

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 858
Sitzung vom 05/10/2021 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Waltraud Deeg
Daniel Alfreider
Massimo Bessone
Maria Hochgruber Kuenzer
Arnold Schuler
Thomas Widmann

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Sozial-gesundheitliche Betreuung im
Rahmen der Essstörungen in Südtirol

Oggetto:

Assistenza sociosanitaria nell'ambito dei
disturbi del comportamento alimentare in
Provincia di Bolzano

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landesregierung

Das Dekret des Präsidenten der Republik vom 07. April 2006 „Staatlicher Gesundheitsplan 2006-2008“, sieht unter Punkt 5.4 („Der Schutz der psychischen Gesundheit“) Verbesserungen in der Qualität und Homogenität der Betreuung, im Zugang zur Betreuung und in der Übernahme der Patienten vor, sowie Therapieprogramme, welche die Bedürfnisse der Betreuten und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt stellen.

Die Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE 2017 rev. 2009) geben Empfehlungen zur Früherkennung, Bewertung, Monitoring und Behandlung von Kindern (0-12 Jahre), jungen Erwachsenen (13-17 Jahre) und Erwachsenen (ab 18 J.) mit Essstörungen.

Der Bericht „ISTISAN 13/6, 2012“ enthält wichtige Empfehlungen für einen angemessenen Umgang mit Essstörungen aufgrund von evidenzbasierten Erkenntnissen einer multi-professionellen und interdisziplinären Expertengruppe aus den Bereichen Epidemiologie und Prävention und Organisationsmodelle.

Um die Betreuung im Bereich der psychischen Gesundheit zu verbessern und deren Heterogenität zu reduzieren, hat die Staat Regionen Konferenz am 24. Jänner 2013 das Dokument „Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)“ genehmigt.

Am 17. Oktober 2013 wurde von der Vereinten Konferenz das Dokument „Le strutture residenziali psichiatriche“, genehmigt, welches einheitliche Richtlinien für eine stationäre Betreuung aufgrund von individuellen Betreuungsprojekten vorsieht, die sich nach Betreuungsintensität unterscheidet.

Das Dekret des Ministerpräsidenten vom 12. Jänner 2017 zur Definition und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gewährleistet Personen mit Essstörungen die Krankenhausbetreuung in Form von ordentlichen Aufnahme in Akutfällen, die postakute Rehabilitation und Langzeitbetreuung sowie die wohnortnahe Betreuung in Einrichtungen des Gesundheitswesens auf dem Territorium.

Der Art. 33 des Dekretes des Ministerpräsidenten 2017 „Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali“, übernommen mit Beschluss der Landesregierung Nr. 457 vom

La Giunta Provinciale

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 07 aprile 2006 „Piano sanitario nazionale 2006-2008“, prevede al punto 5.4 („La tutela della salute mentale“) obiettivi rivolti al miglioramento della qualità e dell'omogeneità dell'assistenza, all'adesione alle cure e alla presa in carico dei pazienti nonché all'individuazione di interventi che pongono al centro i bisogni degli utenti e dei familiari.

Le linee guida del „National Institute for Clinical Excellence“ (NICE 2017 rev. 2009) forniscono raccomandazioni per identificare, valutare, monitorare, trattare i bambini (0-12 anni), i giovani adulti (13-17 anni) e gli adulti (più di 18 anni) con disturbi dell'alimentazione.

Il Rapporto „ISTISAN 13/6, 2012“ contiene importanti raccomandazioni per una gestione appropriata dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche relativamente alle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale.

Al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità nell'ambito della tutela della salute mentale, la Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 ha approvato il „Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)“.

Il 17 ottobre 2013 la Conferenza Unificata ha approvato il documento „Le strutture residenziali psichiatriche“, che fornisce indirizzi omogenei al fine di promuovere una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata per intensità di trattamento.

Alle persone con disturbi del comportamento alimentare è assicurata, ai sensi del DPCM del 12 gennaio 2017 „Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza“ l'assistenza ospedaliera, articolata nel ricovero ordinario per acuti e nella riabilitazione e lungodegenza post acuzie e l'assistenza distrettuale, erogata in strutture sanitarie operanti sul territorio.

L'art. 33 del DPCM 2017 „Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali“, recepito con delibera della Giunta Provinciale n. 457 del 18.04.2017, disciplina i requisiti per

18.04.2017, legt die Voraussetzungen für die Erbringung von therapeutisch-rehabilitativen Leistungen intensiver, extensiver und sozio-rehabilitativer Art fest.

Am 22. Juni 2017 hat die Staat-Regionen-Konferenz das Dokument "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" zur klinischen, strukturellen und operativen Angemessenheit in der Prävention, Diagnose und Therapie der Essstörungen genehmigt.

Die "Quaderni del Ministero della Salute", Nr. 17/22 (Juli-August 2013) „L'appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione" liefern nützliche Elemente für eine angemessene Gesundheitsprogrammierung, die den Personen mit Essstörungen eine qualifizierte und möglichst homogene Betreuung auf dem gesamten Staatsgebiet gewährleistet.

Schon der Landesgesundheitsplan 2000-2002 berücksichtigte die Zunahme von Magersucht und Bulimie, die auch auf psychische Ursachen zurückzuführen sind, und sah als eine der zu ergreifenden Gesundheitsstrategien die Bereitstellung der notwendigen Unterstützung für Formen von Unterernährungsstörungen mit einer psychischen Komponente vor. Im Rahmen der Strategien zur Wiederherstellung der Gesundheit (Behandlung und Rehabilitation) wurde insbesondere die Ausweitung der psychologischen Hilfe für Menschen, die an Unterernährung leiden, sowie die Ausweitung des Angebots an psychologischen Maßnahmen für Menschen, die an Bulimie und Anorexie leiden, angegeben.

Der Landesgesundheitsplan 2016-2020, genehmigt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016, definiert im Kapitel 8.2 „Psychologische und psychiatrische Betreuung" das Ziel, die Dienste nach realen Bedürfnissen einzurichten und laufend weiterzuentwickeln.

Essstörungen sind häufig vorkommende psychosomatische Erkrankungen, vor allem bei Mädchen und jungen Frauen. Die Prävalenz von Essstörungen in der Provinz Bozen beträgt 0,4% für das Risikoalter zwischen 11 und 18 Jahren. Bei den Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren wurde ein signifikanter Anstieg der Fälle auf 61 registriert, was einer Verdoppelung der Fälle zum Vorjahr entspricht.

l'erogazione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e socioriabilitativo.

Il 22 giugno 2017 la Conferenza tra lo Stato e le Regioni ha approvato il documento "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" su appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione.

Il Quaderno del Ministero della Salute, n. 17/22 (luglio-agosto 2013) "L'appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione" fornisce importanti indicazioni per una programmazione sanitaria, volta a garantire alle persone affette dai disturbi del comportamento alimentare un'assistenza qualificata e il più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale.

Già il Piano sanitario provinciale 2000-2002, in tema di malnutrizione, considerava l'incremento di situazioni di anoressia e bulimia riconducibili anche a cause di natura psicologica, prevedendo, tra le strategie sanitarie da adottare, la necessità di fornire il necessario sostegno alle forme di disturbi della malnutrizione con componente psicologica. In particolare, nell'ambito delle strategie sanitarie di natura riparatoria (cura e riabilitazione) veniva indicata l'estensione dell'assistenza psicologica ai soggetti affetti da disturbi della malnutrizione, nonché l'incremento dell'offerta di intervento psicologico per le persone affette da bulimia e anoressia.

Il Piano sanitario provinciale 2016-2020, approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 1331 del 29 novembre 2016, definisce al capitolo 8.2 "Assistenza psicologica e psichiatrica" l'obiettivo di migliorare costantemente i servizi adattandoli alle esigenze reali.

I disturbi del comportamento alimentare sono malattie psicosomatiche diffuse, soprattutto tra le ragazze e tra le giovani donne. La prevalenza in Provincia di Bolzano dei disturbi del comportamento alimentare è pari allo 0,4% nell'età a rischio tra gli 11 e 18 anni. Negli adolescenti tra i 12 e i 15 anni si è registrato un significativo aumento dei casi, che sono arrivati a 61, un valore pari al doppio di quello dell'anno precedente.

