienti mediante l'applicazione di PDTA e garantiscono l'integrazione sia durante l'erogazione che nel follow up assistenziale. In ogni Team multi professionale ci sono i Case Manager in grado di coordinare l'attività assistenziale e in stretto raccordo con altre figure sanitarie e sociali del sistema sanitario (Figura 6.6)

Figura 6.6

ATTIVITA'/OPERATORE	SERVIZIO DNA HUB	SERVIZIO DNA SPOKE
MEDICO PSICHIATRA	SI	SI
MEDICO INTERNISTA/ENDOCRINOLOGO	SI	FACOLTATIVO
PSICOLOGO	SI	FACOLTATIVO
EDUCATORE PROF/TERP	SI	FACOLTATIVO
INFERMIERE	SI	SI
ATTIVITA' AMBULATORIALE	SI	SI
MAC	SI	FACOLTATIVO
SEMIRESIDENZIALITA'	SI	NO
RESIDENZIALITA'	FACOLTATIVO	NO

Indici di gravità:

Il DSM-5 definisce inoltre per Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Binge-Eating alcuni indici di gravità sulla base dell'intensità dei sintomi presentati:

- Per l'Anoressia Nervosa il criterio è rappresentato dal valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC= kg/m²), per cui si evidenziano 4 livelli di gravità: lieve IMC > 17,0; moderato IMC 16-16,99; grave IMC 15-15,99; estremo IMC<15.
- Per la Bulimia Nervosa si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di inappropriate condotte compensatorie (vomito autoindotto) per settimana (n°/sett): lieve 1-3/sett.; moderato 4-7/sett.; grave 8-13/sett.; estremo >14/sett.
- Per il Disturbo da Binge-Eating si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di abbuffata a settimana (n°/sett): lieve 1-3/sett; moderato 4-7/sett; grave 8-13/sett; estremo >14/sett.

Criteri per stabilire la gravità generale dello stato del paziente:

- Peso corporeo. Rischio alto se IMC inferiore a 16,0. Rischio altissimo se inferiore a 14,0;
- intervento medico d'emergenza da considerare se IMC < 13,0.

- Modalità della perdita di peso. Rapido calo ponderale (es. 1 kg a settimana per almeno sei settimane o > del 10% del peso abituale in 2/3 mesi) o costante calo ponderale nonostante un adeguato trattamento per 12 settimane. La malnutrizione acuta è comunque un'emergenza medica.
- Pressione Arteriosa. Rischio alto per PA sistolica < 90 mmHg e PA diastolica < 60 mm Hg; altissimo rischio per PA sistolica < 80 mmHg, PA diastolica < 50 mmHg; rischio alto per calo PA >10 mmHg in ortostatismo; rischio altissimo per calo PA >20 mmHg in ortostatismo.
- La frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico (insufficienza renale, ipokaliemia).
- Frequenza cardiaca. Rischio altissimo se < 40 bpm o > 110 bpm o significativa tachicardia posturale (aumento di più di 10 battiti in ortostatismo).
- Temperatura corporea. Rischio alto se < 35.5° con estremità fredde e cianotiche; rischio altissimo se < 35° con estremità fredde e cianotiche.
- ECG. 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha una eziologia cardiaca (incluse torsione di punta e morte improvvisa). Pazienti con polso aritmico e/o QTc >450 msc sono ad alto rischio. Le più comuni cause di allungamento del QT sono l'ipokaliemia,
- l'ipomagnesemia e l'assunzione di farmaci come gli SSRI e gli antidepressivi triciclici.
- Glicemia. Rischio alto per valori < 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo per valori < 2.5 mmol/L (50 mg/dl).
- Na. Rischio alto per valori < 130 mmol/L; rischio altissimo per valori < 125 mmo/L.
- K. Rischio alto se < 3.5 mmol/L; rischio altissimo se < 3 mmol/L.
- Mg. Rischio alto se 0.7-1 mmol/L; rischio altissimo se < 0.7 mmol/L.
- P. rischio alto se valori di 0.8 mmol/L; rischio altissimo se < 0,8 mmol/L.
- Urea. Rischio alto se > 7 mmol/L; rischio altissimo se > 10 mmol/L.
- Enzimi epatici. Rischio alto se mediamente elevati; rischio altissimo se marcatamente elevati (AST e/o ALT > 500 U/L).
- Emocromo. Rischio alto se neutrofili < 1500/mmc; rischio altissimo se < 1000/mmc.
- Albumina. Rischio alto se < 35 g/L; rischio altissimo se < 30 g/L

Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero (percorso lilla)

Seguendo le indicazioni del Ministero della Salute sugli interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con DNA "raccomandazioni in pronto soccorso per un codice lilla"