Das Dokument „Das Netzwerk für die Behandlung von Essstörungen in der Provinz Bozen“, das integrierender Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses gemäß Anlage A) ist, wurde unter Berücksichtigung der obgenannten staatlichen Leitlinien und Empfehlungen ausgearbeitet und enthält eine Definition und Beschreibung eines integrierten Betreuungsangebotes im Bereich der Betreuung von Personen mit Essstörungen in der Provinz Bozen.

Für Personen mit Essstörungen, sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter ist das landesweite Betreuungsnetz derzeit unzureichend, was die intensive ambulante Therapie in Tagesstätten und die stationäre extensive Rehabilitation betrifft.

Die Schaffung von territorialen teilstationären und stationären Einrichtungen und Tagesstätten, die im Sinne der Betreuungskontinuität und der damit verbundenen Risikominimierung eine wichtige Rolle spielen, ist deshalb für die Provinz Bozen ein prioritäres Anliegen.

In Übereinstimmung mit den Bestimmungen der nationalen und internationalen Richtlinien über Essstörungen und im Einklang mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungen bestimmt Anlage B, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, die Kriterien für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen für Menschen mit Essstörungen durch akkreditierte und vertragsgebundene private Einrichtungen und regelt insbesondere therapeutisch-rehabilitative Behandlungen extensiven Charakters, womit die wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Art. 33, Absatz 2, Buchstabe b), des DPMR vom 12. Januar 2017 gewährleistet werden.

Artikel 8-sexies, Absatz 1 des Gesetzesdekrets Nr. 502 vom 30.12.1992 in geltender Fassung sieht vor, dass die Betreuungsfunktionen, die sich auf Programme mit einem hohen Grad an gesundheitlicher und sozialer Integration beziehen, auf der Grundlage der spezifischen Standardproduktionskosten des Betreuungsprogramms vergütet werden.

Die in Anlage C1, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, enthaltenen und nachstehend zusammengefassten Bestimmungen werden für die Erbringung der in Anlage B genannten Leistungen für die entsprechende Finanzierung festgelegt:

Il documento “La rete dei servizi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Provincia di Bolzano”, quale parte integrante della presente delibera di cui all'Allegato A), è stato elaborato tenuto conto delle sopraccitate linee guida e raccomandazioni nazionali. In esso è definita e descritta la rete di offerta assistenziale integrata per la presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare in Provincia di Bolzano.

Per le persone affette da DCA, siano esse bambini o adolescenti o persone adulte, la rete provinciale dei servizi è attualmente insufficiente per quanto riguarda la terapia ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l'assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo.

Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per la Provincia di Bolzano una priorità da perseguire.

Conformemente a quanto previsto dalle linee guida nazionali ed internazionali in materia di DCA ed in linea con le più recenti evidenze e ricerche scientifiche, si definiscono all'Allegato B, parte integrante della presente deliberazione, i criteri per l'erogazione da parte di strutture private accreditate e convenzionate delle prestazioni semiresidenziali e residenziali a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare, disciplinando in particolare i trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, garantendo i Livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. b), del DPCM 12 gennaio 2017.

L'art. 8-sexies, comma 1 del decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992, nella vigente versione, dispone che le funzioni assistenziali relative a programmi a forte integrazione sanitaria e sociale siano remunerate in base al costo standard specifico di produzione del programma di assistenza.

Per l'erogazione da parte del privato convenzionato delle prestazioni di cui al richiamato Allegato B, si individuano, ai fini del relativo finanziamento, le disposizioni contenute all'Allegato C1, parte integrante della presente deliberazione, e che di seguito si riassumono:

- Mindestparameter für die Personalausstattung für die Verwaltung von territorialen Einrichtungen, mit teilstationären und stationären Tätigkeiten mit einer maximalen Kapazität von jeweils 12 Stellen bzw. 8 Betten;
- allumfassende Tagesstarife der Standardbetriebskosten für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen und damit verbundene Anwendungsregeln;
- Zusatztarife für die Vergütung einiger Investitionskosten, die in der Anlaufphase des Projekts wirtschaftlich bedeutsam werden;
- Tarife für die Abrechnung bei der Betreuung von Patienten mit Wohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen.

Anlage C2, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, legt die neuen Verzeichnisse der zulässigen und nicht zulässigen Kosten fest, die die in Anlage A, Teil 3, Abschnitte 3.4 und 3.5 des Beschlusses der L.R. Nr. 1153/2019 genehmigten Verzeichnisse ersetzen.

In Anlage D, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, werden die Kriterien für die Erhebung der stationären und teilstationären Leistungen, die jeweiligen Methoden der Kostenbeteiligung und die Kostendeckung bei Patienten mit Wohnsitz außerhalb Südtirols festgelegt.

Die Landesverwaltung behält sich das Recht vor, ein Jahr nach der Genehmigung dieser Maßnahme das Finanzierungssystem in Hinblick auf die tatsächliche Entwicklung der Produktion und die Entwicklung der der Tätigkeit zurechenbaren Kosten anzupassen. Danach wird diese Überprüfung in regelmäßigen Abständen durchgeführt.

Die im Dreijahreszeitraum 2021-2023 für die Erbringung der Leistungen gemäß gegenständlichem Beschluss notwendigen Mittel belaufen sich auf 289.931 Euro für das Haushaltsjahr 2021 und 1.159.722 Euro jährlich für die Haushaltsjahre 2022 und 2023.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

- parametri del personale minimi per la gestione di strutture territoriali che accolgono al contempo attività semiresidenziali e residenziali rispettivamente con una capienza massima di 12 posti e 8 posti letto;
- tariffe giornaliere onnicomprensive di remunerazione dei costi standard di esercizio per l'erogazione delle prestazioni semiresidenziali e residenziali e relative regole applicative;
- tariffa integrativa di remunerazione di alcuni costi di investimento, che assumono una rilevanza economica in fase di avvio di detta progettualità;
- tariffe per la fatturazione degli addebiti nel caso di assistenza a pazienti residenti fuori dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

L'Allegato C2, parte integrante della presente deliberazione, definisce i nuovi elenchi dei costi riconoscibili e non riconoscibili, che sostituiscono quelli approvati all'Allegato A, Parte 3, Paragrafi 3.4 e 3.5 della deliberazione di G.P. n. 1153/2019.

Si definiscono all'Allegato D, parte integrante della presente deliberazione, i criteri per la rilevazione delle prestazioni semiresidenziali e residenziali, le relative modalità di compartecipazione e di recupero del costo nel caso di pazienti residenti fuori provincia.

L'amministrazione provinciale si riserva, decorso un anno dall'approvazione del presente provvedimento, di adeguare il sistema di finanziamento in relazione all'effettivo andamento della produzione e all'evoluzione dei costi imputabili all'attività. Successivamente, tale revisione sarà operata con cadenza periodica.

Le risorse necessarie per il triennio 2021-2023 per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente deliberazione sono quantificate in 289.931 euro per l'esercizio 2021 e 1.159.722 euro annui per gli esercizi 2022 e 2023.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. Das Dokument „Netzwerk für die Behandlung von Essstörungen in Südtirol“ wird als wesentlicher Bestandteil der gegenständlichen Maßnahme gemäß Anlage A) genehmigt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, die Realisierung des Betreuungsnetzes für Menschen mit Essstörungen auf dem gesamten Landesgebiet zu vervollständigen, insbesondere durch

- die Aktivierung der territorialen gesundheitlichen Betreuung in teilstationären und stationären Rehabilitations-einrichtungen mit extensiver Ausrichtung für die gesamte ansässige Bevölkerung
- die Schaffung eines Landesreferenz-zentrums für Erwachsene mit Essstörungen
- eine korrekte Dokumentation der auf den verschiedenen Betreuungsebenen erbrachten Aktivitäten und Leistungen, die zwischen territorialer und Krankenhausbetreuung unterscheidet, sowie eine regelmäßige Übermittlung der Daten an die Landesverwaltung laut entsprechenden Landesrichtlinien, um die Angemessenheit und die Qualität der erbrachten Leistungen sowie die Ausgaben zu kontrollieren.

2. Anlage B mit den Kriterien für die Erbringung von extensiven teilstationären und stationären Leistungen zugunsten von Personen mit Essstörungen durch akkreditierte und vertragsgebundene private Einrichtungen wird als wesentlicher Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.