Uno o più dei seguenti:

- Peso corporeo minore del 75% del peso ideale
- Rapida, persistente, incontrollata perdita di peso (10-15% nei 30 giorni precedenti il ricovero)
- Ripetuti episodi sincopali
- Temperatura corporea < 36,1
- Gravi alterazioni degli esami di laboratorio (Es: K< 2,5 mmol/L, NA< 125 mmol/L, Glicemia <2.5 mmol/L; Mg < 0.7 mmol/L); compromissione dei parametri epatici e renali
- Alterazioni significative del ritmo cardiaco e/o della frequenza cardiaca (FC <50 nell'adulto; <45 paziente pediatrico o adolescente)
- Significativa ipotensione (PA <90/50 mmHg)
- Tendenze suicidarie
- Prolungata mancanza dell'accrescimento atteso o dello sviluppo corporeo (pazienti pediatrici o adolescenti)

Interazione pronto soccorso e territorio

- Criteri medici di dimissione
- Stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio
- Bilanciamento del quadro elettrolitico
- Risoluzione di pericolose aritmie cardiache
- Invio al MdMG
- Invio ai PdLS

Quando non si ravvisa la necessità di un trattamento urgente in ambiente ospedaliero, è indicata una attenzione particolare all'invio del paziente alla più vicina struttura specialistica multidisciplinare per i disturbi alimentari, per una valutazione più approfondita e per la definizione di un programma di trattamento.

Nell'invio, si deve tener conto delle difficoltà e delle resistenze di molti pazienti ad accettare le cure proposte e intraprendere un trattamento; in molti casi può essere opportuno che sia il medico stesso a prendere contatti con la struttura specialistica di riferimento più vicina o a fornire comunque un'indicazione precisa e circostanziata a riguardo

Interazione Territorio/Territorio

Tale organizzazione prevede che i centri Spoke DNA afferenti al territorio dell'ATS Brianza, previa valutazione del quadro clinico, effettuino un invio concordato del paziente a seconda della soglia di

complessità. L'obiettivo è di attuare un miglioramento dei servizi che svolgono un ruolo rilevante nella rete assistenziale. Tali attività dovranno essere preceduta da protocolli condivisi e da un PDTA che prende in esame l'iter del paziente dal suo primo contatto.

Strumenti di Valutazione dell'Utente In Hub e Spoke

Raccolta anamnestica:

- anamnesi strutturata per la valutazione della storia del disturbo alimentare;
- anamnesi strutturata per la valutazione di sintomatologia psichiatrica concomitante al disturbo alimentare (ad es. sintomatologia ansiosa e/o depressiva);

Valutazione area internistico-nutrizionale:

- Esame obiettivo sullo stato di salute generale con indicazione del rischio clinico e nutrizionale (normopeso, malnutrizione per difetto, malnutrizione per eccesso);
- Visita medica con rilevazione dei parametri (FC, PA);
- Peso e BMI;

Valutazione andamento stato nutrizionale;

- Colloquio con la dietista per programmazione dello schema alimentare personalizzato;
- stima settimanale delle variazioni ponderali tramite; verifica delle modalità di alimentazione quotidiana tramite l'osservazione di personale infermieristico ed educativo
- appositamente addestrato allo scopo (diario di osservazione dei pasti).

Consultazione psicodiagnostica:

Valutazione e diagnosi;

PDTA

Sono concepiti come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

La realizzazione dei PDTA richiede l'utilizzo di una metodologia appropriata e condivisa tra professionisti al fine di garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane e materiali, di pianificare l'assistenza basata sulla pratica migliore, eliminando pratiche inutili o non supportate, di standardizzare gli interventi inseriti in un piano diagnostico o terapeutico, di valutare le cure erogate attraverso indicatori predefiniti e di ridurre al minimo i rischi per il paziente.

Questo programma per la progettazione e attuazione nelle Aziende Sanitarie e nelle Strutture sanitarie territoriali di PDTA condivisi rappresenta una occasione per contribuire ad affrontare tutte

quelle problematiche che portano ad una certa frammentazione territoriale e potenziare tutte le forme di aggregazione e di integrazione.

Oltre a un contenuto di cura e assistenza assume anche un significato di contenimento dei costi attraverso una riduzione di pratiche inutili o ripetute e con l'uso efficiente delle risorse.

Sistema Informativo

Il Sistema Informativo nel settore territoriale ha un ruolo strategico fondamentale all'interno del Sistema Sanitario in quanto permette attraverso l'utilizzo di strumenti come il Fascicolo elettronico sanitario o la Cartella sanitaria informatizzata di condividere le informazioni sanitarie del paziente e/o delle prestazioni erogate durante il percorso assistenziale.