3. Anlage C1, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, wird genehmigt, womit die Finanzierungskriterien für teilstationäre und stationäre Tätigkeiten im Rahmen der Essstörungen festgelegt werden:

- Mindestparameter für die Personalausstattung für die Verwaltung von territorialen Einrichtungen, mit teilstationären und stationären Tätigkeiten mit einer maximalen Kapazität von 12 Betten bzw. 8 Betten;
- allumfassende Tagesstarife der Standardbetriebskosten für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen und damit

1. Si approva il documento “La rete dei servizi per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in Provincia di Bolzano” quale parte integrante del presente provvedimento di cui all'Allegato A).

L'Azienda sanitaria ha il compito di completare la realizzazione della rete dei servizi per la cura dei disturbi del comportamento alimentare su tutto il territorio provinciale, attraverso in particolare

- l'attivazione dell'assistenza sanitaria extraospedaliera di riabilitazione estensiva semiresidenziale e residenziale per tutta la popolazione residente
- la realizzazione del Centro di riferimento provinciale per adulti con disturbi del comportamento alimentare
- una corretta documentazione delle attività e delle prestazioni erogate nei diversi livelli di assistenza, distinguendo tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, e trasmissione periodica alla Provincia dei dati secondo le relative linee guida provinciali, al fine del monitoraggio dell'appropriatezza e della qualità delle cure erogate, nonché del monitoraggio della spesa.

2. Si approva l'Allegato B, parte integrante della presente deliberazione, contenente i criteri per l'erogazione da parte di strutture private accreditate e convenzionate delle prestazioni semiresidenziali e residenziali a carattere estensivo a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare.

3. Si approva l'Allegato C1, parte integrante della presente deliberazione, che determina i criteri di finanziamento dell'attività semiresidenziale e residenziale per DCA:

- parametri del personale minimi per la gestione di strutture territoriali che accolgono al contempo attività semiresidenziali e residenziali rispettivamente con una capienza massima di 12 posti e 8 posti letto;
- tariffe giornaliere omnicomprendenti di remunerazione dei costi standard di esercizio per l'erogazione delle prestazioni semiresidenziali e residenziali e relative regole applicative;

- verbundene Anwendungsregeln;
 - Zusatztarife für die Vergütung einiger Investitionskosten, die in der Anlaufphase des Projekts wirtschaftlich bedeutsam sind;
 - Tarife für die Abrechnung bei der Betreuung von Patienten mit Wohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen.
4. Anlage C2, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, wird genehmigt, womit die neuen Verzeichnisse der zulässigen und nicht zulässigen Kosten festgelegt werden, die die genehmigten Verzeichnisse in Anlage A, Teil 3, Abschnitte 3.4 und 3.5 des Beschlusses der L.R. Nr. 1153/2019 ersetzen.
 5. Anlage D, wesentlicher Bestandteil dieses Beschlusses, bezüglich der Kriterien für die Ermittlung der stationären und teilstationären Leistungen, der jeweiligen Methoden der Kostenbeteiligung und der Kostendeckung im Fall von Patienten mit Wohnsitz außerhalb Südtirols, wird genehmigt.
 6. Die Abdeckung der Ausgabe im Ausmaß von 289.931 Euro im Geschäftsjahr 2021 ist durch die ungebundene Zuweisung, welche mit Beschluss LR Nr. 979/2020 auf dem Kapitel U13011.0000 zweckgebunden wurde, gewährleistet. Für die Jahre 2022 und 2023 ist die Abdeckung der Ausgaben von jährlich 1.159.722 Euro durch die Verfügbarkeiten auf dem Kapitel U13011.0000 der entsprechenden Haushaltsjahre gewährleistet, die im Rahmen der zukünftigen Zuweisungsbeschlüsse von verwendungsungebundenen Geldmitteln an den Sanitätsbetrieb zweckgebunden werden.
 7. Dieser Beschluss wird gemäß Artikel 4, Absatz 1, Buchstabe d) des Regionalgesetzes vom 19. Juni 2009, Nr. 2, in geltender Fassung im Amtsblatt der Region veröffentlicht, da die entsprechende Maßnahme an die Allgemeinheit gerichtet ist.
- tariffa integrativa di remunerazione di alcuni costi di investimento, che assumono una rilevanza economica in fase di avvio di detta progettualità;
 - tariffe per la fatturazione degli addebiti nel caso di assistenza a pazienti residenti fuori dalla Provincia Autonoma di Bolzano.
4. Si approva l'Allegato C2, parte integrante della presente deliberazione, che definisce i nuovi elenchi dei costi riconoscibili e non riconoscibili, sostituendo quelli approvati all'Allegato A, Parte 3, Paragrafi 3.4 e 3.5 della deliberazione di G.P. n. 1153/2019.
 5. Si approva l'Allegato D, parte integrante della presente deliberazione, relativo ai criteri per la rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, le relative modalità di compartecipazione e di recupero del costo nel caso di pazienti residenti fuori provincia.
 6. La copertura della spesa pari ad 289.931 euro nell'esercizio 2021 è garantita dall'assegnazione indistinta impegnata sul capitolo U13011.0000 con deliberazione G.P. n. 979/2020. Per gli anni 2022 e 2023, la copertura della spesa pari ad 1.159.722 euro annua, è garantita mediante gli stanziamenti sul capitolo U13011.0000 dei rispettivi esercizi finanziari, che saranno impegnati nell'ambito delle future delibere di assegnazione a destinazione indistinta all'Azienda sanitaria.
 7. La presente delibera verrà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) della legge regionale 19 giugno 2009, n. 2, in quanto trattasi di un atto destinato alla generalità dei cittadini.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALESEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

ANLAGE A

**DAS NETZWERK
FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN
IN DER PROVINZ BOZEN**

INHALT

1. EINLEITUNG
2. EPIDEMIOLOGIE UND KLINISCHE MERKMALE DER ESSSTÖRUNGEN
3. EPIDEMIOLOGIE IN DER PROVINZ BOZEN
4. DAS NETZWERK FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN
5. DAS NETZWERK FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN IN DER PROVINZ BOZEN
6. ZUSAMMENFASSUNG
7. DATENFLÜSSE

1 EINLEITUNG

Essstörungen stellen ein weit verbreitetes gesundheitliches Problem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der westlichen Welt dar. Obwohl primär eine psychiatrische Störung, gehen sie aufgrund von Unterernährung und/oder ungemessenem Verhalten zur Kontrolle des Körpergewichts und der Figur doch oft mit schweren körperlichen Komplikationen einher. Deshalb sind sie eine der häufigsten Ursachen für Invalidität bei jungen Menschen und weisen ein signifikantes Sterblichkeitsrisiko auf.

Für die Weltgesundheitsorganisation haben Essstörungen Priorität was den Schutz der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen betrifft.

Angesichts der Verbreitung von Essstörungen in den jüngsten Bevölkerungsgruppen und deren komplexen und multifaktoriellen Ätiologie ist seit einigen Jahren auch in wissenschaftlichen Kreisen ein steigendes Interesse festzustellen.

Essstörungen betreffen vor allem Jugendliche und junge Erwachsene weiblichen Geschlechts. Die Inzidenz ist in den letzten 30 Jahren deutlich angestiegen, was einigen Studien zufolge hauptsächlich auf eine bessere Kenntnis der Störung und folglich auf eine höhere Anzahl von fachlich korrekten Diagnosen zurückzuführen ist.

Um die Auseinandersetzung über die Verbreitung von Essstörungen und deren Charakteristiken, über Prävention und die Vereinfachung der Betreuungspfade und Diagnostik zu fördern, hat das Gesundheitsministerium diese Problematik in das Programm **“Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari”** aufgenommen.

2007 wurde erstmals ein Programm entwickelt, im Rahmen dessen eine systematische Auseinandersetzung mit der komplexen Problematik der Essstörungen erfolgt ist und zwei Aktionsbereiche definiert wurden: der erste sah eine gesamtstaatliche Präventionskampagne vor, der zweite eine Verbesserung der Betreuung in Hinblick auf Angemessenheit und Wirksamkeit. Diese Projekte, welche im Auftrag des Ministeriums durch das “Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)” umgesetzt wurden, haben dazu beigetragen, wichtige Daten zu liefern und Versorgungslücken aufzuzeigen.