Rappresenta lo strumento unico interdisciplinare e multidisciplinare nei processi di miglioramento dell'efficienza organizzativa ed efficacia gestionale aziendale. L'obiettivo di questo strumento è quello uniformare i processi di registrazione del processo assistenziale e migliorare la qualità e la completezza delle informazioni a disposizione degli operatori sanitari al fine di garantire maggiore appropriatezza e sicurezza delle cure. Lo strumento è stato disegnato anche per supportare la continuità assistenziale sia all'interno dell'azienda che tra l'azienda e le altre aziende sanitarie ospedaliere o altre strutture sanitarie territoriali, in particolare per i pazienti in dimissione protetta

Ambito di Informazione E Comunicazione

Elemento fondamentale e qualificante della rete clinico assistenziale è la costruzione di un costante aggiornamento di un percorso comunicativo-informativo centrato intorno al bisogno dei cittadini.

La rete comunica in modo chiaro, univoco ed aggiornato le offerte erogative.

Il processo comunicativo- informativo si presenta come un sistema integrato che si riconosce in valori condivisi, adotta percorso clinico basati su evidenze scientifiche, favorisce lo scambio di buone pratiche, cura la relazione e la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e paziente

Per favorire tala azioni è di sicura utilità adottare lo strumentò della Telemedicina.

Un ulteriore azione riguarda l'attenzione verso i siti aziendali dove rendere disponibili informazioni comuni, valorizzando la specificità del progetto, esponendo i servizi offerti e le modalità di accesso, descrivendo i percorsi di presa in carico e individuando i referenti

Organizzazione dei Flussi

Una determinata configurazione organizzativa "a rete" può generare valore a partire da una nuova organizzazione dei flussi di attività di un'azienda tra centri Hub e centri Spoke. La logistica organizzativa diviene strategica in quanto influenza la competitività limitando i costi e stimola lo sviluppo e la crescita economica aziendale

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

PRIMA ANNUALITA'								
MESE	5	6	7	8	9	10	11	12
Attività 1	Incontri con i referenti degli spoke		Definizione dei criteri strutturali ed organizzativi Spoke/HUB		Percorsi Assistenziali (PDTA) Definizione delle modalità di invio da Spoke a Hub e viceversa		Avvio dell'attività relativa al progetto di rete	
Attività 2	Formazione del personale e reperimento della dotazione tecnologica		Stesura del protocollo Terapeutico di Trattamento		Reclutamento e valutazione dei soggetti		Inizio attività	

SECONDA ANNUALITA'										
MESE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Attività 1	Consolidamento gli accordi e dei protocolli condivisi									
Attività 2	Prosecuzione dell'arruolamento e del trattamento									

ANALISI DEI COSTI

Il modello di rete H/S è un tipico esempio di struttura finalizzata alla riduzione dei costi per effetto di economia di scala, di densità e di scopo. L'economia di scala si ottiene dall'aumento dei flussi all'interno di un sistema organizzativo a rete. Una configurazione integrata H/S può contribuire a migliorare il rapporto costo/livello di servizio riducendo la perdita di efficienza, i costi e tempi elevati, la mancanza di sincronizzazione operativa e gestionale nonché la riduzione della sconnessione dei sistemi di comunicazione.

L'obiettivo della creazione di un centro Hub è quello di realizzare la massimizzazione dell'efficienza e maggiore specializzazione nei servizi. Spesso è difficile da perseguire questo obiettivo per motivi economici legati alla formazione del personale e alla disponibilità di mezzi/servizi per la gestione delle attività (Luzio, 2004). I centri Hub permettono inoltre, la riduzione dei costi operativi e delle risorse impiegate nel sistema come conseguenza dalla ridefinizione dei processi, delle funzioni e delle strutture organizzative.

Il sistema informativo che supporta la rete organizzativa, accresce la qualità e l'efficienza dei processi ampliando e migliorando nel contempo prodotti e servizi.

Attraverso la connessione dei flussi da Spoke ad Hub si avvia un processo di ottimizzazione delle risorse disponibili e riducendo costi e sprechi.

La tecnologia a supporto conduce alla riduzione dei costi dei servizi attraverso lo spostamento di azioni che contribuiscono al trattamento dei DNA su canali alternativi con conseguente incremento di "customer satisfaction" e servizi di eccellenza superiore.

Tale modello organizzativo proposto nel progetto consente di raggiungere obiettivi economici attraverso il contenimento dei costi, la riduzione delle duplicazioni dei servizi e la razionalizzazione dei fattori produttivi impiegati nelle attività sanitarie.