Um die gewonnenen Informationen und Erkenntnisse zu aktualisieren und einzuordnen, hat eine multidisziplinäre und multiprofessionelle Expertengruppe im Rahmen einer **Consensus Conference**¹ ein Dokument ausgearbeitet, das Empfehlungen für eine angemessene evidenzbasierte Auseinandersetzung mit Essstörungen in den Bereichen Epidemiologie, Prävention und Organisationmodelle enthält.

Den obgenannten Initiativen des Gesundheitsministeriums folgte die Publikation “L’Adeguatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell’alimentazione” (**Quaderno del Ministero della Salute, Nr. 17/22 Juli-August 2013**)², eine Zusammenfassung des aktuellen Kenntnisstandes zum Thema Essstörungen für die Fachkräfte des Bereichs, aber auch für Patienten und deren Familienangehörige.

Am 22. Juni 2017 schließlich hat die **ständige Konferenz**³ für die Beziehungen zwischen dem Staat und den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen das **Dokument “Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell’alimentazione”** zur klinischen, strukturellen und operativen Angemessenheit in der Prävention, Diagnose und Therapie der Essstörungen genehmigt, die im “Quaderno del Ministero della salute” Nr. 29/2017 veröffentlicht wurden.

¹ Consensus Conference “Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti” - Istituto Superiore di Sanità, Rom, 24.-25. Oktober 2012”, *Rapporti ISTISAN* 13/6

² Quaderno del Ministero della Salute, Nr. 17/22 Juli-August 2013 “L’Adeguatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell’alimentazione”

³ Quaderno del Ministero della Salute, Nr. 29, September 2017 “Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell’alimentazione”

Um die Betreuung im Bereich der psychischen Gesundheit zu verbessern und deren Heterogenität zu reduzieren, hat die **Staat Regionen Konferenz am 24. Jänner 2013** den **“Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)”**⁴ genehmigt, der u.a. die Problematik der stationären psychiatrischen Betreuung aufwirft und verschiedene gezielte Maßnahmen aufzeigt, um das stationäre Angebot nach Behandlungs- und Rehabilitationsintensität zu differenzieren.

Am **17. Oktober 2013** wurde von der **Vereinten Konferenz** das Dokument⁵ **“Le strutture residenziali psichiatriche”**, genehmigt, welches einheitliche Richtlinien für eine, dem individuellen Betreuungspfad entsprechende stationäre Betreuung vorsieht, die sich nach Betreuungsintensität (von der intensiven Betreuung bis zur sozio-rehabilitativen Unterstützung) und nach Art des Projektes und der Maßnahmen in Hinblick auf Pathologie und Komplexität der Bedürfnisse unterscheiden.

Das Dekret des Ministerpräsidenten vom 12. Jänner 2017 zur Definition und Aktualisierung der wesentlichen Betreuungsstandards gewährleistet Personen mit Essstörungen die Krankenhausbetreuung in Form von ordentlichen Aufnahme in Akutfällen, die postakute Rehabilitation und Langzeitbetreuung sowie die wohnortnahe Betreuung in Einrichtungen des Gesundheitswesens auf dem Territorium.

Insbesondere werden im Art. 33 “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali” die Voraussetzungen für die Erbringung von therapeutisch-rehabilitativen Leistungen intensiver, extensiver und sozio-rehabitativer Art festgelegt.

Für die Triage, die Begutachtung und die Behandlung von Personen mit Essstörungen in der Notaufnahme wird auf die **spezifischen Empfehlungen** des Gesundheitsministers⁶ **“Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - Percorso Lilla in Pronto Soccorso”** (Version 2020) verwiesen.

All diese Dokumente stellen wichtige und nützliche Richtlinien und Bezugspunkte für eine angemessene Gesundheitsprogrammierung in Anwendung der wesentlichen Betreuungsstandards dar, um Personen mit Essstörungen und deren Familien eine qualifizierte und möglichst homogene Betreuung auf dem gesamten Staatsgebiet und auf Landesebene zu garantieren.

Die Essstörungen – Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, unkontrolliertes Essverhalten (binge-eating disorder - BED) und andere nicht näher bezeichnete Essstörungen – gehören zu den häufigsten Erkrankungen bei jungen Menschen, vor allem bei Mädchen in den westlichen Ländern.

2 EPIDEMIOLOGIE UND KLINISCHE MERKMALE DER ESSSTÖRUNGEN

In der Gesamtbevölkerung über 18 Jahren weiblichen Geschlechts schätzt man eine Prävalenz von 0,9% bei der Anorexia nervosa, 1,5% bei der Bulimia nervosa und 3,5% bei der BED. Die Inzidenz der Anorexia nervosa wird auf mindestens 8 neue Fälle pro 100.000 Frauen jährlich geschätzt, während man bei der Bulimia nervosa von mindestens 12 neuen Fällen auf 100.000 Frauen im Jahr ausgeht.

In Bevölkerungsstudien wird geschätzt, dass die Männer zwischen 5% und 10% der Fälle von Anorexia nervosa ausmachen, zwischen 10% und 15% der Bulimia nervosa und zwischen 30% und 40% der Fälle von BED.

Die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa treten in der Regel im Alter zwischen 15 und 19 Jahren auf, während die BED ein breites Altersspektrum betrifft (von der Kindheit bis ins Alter).

In letzter Zeit wurde eine Zunahme von Fällen in einem sehr frühen Alter festgestellt. Die Zunahme ist teils mit der Senkung des Alters des Auftretens der Menarche in den letzten Jahrzehnten erklärbar, könnte aber auch damit zusammenhängen, dass die Jugendlichen immer früher mit einem, über das Internet kommunizierten soziokulturellem Druck zum Schlanksein konfrontiert werden.

⁴“Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)”, Staat Regionen Konferenz, Sitzung vom 24. Jänner 2013

⁵“Le strutture residenziali psichiatriche”, Vereinbarung Vereinte Konferenz 17. Oktober 2013, Gesundheitsministerium

⁶“Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - Percorso Lilla in Pronto Soccorso”, Version 2020

Ein frühzeitiges Auftreten der Krankheit birgt ein höheres Risiko für bleibende Folgeschäden aufgrund von Unter bzw. Fehlernährung.

Vor allem Personen mit Anorexia nervosa haben eine 5 bis 10 mal höhere Sterblichkeit im Vergleich zu Gesunden desselben Alters und Geschlechts

3 EPIDEMIOLOGIE IN DER PROVINZ BOZEN

2019 wurden in der Provinz Bozen⁷ 530 Personen mit Essstörungen betreut, davon waren 196 neue Fälle. 93% davon waren weiblichen Geschlechts.

Die Verteilung nach Altersklassen zeigt, dass 31% der Fälle (165) die Altersklasse der 9-18 Jährigen betrifft, das sind 39 Fälle mehr als im Vorjahr, und 138 Fälle (26%) der Altersklasse der 19-25 Jährigen angehören (36 mehr als 2018).

Die häufigste Diagnose ist die Anorexia nervosa mit 35% aller Fälle.

2019 gab es in den öffentlichen Krankenhäusern der Provinz Bozen 188 Aufnahmen aufgrund von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, binge-eating disorder und andere, nicht näher bezeichnete Essstörungen), 52% davon teilstationär.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 23 Tage und die durchschnittliche Anzahl der Zugänge im Day Hospital liegt bei 11 Zugängen pro Jahr.

83% der im Krankenhaus aufgenommenen Personen sind Mädchen und Frauen, 38% gehört der Altersklasse der 0-19 Jährigen an und 37,7% sind über 40 Jahre alt.

Die Anzahl der Aufnahmen im Therapiezentrum Bad Bachgart von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen beläuft sich auf 374, 41% davon sind im Gesundheitsbezirk Bozen wohnhaft, 32 % im Gesundheitsbezirk Meran. 52% der Aufnahmen sind Männer und 64% sind über 40 Jahre alt.

2019 wurden auch 11 Einweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Landeskrankenhaus Hall in Tirol verzeichnet.

4 DAS NETZWERK FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN

Die Behandlung der Essstörungen basiert auf zwei grundlegenden Prinzipien:

- dem multidimensionalen, interdisziplinären und integrierten multiprofessionellen Ansatz,
- der Vielfalt des Betreuungskontextes und der Betreuungssettings.

Die gesundheitliche Betreuung der Personen mit Essstörungen wird von einer **Vielzahl von Berufsbildern** erbracht, die in **integrierter Form** zusammenarbeiten: Psychiater, Psychologen, Internisten, Ernährungsmediziner, Endokrinologen, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Erzieher, psychiatrische Rehabilitationstherapeuten und Krankenpfleger.