Le aziende sanitarie che si caratterizzano per l'elevata complessità, sono impegnate nella gestione dei servizi sanitari, nella qualità delle prestazioni, nell'utilizzo appropriato delle risorse umane e materiali ottimizzando tutte le condizioni operative ed organizzative. La minimizzazione dei costi costituisce una regola valida per le aziende sanitarie remunerate a budget favorendo l'integrazione dei fattori lungo il processo assistenziale massimizzando i livelli di efficienza sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero (territorio).

La razionalizzazione delle risorse, sempre nell'ambito del contenimento dei costi, ha condotto le ASST e IRCCS San Gerardo a mappare l'esistente non solo per quanto riguarda le strutture ma anche per il personale operante, i processi di trattamento e di conseguenza anche di mettere in evidenza alcune eventuali inapproprietezze.

Tale progetto ha sicuramente avuto un apporto importante rispetto ai finanziamenti ottenuti, sia a livello nazionale che regionale (Art. 12 L.R. 2/2021; DGR XI/7357 del 21/11/2022; DGR XI/7590 del 15/12/2022) che permetteranno di ottenere i contratti in libera professione degli operatori per implementare le risorse rispetto al personale multidisciplinare coinvolto ed andranno a rinforzare la rete d'offerta in risposta al bisogno verso i DNA. Il reclutamento del personale necessario avverrà attraverso l'espletamento di un avviso pubblico di selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico libero professionale per lo svolgimento di attività commessa alla realizzazione del progetto "Percorsi di presa in carico integrata" nei minori ed adulti con DNA presso le tre sedi.

Attualmente il personale dell'IRCCS non è dedicato all'organizzazione dell'attività Hub rispetto al modello proposto ed è concentrato sul funzionamento dei Servizi DNA in senso clinico.

Per la realizzazione del progetto presentato è necessario implementare il personale in libera professione (lp) con:

- 1 medico psichiatra a 18 ore alla settimana
- 1 psicologo a 18 ore settimana

Presso il Centro Diurno DNA "La casa di Bianca" dell'IRCCS sono già assegnati:

- 1 Educatore Coordinatore di ruolo a tempo pieno (18 ore sul Centro Diurno)
- 1 TerP di ruolo a tempo pieno
- 2 Infermieri di ruolo a tempo pieno
- 1 psicologo LP (5 ore dedicate)
- 1 psichiatra di ruolo (5 ore dedicate)
- 1 dietista di ruolo (3 ore dedicate)

Per l'implementazione del progetto presentato è necessario il personale in lp:

- n°1 educatore professionale/TERP a 24 ore settimana

Attualmente presso le MAC dell'IRCCS sono assegnati:

- 1 infermiere di ruolo a tempo pieno
- 1 psichiatra di ruolo 38 ore settimanali
- 1 medico internista lp (4 ore dedicate)

Per la realizzazione del progetto presentato è necessario implementare il personale sia per la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza che per la Psichiatria Adulti con:

- 2 educatore professionale/TERP a 24 ore alla settimana
- 2 infermiere professionale a 24 ore alla settimana
- 2 dietista a 10 ore alla settimana

Per l'Istituto delle MAC di ASST Lecco è prevista l'assunzione in lp delle seguenti figure professionali

- 1 medico psichiatra a 15 ore settimana
- 1 medico neuropsichiatra a 10 ore alla settimana
- 1 medico nutrizionista a 10 ore alla settimana
- 1 dietista a 10 ore alla settimana
- 2 infermieri a 20 ore alla settimana
- 2 Terp a 24 ore alla settimana

Per quanto riguarda l'esiste ambulatorio dedicato ai DNA dell'ASST Lecco il personale dedicato di ruolo rimane invariato e corrisponde a:

- 1 medico psichiatra per 8 ore alla settimana
- 1 infermiere professionale per 8 ore alla settimana
- 1 psicologo per 8 ore alla settimana
- 1 dietista intraospedaliero consulente contattato a secondo della necessità

In ASST Brianza è necessario iniziare a organizzare un ambulatorio Spoke, attualmente non presente, attraverso l'arruolamento in lp di :

- 1 medico psichiatra per 8 ore alla settimana
- 1 infermiere professionale per 8 ore alla settimana
- 1 psicologo per 8 ore alla settimana
- 1 dietista intraospedaliero consulente contattato a secondo della necessità.

Per quanto riguarda l'identificazione delle strutture, ciò comporterà una riorganizzazione degli spazi all'interno degli ospedale senza costi aggiuntivi.

Le strumentazioni tecnologiche necessarie sono comprese nel finanziamento ministeriale con una quota del 4% del totale.

I costi della formazione sono anch'essi coperti dal finanziamento ministeriale nella quota del 10% del totale.