Durch die Vielzahl der miteinander verbundenen Berufsgruppen und die Komplexität deren Koordinierung ist die Definition des **Betreuungsprojektes** das Ergebnis eines gemeinsamen Prozesses zwischen den in den einzelnen Betreuungsphasen involvierten Fachkräften und ein unverzichtbares Element einer hochqualitativen, den Angemessenheitskriterien und den Sicherheitsstandards entsprechende Gesundheitsversorgung für den Bürger.

Die Organisation des Netzwerkes für die Behandlung von Essstörungen muss Folgendes gewährleisten:

- a. die besten Ergebnisse in Hinblick auf Angemessenheit und Wirksamkeit der diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen;
- b. die aktive Einbindung der Betroffenen und deren Familienangehörigen;
- c. die Ausarbeitung und Umsetzung individueller Betreuungsprojekte, die auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen mit Essstörungen ausgerichtet sind;
- d. die Bildung von Teams für die Diagnose und Behandlung mit Kompetenzen in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Innere Medizin/Ernährung, das in spezifischen Fällen von Fachleuten anderer Disziplinen unterstützt wird.

⁷ Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Eine angemessene Behandlung von Essstörungen setzt ein Netzwerk voraus, das alle unterschiedlichen Betreuungsebenen umfasst. Laut den internationalen Leitlinien NICE⁸ und APA⁹ müssen alle Behandlungsebenen einen multidimensionalen und multiprofessionellen Ansatz haben und die Betreuungskontinuität beim Übergang von einer Betreuungsebene auf eine andere garantieren.

Die Wahl der Betreuungsebene erfolgt auf der Grundlage von genauen klinischen und psychiatrischen Kriterien und bedarf zusätzlich einer intensiven Motivationsarbeit, wenn weder die Motivation, sich behandeln zu lassen noch eine Krankheitseinsicht besteht.

Die Familie muss in jede Ebene der Behandlung miteinbezogen werden, da diese eine wichtige und unverzichtbare Ressource im Behandlungsverlauf des Patienten darstellt.

Für die **Behandlung von Essstörungen** werden **5 Ebenen** angeführt:

1. Allgemeinmediziner oder frei wählbarer Kinderarzt
2. Ambulante Therapie (im Krankenhaus und außerhalb);
3. Intensive ambulante Therapie oder Tagesstätte (diagnostisch/therapeutisch/rehabilitativ);
4. Stationäre Rehabilitation (intensiver oder extensiver Art) oder psychiatrische Rehabilitation (einschließlich der therapeutisch-rehabilitativen Einrichtungen);
5. Ordentliche und Notfallaufnahmen im Krankenhaus

Die Behandlung von Essstörungen bedarf unterschiedlicher Modalitäten und Ebenen der Betreuungsintensität. Der Großteil der Patienten spricht gut auf die ambulante Betreuung an, aber geschätzte 30 bis 40% der Patienten mit Anorexia nervosa benötigt eine intensivere Behandlung in Form von stationärer Betreuung im Krankenhaus oder in geeigneten territorialen Einrichtungen mit hochspezialisiertem Personal.

1. Allgemeinmediziner oder frei wählbarer Kinderarzt

Die Rolle des **Allgemeinmediziners oder des frei wählbaren Kinderarztes** ist essentiell für die Prävention, das Screening und die Früherkennung, für die Einschätzung von körperlichen Risiken und die Einweisung in spezialisierte Einrichtungen.

2. Ambulante Therapie (im Krankenhaus und außerhalb)

Die **ambulante Therapie** muss die erste Wahl bei der Betreuung von Personen mit Essstörungen sein. In der wissenschaftlichen Literatur besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass der Großteil der Fälle von Essstörungen ambulant (Einzelpsychotherapie, Paartherapie, Familientherapie, Ernährungsberatung, ärztliche Kontrollen, Elterngruppen, Hausbesuche, Volontariat, Vereine) betreut werden sollte.

Der ambulante Zugang fungiert als Anlaufstelle und als diagnostischer und therapeutischer Filter für die nachfolgenden Betreuungsebenen wie Day-Hospital, ordentliche Krankenhausaufnahme und stationäre Betreuung und ist für die Beratung, Diagnose, Stärkung der Motivation und Orientierung der Patienten zuständig.

Die ambulante Therapie ist das ideale Setting für die Behandlung von Essstörungen, da sie nicht das Alltagsleben der Patienten beeinträchtigt und die erzielten Veränderungen fortdauern, weil sie vom Patienten in seiner gewohnten Umgebung erreicht wurden.

3. Intensive ambulante Therapie oder Tagesstätte (diagnostisch/therapeutisch/rehabilitativ)

Die **intensive therapeutisch-rehabilitative ambulante Therapie (teilstationär/Tagesstätte)** ist für jene Patienten indiziert, welche Schwierigkeiten haben, mit einer Standardtherapie ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern, aber genügend Motivation für eine Behandlung und die Kontrolle der psychopathologischen Verhaltensweisen aufbringen (z.B. wieder an Gewicht

⁸ NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);

⁹ Eating Disorders APA Guidelines (2006)

zuzunehmen, die Frequenz der bulimischen Episoden zu reduzieren, das selbst herbeigeführte Erbrechen und die exzessive sportliche Betätigung zu kontrollieren).

In seltenen Fällen ist diese Behandlungsform auch als erste Wahl indiziert. Die intensive ambulante Therapie ist nicht geeignet für Patienten mit moderaten bis schweren körperlichen Risikofaktoren, bei kontinuierlichem Missbrauch von Substanzen, bei schweren Depressionen mit Suizidrisiko und akuten Psychosen.

Die therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen werden von einem multiprofessionellen Team in Tagesstätten oder teilstationär mit dem Ziel der Rückkehr des Patienten in sein gewohntes Umfeld erbracht. Sie umfassen eine erste, intensivere Behandlungsphase gefolgt von weniger intensiven rehabilitativen Maßnahmen.

Die intensive ambulante Therapie ist der Kernbereich der diagnostischen und therapeutischen Arbeit und fungiert sowohl als Verbindung zum Territorium (Allgemeinmedizin, Dienste für psychische Gesundheit...) als auch als Filter für die nachfolgenden Betreuungsebenen, Day-Hospital und ordentliche Krankenhausaufnahme. Sie sollte sich schrittweise zu einer ambulanten Standardtherapie entwickeln.

Im Vergleich zur traditionellen Behandlung im Day Hospital ist die intensive ambulante Therapie kostengünstiger und vermeidet die Unterbrechung der Patienten-Therapeuten-Beziehung, da der Patient von denselben Therapeuten der Standardtherapie behandelt wird.

4. Stationäre Rehabilitation (intensiver oder extensiver Art) oder psychiatrische Rehabilitation (einschließlich der therapeutisch-rehabilitativen Einrichtungen)

Gemäß Dekret des Ministerpräsidenten vom 12. Jänner 2017 weist die stationäre Rehabilitation folgende unterschiedliche Betreuungsintensitäten auf:

- Therapeutisch-rehabilitative Behandlungen mit hoher Rehabilitationsintensität und erhöhtem Pflegebedarf (**intensive Betreuung**), auch in der post-akuten Phase mit einer Dauer von max. 18 Monaten, die um 6 Monate verlängert werden können.
- Therapeutisch-rehabilitative Behandlungen mit **extensivem** Betreuungs- und Pflegebedarf für stabilisierte Patienten, welche Maßnahmen mittlerer Rehabilitationsintensität bedürfen. Die Behandlungen mit einer maximalen Dauer von 36 Monaten können um 12 Monate verlängert werden.
- Sozio-rehabilitative Behandlungen für Patienten, die nicht im eigenen familiären Kontext betreut werden können und Maßnahmen mit niedriger Betreuungsintensität brauchen.

Die **intensive/extensive stationäre Rehabilitation** innerhalb und außerhalb des Krankenhauses erfolgt in Abteilungen bzw. Diensten, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind und für die Rehabilitationskonzepte erarbeitet werden, welche körperliche, psychologische, psychiatrische und ernährungsphysiologische Aspekte integrieren.