RISULTATI ATTESI

Il PW propone la realizzazione di un sistema di intervento lombardo ad alta specializzazione per il potenziamento della rete dei servizi a favore dei soggetti DNA, garantendo equipe multiprofessionali in grado di effettuare la presa in carico di primo livello e l'ingaggio di servizi di secondo livello per rispondere ai complessi bisogni dei pazienti.

Il progetto garantisce per la prima volta e per tutto il territorio afferente alla ATS Brianza, un percorso completo di cura per i pazienti con disturbo DNA comprendente: valutazione, diagnosi, proposta terapeutica e progetti riabilitativi/assistenziali da realizzarsi all'interno dell'ATS.

Dallo sviluppo e dal potenziamento della rete dei servizi secondo il modello d'intervento H/S sono attesi risultati qualitativi/quantitativi in ambito clinico, gestionale ed economico.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo rispetto ai comportamenti operativi nella costruzione della rete sono considerati i seguenti punti:

- approvazione del progetto da parte delle Direzioni Strategiche
- effettuazione dei bandi per la selezione di personale Ip e successivo arruolamento ed assegnazione di sedi e competenze (pubblicazione bandi, effettuazione colloqui di selezione, gestione della tempistica)
- individuazione degli spazi all'interno delle strutture ospedaliere (presentazione e dei progetti alla Direzione Medica di Presidio, assegnazione dei luoghi ed adeguamento degli stessi per esigenze cliniche-operative)
- Procedure per l'istanza di accreditamento delle nuove MAC per autorizzazione di ATS con successive accreditamento
- Realizzazione di programmi formativi per il personale
- Definizione dei ruoli all'interno dell'Hub/Spoke (responsabili e nodi del ruolo)

Si prevede:

- facilitazione nei rapporti fra i vari stakeholder;
- semplificazione nelle procure di accesso ed invio.

Indicatore di questi processi è il tempo di attesa dell'effettuazione di prima visita e il numero di invii. Con la realizzazione di luoghi non stigmatizzanti ma connotati dalla prossimità, caratterizzati dall'alta specializzazione e dalla multiprofessionalità è prevedibile nell'immediato un incremento delle prestazioni e degli utenti presi in carico, ciò anche a seguito della campagna informativa presso tutte le agenzie territoriali ed alla graduale conoscenza organizzativa di questo modello operativo.

Ci si aspetta una più rapida intercettazione dei casi, la riduzione del tempo di malattia non trattata e quindi un'efficace presa in carico del paziente con la possibilità d'incidere pesantemente sugli esiti della malattia.

Indicatori di processo in questo caso sono rappresentati dal tempo intercorso fra esordio dei sintomi e presa in carico; numero di nuovi pazienti assunti in cura; numero di prime diagnosi effettuate.

Con una distribuzione capillare sul territorio e la stretta collaborazione ed integrazione sia con i servizi psichiatrici e più in generale con la rete sanitaria territoriale è prevedibile una riduzione dei drop out ed una "fuga " verso il privato non convenzionato (rapporto fra pazienti in cura presso i servizi di ATS vs coloro che si rivolgono a servizi esterni).

Nel contempo con interventi multidisciplinari, integrati, continuativi, basati sul step care, sulla definizione degli ambiti di lavoro e degli outcome attesi, con la standardizzazione dei processi e l'applicazione di chiari piani di trattamento, si attendono ricadute positive sull'opinione pubblica e sull'utenza (valutazione positiva tramite Customer Satisfaction; articoli/commenti stampa locale) con possibile presa in cura anche di utenza non strettamente locale.

Questo modello d'intervento dovrà portare ad una riduzione degli accessi impropri ed in condizione di emergenza fino alla riduzione della cronicizzazione e mortalità (confronto fra i dati negli anni partendo dallo storico della ATS).

Rispetto alla fase iniziale del progetto, risulta più complesso prevedere l'andamento dei ricoveri in ambito internistico dovuto al probabile incremento della popolazione in carico per l'azione di sensibilizzazione e di "superspecializzazione" del servizio. Pertanto, nel primo periodo dovrà essere monitorato come indicatore di processo il numero totale di ricoveri per DNA in area internistica.

Successivamente dovrebbero ridursi i ricoveri provenienti dalle reti H/S e da Pronto Soccorso. Per quanto riguarda la durata dei ricoveri (lengthness of stay) in regime ospedaliero, ci si attende da subito una riduzione di questo indice rispetto agli anni precedenti a dimostrazione di una più efficace presa in carico territoriale.

Sul piano economico ci si attende un contenimento dei costi dovuto alla riduzione della duplicazione dei servizi e alla gestione interna all'ATS del disturbo.

Altri risultati attesi:

- Implementare le cure multidisciplinari integrate presso il DH NPIA per DNA attraverso l'attivazione di percorsi psicoterapeutici brevi individuali, di gruppo e familiari rivolti sia ai pazienti che ai genitori e attraverso il potenziamento dei gruppi psicoeducativi.
- Migliorare e favorire il passaggio al Servizio DNA dalla NPIA alla Psichiatria Adulti nella fascia di transizione attraverso percorsi mirati

- Istituire un protocollo terapeutico che si avvale della RV come trattamento integrato alla cura dei soggetti affetti da DNA. Per un miglioramento delle risposte emotive cognitive e comportamentali nei soggetti con DNA.
- Sviluppare una rete comunicativa rapida ed efficace attraverso lo sviluppo dei sistemi informatizzati all'interno dei vari servizi.
- Migliorare le competenze professionali degli operatori coinvolti nel progetto.
- Legittimare e favorire il coinvolgimento dell'associazionismo familiare e sociale rivolto ai DNA.
- Agevolare la programmazione di tutte quelle iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione a livello locale.

CONCLUSIONI

Come indicato dal DL n.2 del 23 febbraio 2021, questo progetto attua un modello organizzativo H/S, per il contrasto dei DNA da realizzare all'interno dell'ATS Brianza, potenziando il sistema di intervento attraverso la rete dei servizi in un'ottica di forte integrazione e sinergia.

Tale modello si propone come modalità organizzativa del tutto innovativa, ed è il primo progetto all'interno dell'ATS Brianza che consente la gestione dei DNA da ogni punto di vista garantendo all'utenza la prevenzione, la prossimità delle cure, la valutazione diagnostica, la rapidità nella presa in carico e l'offerta di un progetto terapeutico multidisciplinare personalizzato da realizzarsi in forma ambulatoriale (Spoke), semiresidenziale e residenziale ed ospedaliero (Hub).

I finanziamenti per la realizzazione del progetto sono già definiti dalla DR n°XI/7357 del 21 novembre 2022.

La riorganizzazione dei servizi con la proposta di un modello H/S è stata possibile dopo una mappatura degli stessi presso le ASST e IRCCS dell'ATS Brianza, valorizzando le competenze già esistenti nei singoli gruppi terapeutici, l'attività multidisciplinare, il lavoro d'equipe, l'integrazione con le realtà associazionistiche e in generale con tutti gli stakeholder locali.

Ciò ha permesso la razionalizzazione e l'eliminazione di servizi con medesime funzioni nella stessa area (duplicati).

Questo progetto consente una globale riorganizzazione dei servizi per il contrasto ai DNA secondo obiettivi strategici e generali, identificando chiaramente i destinatari e beneficiari del progetto, definendo i costi di realizzazione e gli indicatori di esito.

Lo sviluppo di questo modello a rete orizzontale e verticale H/S risponde quindi alla richiesta degli stakeholder proponendo percorsi di cura e la gestione della complessità relativa al disturbo DNA, in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità.

Variabili organizzative	Azioni realizzate	Ulteriori possibili sviluppi futuri del progetto
Obiettivi strategici e programmazione dei servizi socio sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione degli obiettivi strategici - Operazionalizzazione - Budgeting - Assegnazione degli obiettivi monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance e rendicontazione 	Collegare gli obiettivi strategici con il sistema premiante, secondo criteri di valorizzazione del merito e delle performance in coerenza con la normativa vigente
Struttura interna	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo e consolidamento dell'organizzazione intra e interdipartimentale - Introduzione dell'organizzazione per intensità di cura - Adeguare la struttura organizzativa agli indirizzi regionali - Integrare in modo flessibili l'utilizzo dei posti letto dipartimentali con altri modelli organizzativi intraospedaliero e interaziendali. - Assicurare la gestione della sicurezza in relazione al modello organizzativo adottato 	Garanzia dei finanziamenti nazionali e regionali
Organizzazione a reti	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare e consolidare le Reti Cliniche assistenziali di rilevanza strategica/prioritaria secondo gli indirizzi regionali 	<p>Completare lo sviluppo delle diverse Reti cliniche attivate con gerarchizzazione delle stesse, a seconda del ruolo e della funzione HUB o funzione Spoke</p> <p>Implementare reti cliniche interospedaliere</p> <p>Aumentare le integrazioni con altre Aziende/Strutture Sanitarie</p>
Meccanismi di integrazione	<ul style="list-style-type: none"> - Continuare a sviluppare il Sistema informativo attraverso l'implementazione della Cartella - Sviluppare e consolidare l'implementazione dei PDTA; - Gruppi Interdisciplinari. 	<p>Consolidare l'utilizzo della Cartella Clinica informatizzata – Fascicolo Sanitario</p> <p>Consolidare l'utilizzo dei PDTA già attivati e Sviluppare nuovi PDTA secondo gli indirizzi regionali</p> <p>Consolidare i Modelli di Ammissione e Dimissione</p>
Controllo dei costi Economia di Scala Razionalizzazione delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione delle duplicazioni dei servizi - Centralizzazione delle diagnostiche di secondo livello - Riorganizzazione del personale amministrativo in ottica dipartimentale - Condivisione di attività, di risorse tecnologiche, di risorse umane a livello dipartimentale e interdipartimentale 	<p>Incentivare la promozione della Qualità e l'efficienza assistenziale</p> <p>Monitoraggio della spesa del consumo di farmaci e dispositivi medici in relazione all'appropriatezza assistenziale</p> <p>Implementare il "tetto di spesa" per le prestazioni sanitarie</p>
Utenti ' Centralità Comunicazione con gli Utenti	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidare la Presa in carico del Paziente 	Consolidamento dei meccanismi comunicativi/informativa (enpowermwnt)
Approccio interdisciplinare Integrazione multidisciplinare, Competenze specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione delle attività assistenziali - Razionalizzazione dei percorsi clinici - Riprogettazione dei percorsi assistenziali - Specializzazione delle competenze - Introduzione dei meccanismi di coordinamento organizzativo-clinico-assistenziale 	<p>Promuovere maggiore responsabilizzazione degli operatori sanitari</p> <p>Assicurare la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti</p> <p>Assicurare la condivisione delle professionalità tra strutture sanitarie</p> <p>Assicurare l'integrazione multidisciplinare nei diversi setting assistenziali</p> <p>Sviluppare e consolidare i ruoli organizzativi tra gli operatori sanitari</p> <p>Assicurare piani formativi multidisciplinare per valorizzare le competenze</p>