Die intensive Rehabilitation ist ein entscheidender Teil im Betreuungsnetz, wenn:

- der Schweregrad und jener der Begleiterkrankungen hoch ist;
- die Auswirkungen auf die Behinderung und die Lebensqualität des Patienten gravierend sind,
- die zu ergreifenden Maßnahmen zahlreich werden und es deshalb – aus klinischer, aber auch aus wirtschaftlicher Sicht - angebracht ist, ein koordiniertes Projekt auf eine relativ kurze Zeitspanne zu konzentrieren;
- vorübergehende, weniger intensive Betreuungspfade nicht die erhofften Ergebnisse gebracht haben und das Risiko besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert.

Das Behandlungsangebot muss die einzelnen Disziplinen integrieren und Maßnahmen ärztlicher, pharmakologischer, ernährungsphysiologischer, psychologischer und familiärer Natur beinhalten.

Die Rehabilitationsmaßnahmen müssen den Bedürfnissen der einzelnen Patienten entsprechen. Auf der Basis einer multidimensionalen Diagnosestellung zum Zeitpunkt der Aufnahme wird ein individuelles Rehabilitationsprojekt ausgearbeitet, das psychotherapeutische Maßnahmen, ernährungsphysiologische und physische Rehabilitation sowie das Management von medizinisch/psychiatrischen Komplikationen umfasst.

Wissenschaftliche Daten zeigen, dass das Risiko für Rückfälle und erneute Krankenhausnahmen bei einer nicht korrekten und zeitnahen Wiederaufnahme der Patienten durch die zuständige Fachambulanz nach einer intensiven stationären Rehabilitation steigt.

Es ist deshalb grundlegend und prioritär, dass der Übergang von einer Rehabilitationseinrichtung in die zuständige Fachambulanz gewissenhaft geplant und durchgeführt wird, damit der Patient den ersten Termin spätestens innerhalb einer Woche nach Entlassung wahrnehmen kann.

5. Ordentliche und Notfallaufnahmen im Krankenhaus und im Day Hospital

Die **Krankenhausbetreuung** (in den Abteilungen Innere Medizin und Psychiatrie) kann lebensrettend sein, ist aber auch für (fach)ärztliche Kontrollen indiziert.

Bei einigen Patienten mit Essstörungen kann aufgrund akuter medizinischer oder psychiatrischer Risiken ein Krankenhausaufenthalt notwendig werden.

Die Betreuung im Day Hospital richtet sich an schwerwiegende Fälle, die für eine kurze Zeit intensiver gesundheitlicher Betreuung bedürfen und für die es möglich und sinnvoll ist, auf kontinuierliche stationäre Aufnahmen zu verzichten.

Eine stationäre Aufnahme in den Abteilungen für Innere Medizin ist bei schweren Formen der Unterernährung und/oder bei Auftreten von schweren körperlichen Komplikationen (kardiovaskuläre Komplikationen, Dehydrierung, Hämokonzentration, Hypoglykämie, multi-organische Dysfunktion) notwendig.

Die Aufnahme in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses ist bei Auftreten von schweren psychiatrischen Begleiterkrankungen indiziert: psychotische Dekompensation, manischer Schub, schwere Depression, Suizidalität.

5 DAS NETZWERK FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN IN DER PROVINZ BOZEN

Das landesweite Netzwerk für die Betreuung von Menschen mit Essstörungen setzt sich wie folgt zusammen:

1. Ärzte für Allgemeinmedizin und frei wählbare Kinderärzte;
2. Fachambulanzen für Essstörungen;
3. Teilstationäre Einrichtungen/Tagesstätten;
4. Stationäre Einrichtungen/Therapiegemeinschaften;
5. Krankenhauseinrichtungen für die Akutbetreuung sowie Rehabilitations- und postakute Langzeiteinrichtungen für die körperliche Stabilisierung und Aufnahme im geeigneten Betreuungssetting.

Es folgt die Beschreibung der Organisation des Betreuungsnetzes für die Therapie und Rehabilitation von Essstörungen in der Provinz Bozen¹⁰ in Anwendung der staatlichen Leitlinien der Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat und den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen vom 22. Juni 2017.

Um allen Bürgern ein effektives und einheitliches Betreuungsangebot auf Landesebene zu gewährleisten, wurde an der Pädiatrie des Krankenhauses Brixen das **Landesreferenzzentrum für Essstörungen für Kinder und Jugendliche** geschaffen.

Das Zentrum übt folgende Funktionen aus:

- Definition gemeinsamer Instrumente/Methoden der Diagnostik und Bewertung der Ergebnisse;
- Programmierung und Koordinierung der Präventionsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit den Schulen, Lehrpersonen und Ärzten für Allgemeinmedizin;
- Im Sinne der Betreuungskontinuität Koordinierung mit intensiv oder extensiv ausgerichteten öffentlichen oder vertragsgebundenen Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene (hier haben sich Protokolle als nützlich erwiesen, die Richtlinien und Modalitäten für die Einweisung in intensive Rehabilitationseinrichtungen sowie entsprechende Entlassungsmodalitäten festlegen und Kontakte mit dem Referenzzentrum für die Weiterführung der Behandlung auf ambulanter Ebene vorsehen);

¹⁰Konzept zur Betreuung von Essstörungen, Markus Markart, Landesreferenzzentrum für Essstörungen für Kinder und Jugendliche, Brixen, 22. August 2011"

- Definition von Vereinbarungsprotokollen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Pädiatrieabteilungen der Krankenhäuser und mit den Diensten für Diät und Ernährung, um die multiprofessionelle Zusammenarbeit und Integration der Behandlungen zu fördern;
- Zusammenarbeit mit den Angehörigenvereinigungen für eine umfassende Aufklärung über Essstörungen, auch mittels Verteilung von entsprechendem Informationsmaterial;
- Programmierung der Fortbildungsmaßnahmen für das Personal;
- Programmierung der Einweisungen in hochspezialisierte Einrichtungen im Ausland und auf dem restlichen Staatsgebiet.

1. Ärzte für Allgemeinmedizin und frei wählbare Kinderärzte

Die Allgemeinmediziner und frei wählbaren Kinderärzte in Südtirol haben die Aufgabe der Früherkennung von Essstörungen und Zuweisung der Patienten mit Essstörungen zu den Fachambulanzen in den territorial zuständigen Gesundheitsbezirken und zum landesweiten Therapiezentrum Bad Bachgart für eine fachliche Einschätzung und angemessene Aufnahme.

Ausreichende klinische und diagnostische Kenntnisse über Essstörungen der Mitarbeiter des Gesundheitswesens, besonders der Allgemeinmediziner und frei wählbaren Kinderärzte verbessern die Früherkennung derselben und bilden die Grundlage für notwendige Präventionsprojekte.

In diesem Sinne werden vom Referenzzentrum für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter der Abteilung Pädiatrie Brixen regelmäßig Fortbildungen für Hausärzte und frei wählbare Kinderärzte organisiert.

2. Ambulante Therapie

Die ambulante Betreuung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen wird in Südtirol von Fachambulanzen gewährleistet, die in allen vier Gesundheitsbezirken (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) eingerichtet wurden.

In den Fachambulanzen arbeiten interdisziplinäre Teams, bestehend aus einem Kernteam, das im engeren Sinne für die Behandlung zuständig ist und einem erweiterten Team, das konsiliarische Leistungen erbringt. Zum Kernteam gehören:

- Fachärzte für Ernährungswissenschaft und Diätetik
- Psychologen
- Ernährungstherapeuten
- Fachärzte für Pädiatrie mit Spezialisierung in Ernährungsmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Erwachsenenpsychiater

Die Organisation der Fachteams auf Landesebene gestaltet sich je nach territorial zuständigem Gesundheitsbezirk unterschiedlich.

Sie können vom öffentlichen Dienst geführt werden, wie im Falle der Fachambulanz Brixen, bestehend aus der Abteilung Pädiatrie des Krankenhauses, dem Dienst für Diät und Ernährung, der Abteilung für Innere Medizin und dem psychologischen Dienst Brixen.

Sie können aber auch im Verbund von Landesgesundheitsdienst und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen geführt werden wie in den Gesundheitsbezirken Bozen, Meran und Bruneck.

3. Intensive ambulante Therapie oder Tagesstätte

Die intensive ambulante (teilstationäre) Behandlung von Kindern und Jugendlichen findet in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck im Day Hospital der jeweiligen Abteilungen der Pädiatrie durch interdisziplinäre Teams statt.