-

RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR n. VII/7513 del 17 maggio 2004 “Piano regionale triennale per la salute mentale” in attuazione del Piano Sociosanitario Regionale 2002 – 2004”;

Delibera della Regione Lombardia 26 ottobre 2006, n.VIII/0257. Piano Socio Sanitario 2007-2009

30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015 n. 23

Deliberazione della Regione Lombardia 16 novembre 2011, n. IX/2505, in materia di “Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale”

Relazione Corte dei Conti. Sezione regionale di controllo per la Lombardia Relazione sulla spesa sanitaria Regionale 2011

Programma Regionale di Sviluppo 2013/2018. Regione Lombardia

Regione Lombardia. (2014). Libro Bianco sullo Sviluppo del sistema socio sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute. Milano

Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto 2 legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”

DGR n. 4508 del 1° aprile 2021 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2021”

DGR n. 4773 del 26 maggio 2021 “Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario”

DGR N° XI / 5723 del 15 dicembre 2021 “Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”

Legge di Bilancio per l'anno 2022 del 30 dicembre 2021, n. 234

DGR 5941 del 7 febbraio 2022 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l’esercizio 2022 – Quadro economico programmatico”

DGR XI/6866 del 02/08/2022 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l’esercizio 2022 – Quadro economico programmatico e ulteriori determinazioni – secondo provvedimento di aggiornamento della DGR XI/5941/2022”

DGR 6387 del 16 maggio 2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2022”

DGR n 7590 del 15 dicembre 2022 “Approvazione del documento Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dall’alimentazione (DNA)”

DGR XI/7357 del 21 novembre 2022 ad oggetto “Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (DNA) ai sensi dell’intesa del 21 giugno 2022: presa d’atto della approvazione da parte del ministero della salute e conseguente avvio della fase attuativa”

DGR XII/512 del 26/06/2023: “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2023”

DGR XII/512 del 26/06/2023 per le sole ASST è da considerarsi pari a 20 punti per gli obiettivi “Piano per le liste di attesa 2023”

Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2024 “Libertà e innovazione al servizio della salute” Regione Lombardia

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2006), *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium*, Washington DC

American Psychiatric Association (2014), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5*, United States by American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

Bajos, N., Counil, E., Franck, J. E., Jusot, F., Pailhé, A., Spire, A., Warszawski, J. (2021). Social inequalities and dynamics of the early COVID-19 epidemic: a prospective cohort study in France. *BMJ Open*, 11(11). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-052888>

Borgonovi E, Maciocco G, Fantini MP et al (2013), *La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure*, *Mecosan*, 22 (87): 3-8

Caldirolì A., La Tegola D., Affaticati L.A., Manzo F., Cella F., Scalia A., Capuzzi E., Nicastro M., Colmegna F., Buoli M., Clerici M., Dakanalis A. (2023). "Clinical and Peripheral Biomarkers in Female Patients Affected by Anorexia: Does the Neutrophil/Lymphocyte Ratio (NLR) Affect Severity?" *Nutrients* 15, 1133

Caldirolì A., La Tegola D., Manzo F., Scalia A., M. Affaticati L., Capuzzi E., Colmegna F., Argyrides M., Giaginis Constantinos, Mendolicchio L., Buoli M., Clerici M., and Dakanalis A. (2023) "The Impact of the COVID-19 Pandemic on Binge Eating Disorder: A Systematic Review". *Nutrients*, 15.<https://doi.org/10.3390>

Carbone C., Prenestini A., Lega F., Garbelli C., Ceratti F. e Troiano D. (2011), *Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico*, in *Mecosan*, 78

Dakanalis, A., Riva, G., Serino, S., Colmegna, F., Clerici, M. (2017), Classifying adults with binge eating disorder based on severity levels. *Eur Eat Disord Rev.* Jul;25(4):268-274. doi:10.1002/erv.2518. Epub 2017 Apr 20

Dakanalis A., Alix Timko C., Colmegna F., Riva G., Clerici M. (2018), Evaluation of the DSM-5 severity ratings for anorexia nervosa in a clinical sample". *Psychiatry Res.* Apr; 262:124-128. doi:

10.1016/j.psychres.2018.02.009. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29428775

Dakanalis, A., Colmegna, F., Clerici, M. (2018), Body image distortion in eating disorders. In S. Agras & A. Robinson (Eds), *Oxford Handbook of Eating Disorders – Second Edition*. New York, NY: Oxford University.

Dalle Grave R. (2011), Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of International Medicine*, 22 (2), 153-160

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2021), *Complex cases and comorbidity in eating disorders. Assessment and management*. Cham, Switzerland: Springer Nature

Edwards, Nigel, Wyatt, Sylvia & McKee, Martin. (2004). *Configuring the hospital in the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107597>

Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... Treasure, J. (2020), COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/ERV.2738>

Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., ... Faya, M. (2020). Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864–870. <https://doi.org/10.1002/ERV.2763>

Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T., Franko D., Charaton D.L., Herzog D.B (2003), Predictors of mortality in Eating Disorders; *Arch.Gen. Psychiatry* 60, 179-83. 66)

Korndorfer S.R., Lucas A.R., Sunan V.J., Crowson C.S., Krahn L.E., Melton J.M (2003), Long term survival of patients with anorexia nervosa: a population based study in Rochester, Minn., *Mayo Clin. Proc.* 78, 278-84 67

Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*. Ed McGraw-Hill

Lega F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano

Luzio, M., (2004) . *Aspetti tecnici e gestionali dei trasporti aerei*. Corso di tecnica dei trasporti presso. Università IUAV di Venezia.

Maccarini, M., (2006), *Hospital-based health technology assessment: analisi di 5 casi di studio nel Network Italiano di Health Technology Assessment (NIHTA)*. Tendenze nuove, Vol.1, 19-46.

Manfred Maximilian , Fichter, MD, et al (2016), Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study; *International Journal of Eating Disorders* 49:4 391–401

McKee, M., Healy J.,(2011), The changing role of the hospital in Europe: cause and consequences. *Clinical Medicine*, vol.1, 4.

Ministero della Salute (2013), *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia del disturbo dell'alimentazione*. Quaderni del Ministero della Salute (17/22) Roma

Ministero della Salute (2017), *Salute Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione* Quaderni del Ministero della Salute n.29 Roma

Muth, L., Leven, K.-H., Moll, G., Kratz, O., & Horndasch, S. (2022), Effects of the COVID-19 Restrictions on Eating Behaviour and Eating Disorder Symptomology in Female Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8480. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19148480>

National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline [NG69], 2017 National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guidelines 32. guidance.nice.org.uk/cg32, 2006

Rapporto Oasi 2011, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia Copertina flessibile* – 29 dicembre 2011

Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Courtet P,Guillaume S (2020),The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord*. ul;53(7):1166-1170. doi: 10.1002/eat.23318. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32476175; PMCID: PMC7300468

Sideli, L., Lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021), November 1). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, Vol. 29, pp. 826–841. <https://doi.org/10.1002/erv.2861>

SITOGRAFIA

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/GBD_2013_Protocol.pdf

<https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://www.aidap.org>

https://www.istat.it/it/files/2013/05/Rapporto_annuale_2013.pdf

<https://www.nice.org.uk/>

<https://www.psychiatry.org/>

<https://www.iss.it/rapporti-istisan>

<http://www.quadernidellasalute.it/portale/quaderni/archivioQuaderni.jsp>

<http://nutrimente.org>

www.disturbialimentarionline.it

<https://www.ats-brianza.it/images/pdf/epidemiologia/andamentocovid/report-disagio-psichico-2019-def-20220928-.p>