Im Erwachsenenbereich gibt es eine entsprechende Betreuung lediglich im Day Hospital der Abteilung Psychiatrie im Krankenhaus Bruneck.

Nicht gedeckt ist der Betreuungsbedarf dieser Betreuungsebene für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen im Gesundheitsbezirk Bozen genauso wenig wie jener für Erwachsene der Gesundheitsbezirke Bozen, Meran und Brixen.

4. Stationäre intensive oder extensive Rehabilitation

Die stationäre extensive Rehabilitation wird derzeit vom Therapiezentrum Bad Bachgart des Gesundheitsbezirkes Brixen gewährleistet, das einen landesweiten Auftrag hat und in der Abteilung Psychosomatik Menschen mit Essstörungen, Zwangsstörungen, Angststörungen, affektiven Störungen u.a. behandelt. Für Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen wurden sechs Therapieplätze

eingerrichtet, wo entsprechende Therapieleistungen für durchschnittlich 8-10 Wochen erbracht werden. Die stationäre Aufnahme ist für Patienten mit Essstörungen ab einem Mindestalter von 15 Jahren und einem BMI von mind. 15 möglich.

Im Jahre 2011 wurde für Kinder und Jugendliche an der **Abteilung Pädiatrie des Krankenhauses Brixen ein Referenzzentrum** geschaffen, das landesweit die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen koordiniert und als stationäre Einrichtung für sehr schwere Fälle fungiert. Es arbeitet eng mit den Fachambulanzen der vier Gesundheitsbezirke und den Abteilungen Pädiatrie der Krankenhäuser des Sanitätsbetriebes zusammen.

5. Ordentliche und Notaufnahmen im Krankenhaus und im Day Hospital

Ordentliche bzw. Notaufnahmen erfolgen bei Erwachsenen mit Essstörungen der Gesundheitsbezirke Bozen und Meran in der Abteilung für Psychiatrie im Krankenhaus Bozen und der Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck in den jeweiligen Abteilungen für Psychiatrie in den Krankenhäusern Brixen bzw. Bruneck.

Stehen internistische Probleme und Notfälle im Vordergrund, erfolgt die Behandlung in den jeweiligen Abteilungen für innere Medizin und Pädiatrie.

Das stationäre Angebot für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen in Südtirol wird mit der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus Meran vervollständigt. Es ist insbesondere für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen, bei Suizidgefahr, Sucht und Substanzenmissbrauch, oder ausgeprägtem Selbstverletzungsverhalten indiziert.

6. Hochspezialisierte stationäre Einrichtungen auf dem restlichen Staatsgebiet und im Ausland

Für sehr komplexe Fälle besteht die Möglichkeit von Einweisungen in hochspezialisierte Zentren außerhalb des Landes Südtirol, dies sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene.

Die Einweisungen in diese Einrichtungen erfolgen autonom von den jeweiligen Fachteams in den Gesundheitsbezirken, unter der Supervision und gemäß den Richtlinien des Landesreferenzteams für Kinder und Jugendliche und in Anbetracht der Tatsache, dass es auf dem Landesgebiet kein entsprechendes Angebot gibt oder dieses sehr lange Wartezeiten aufweist.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Das derzeitige Betreuungsangebot im Bereich der Essstörungen kann als teilweise ausreichend bezeichnet werden, was die ambulante Betreuung sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene betrifft.

Was hingegen die intensive ambulante Therapie in Tagesstätten und die stationäre extensive Rehabilitation betrifft, muss das Angebot für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen mit Essstörungen derzeit als unzureichend bezeichnet werden.

Die stationäre extensive rehabilitative Betreuung auf dem Territorium wird derzeit nur in Bad Bachgart für Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene gewährleistet.

Die Schaffung von territorialen teilstationären und stationären Einrichtungen und Tagesstätten ist deshalb für die Provinz Bozen auch im Sinne der Betreuungskontinuität und der damit verbundenen Risikominimierung für eine Chronifizierung der Erkrankung prioritär.

Schließlich sollte in Analogie zum Landesreferenzzentrum für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter eine entsprechende landesweite stationäre Therapieeinrichtung für Erwachsene mit Essstörungen an der Abteilung Psychiatrie Brixen für die intensive therapeutisch-rehabilitative Behandlung mit erhöhtem Pflegebedarf, auch in der postakuten Phase, eingerichtet werden. Damit könnten unangemessene Langzeitaufenthalte in den Abteilungen für Psychiatrie oder Innere Medizin sowie Einweisungen in hochspezialisierte Einrichtungen im Ausland oder im restlichen Staatsgebiet vermieden werden.

Auch sollte eine vermehrte Einbindung der Hausärzte und der frei wählbaren Kinderärzte in die Betreuung von Personen mit Essstörungen angesichts deren wichtigen Rolle in der Früherkennung von Essstörungen und Zuweisung der Patienten zu den Fachambulanzen für eine rasche Einschätzung und Aufnahme angestrebt werden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird dafür Sorge tragen, den Betreuungspfad für die Diagnose und Therapie von Essstörungen aus dem Jahre 2011 zu überarbeiten.

7 DATENFLÜSSE

Um die Tätigkeiten und die erbrachten Leistungen der verschiedenen Betreuungssettings zu dokumentieren und die entsprechenden Tagessätze korrekt zu berechnen und zu verbuchen, muss Folgendes beachtet werden:

Das Ausfüllen des Datenblatts „**SDERIA**“ als Entlassungsbogen für krankenhausexterne Rehabilitationseinrichtungen, die teilstationäre und stationäre rehabilitative Leistungen für Personen mit Essstörungen erbringen, ist verpflichtend.

Das Datenblatt SDERIA muss auch in jenen Fällen ausgefüllt werden, in denen besagte Leistungen von den Abteilungen Pädiatrie, Interne Medizin oder Psychiatrie der öffentlichen Krankenhäusern Südtirols erbracht werden.

Das Dokument "Leitlinien für den Entlassungsbogen aus krankenhausexternen Rehabilitationsstrukturen" gibt Auskunft über den Inhalt, die Art der Erhebung und die Übermittlung der Daten und ist herunterzuladen unter:

<http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/entlassungsbogen-aus-krankenhausexternen-rehabilitationszentren.asp>) .

Das Datenblatt „**SDO**“ (KEB – Krankenhausentlassungsbogen) ist für alle ordentlichen Aufenthalte im Krankenhaus oder im Day Hospital der Abteilungen Pädiatrie, Innere Medizin oder Psychiatrie von Patienten mit Essstörungen anzuwenden.

Das Dokument "Leitlinien für den Entlassungsbogen aus krankenhausexternen Rehabilitationsstrukturen" kann von der Seite <http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/krankenhausentlassungsbogen.asp> heruntergeladen werden.

Tabelle: Beschreibung des Betreuungsnetzes für Essstörungen in der Provinz Bozen im Jahr 2021

	TERRITORIALE BETREUUNG								KRANKENHAUSBETREUUNG	
	Ambulante Betreuung		Teilstationäre Betreuung Tagesstätte extensiver Betreuungsbedarf		Stationäre Rehabilitation extensive Betreuung		Stationäre Rehabilitation intensive Betreuung		Krankenhausbetreuung (Day Hospital, ordentliche und Notfallaufnahmen)	
	Kinder und Jugend- liche	Erwach- sene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Erwachsene
GB Bozen	Fachambulanz		Therapeutisch-rehabilitative Tagesstätte – landesweit**		Therapeutisch-rehabilitatives Wohnheim – landesweit**				Abt. Pädiatrie	Abt. Psychiatrie* Abt. Innere Medizin
GB Meran	Fachambulanz		Day Hospital Abt. Pädiatrie						Abt. Kinder- und Jugend- psychiatrie Abt. Pädiatrie	Abt. Innere Medizin
GB Brixen	Fachambulanz		Day Hospital Abt. Pädiatrie		Landesweites Therapiezentrum Bad Bachgart		Landesweites Referenz- zentrum Abt. Pädiatrie	Landesweites Referenz- zentrum Abt. Psychiatrie***	Abt. Pädiatrie	Abt. Psychiatrie Abt. Innere Medizin
GB Bruneck	Fachambulanz		Day Hospital Abt. Pädiatrie	Day Hospital Abt. Psychiatrie					Abt. Pädiatrie	Abt. Psychiatrie Abt. Innere Medizin

* Die Abteilung der Psychiatrie Bozen versorgt auch die Patienten des Gesundheitsbezirkes Meran

** zu aktivieren

*** in Planungsphase

ANLAGE B

KRITERIEN FÜR DIE ERBRINGUNG VON STATIONÄREN UND TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN FÜR PERSONEN MIT ESSSTÖRUNGEN VONSEITEN PRIVATER VERTRAGSGEBUNDENER EINRICHTUNGEN

INHALT

1. PRÄMISSEN
2. BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT/ZIELE
3. ORT DER TÄTIGKEIT
4. ZUGANGS- UND ZUSENDUNGSMODALITÄTEN
5. TAGESZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN
 - 5.1. ZIELGRUPPE
 - 5.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUM TAGESZENTRUM
 - 5.3. ZIELE
6. THERAPEUTISCH-REHABILITATIVE GEMEINSCHAFT
 - 6.1. ZIELGRUPPE
 - 6.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUR TRG
 - 6.3. ZIELE
7. THERAPIEPLAN
 - 7.1. INDIVIDUALISIERTES THERAPEUTISCHES REHABILITATIONSPROJEKT (I.T.R.P.)
 - 7.2. MULTIMODALE VORGEHENSWEISE
 - 7.3. MEHRPHASIGE VORGEHENSWEISE

1. PRÄMISSEN

Das vorliegende Dokument beschreibt die Mindestkriterien für die Erbringung von teilstationären und stationären Leistungen für Personen mit Essstörungen und regelt insbesondere die Voraussetzungen für die Erbringung von therapeutisch-rehabilitativen Behandlungen umfassenden Charakters gemäß den wesentlichen Betreuungsstandards gemäß Art. 33, Abs. 2, Buchstabe b), des DPMR 12. Januar 2017.

Diese Kriterien sind in Übereinstimmung mit den unten aufgeführten nationalen und internationalen Richtlinien bestimmt:

- NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);
- Eating Disorders APA guidelines (2006),
- Guideline Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014);
- Nationale Richtlinien für die Ernährungsrehabilitation bei Essstörungen, „Quaderni della Salute“ (ISSN 29/09/2017);
- Consensus Conference Essstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ISSN 2013)

Das Schlüsselkonzept der sozial-gesundheitlichen Patientenübernahme ist die multidimensionale Bewertung der Bedürfnisse unter klinischen, funktionalen und sozialen Gesichtspunkten. Außerdem ist es unerlässlich, Betreuungspfade zu schaffen, die eine Kombination der verschiedenen Betreuungsformen (Krankenhaus, stationäre und teilstationäre, ambulante, territoriale und häusliche Pflege) ermöglichen, um eine Betreuungskontinuität zu gewährleisten.

2. BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT/ZIELE

Im Bereich der Behandlung von Essstörungen besteht das Hauptziel der therapeutisch-rehabilitativen Leistungen, die in stationären und teilstationären Einrichtungen angeboten werden, darin, den Patienten in einem Lebenskontext unterzubringen, der Sicherheit und eine einladende familiäre Atmosphäre bietet. Diese Faktoren wirken sich mittel- und langfristig positiv auf Veränderung und Genesung aus.

Der Betreuungspfad in der therapeutisch-rehabilitativen Gemeinschaft (TRG) und im Tageszentrum (TZ) führt die Person durch die Rehabilitationsphasen, um schrittweise eine Selbständigkeit der Person im eigenen Lebenskontext zu erreichen.

Zu den Hauptzielen gehören Folgende:

- die Gewährleistung einer proaktiven Gesundheitsbetreuung, die auf einer sorgfältigen Beurteilung der Bedürfnisse des Patienten basiert;
- Erleichterung von Entscheidungsprozessen der Teams hinsichtlich der einzuschlagenden therapeutischen Pfade;
- Minimierung des Risikos einer Chronifizierung;
- stärkere Einbeziehung der Herkunftsfamilien, insbesondere bei minderjährigen Patienten;
- therapeutische Kontinuität mit den eigenen sozialen und medizinischen Fachkräften;
- Pflege des Patienten in Bezug auf Ernährung, Diätetik, Innere Medizin, emotionale und soziale Kompetenzen.

3. ORT DER TÄTIGKEIT

Die Tätigkeit findet in einem territorialen Kontext statt, der leicht zugänglich ist und sich in der Nähe größerer Schulen und wichtiger Dienste befindet.

4. ZUGANGS- UND ZUSENDUNGSMODALITÄTEN

Die Indikation zur Zuweisung kommt von öffentlichen Stellen und Diensten wie z. B. Fachambulanzen, Allgemeinärzten, Kinderärzten freier Wahl oder anderen Fachärzten. Diese überweisen sie vorab an die territorialen Fachambulanzen für Essstörungen, die in den vier Gesundheitsbezirken tätig sind.

Die Zuweisung in das TZ und die TRG erfolgt durch wohnortnahe Fachambulanzen für Essstörungen (für die privat-öffentlichen Ambulanzen, z.B. Bozen, muss die Zuweisung durch das darin angestellte Personal des öffentlichen Dienstes erfolgen).

Die Bewertung bei der Aufnahme in die TZ und TRG erfolgt durch ein multidisziplinäres Team, das nach dem Erhalt der für die Bewertung des Gesundheitszustands des Patienten erforderlichen Unterlagen das individuelle therapeutisch-rehabilitative Projekt (ITRP) vorbereitet/bearbeitet.

5. TAGESZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN

Das TZ ist mindestens 6 Stunden pro Tag und mindestens 5 Tage pro Woche geöffnet.

5.1. ZIELGRUPPE

Das TZ nimmt Patienten beiderlei Geschlechts auf, die mindestens 14 Jahre alt sind und einen BMI von 14 oder mehr haben. Die Dauer des teilstationären Therapieprogramms beträgt ca. 4/6 Monate und ist nach einem mehrphasigen Therapiemodell gegliedert, das eine erste intensive Behandlungsphase (1/2 Monate), eine zweite Stabilisierungsphase (ca. 3-4 Monate) und eine Abschlussphase des Programms, die die Rückkehr des Patienten in sein tägliches Leben beinhaltet, vorsieht.

Im TZ werden folgende Patienten behandelt:

- Postakute Patienten, die aus einem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern und/oder speziellen Einrichtungen kommen;
- Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung allein nicht ausreichend wirksam war, die aber gleichzeitig keine psychoklinische Situation aufweisen, die eine stationäre Aufnahme erfordert.

5.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUM TAGESZENTRUM

- Eine Essstörung als Primärdiagnose auch mit bestehender psychopathologischer Komorbidität;
- BMI gleich oder größer als 14 und mit ausreichender psycho-physischer Stabilität;
- Keine Selbstmordgedanken und selbstverletzendes Verhalten;
- Keine Substanzabhängigkeiten;
- Persönliche Motivation;
- Teilnahme der Familienmitglieder an den ihnen zugeteilten therapeutischen Projekten, zwingend erforderlich für Patienten bis 17 Jahre.

5.3. ZIELE

- Gewichtsrückgewinnung und Gewichtsstabilisierung;
- Beseitigung von Kompensationsverhalten;
- Autonomisierung des Essverhaltens in Bezug auf die Wahl der Nahrungsmengen/-qualität und die Einhaltung einer konstanten Mindestanzahl von Mahlzeiten pro Tag;
- Beseitigung der Dysmorphophobie durch die Verstärkung der Körperwahrnehmung;
- Erhöhtes Selbstwertgefühl, erhöhte Selbstsicherheit und Umsetzung von Problemlösungsfähigkeiten;

- Aufbau und Stärkung von sozialen Fähigkeiten;
- Unterstützung und Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess.

Der Schwerpunkt der teilstationären Behandlung richtet sich daher auf:

- Intensiveres Herangehen an spezifische Schwierigkeiten bei der ambulanten Standardbehandlung (z. B. Unfähigkeit, die Gewichtszunahme zu bewältigen oder die Häufigkeit bulimischer Episoden zu reduzieren, selbst verursachtes Erbrechen und übermäßige sportliche Betätigung);
- Fortführung und Stabilisierung des stationären psychologischen und ernährungsmedizinischen Rehabilitationsprogramms als vorbereitende Behandlungsstufe für die normale ambulante Behandlung;
- Schaffung eines Übergangs zur Autonomie für die Person, sowohl im Umgang mit der eigenen Ernährung als auch in allen lebensbezogenen Fähigkeiten.

6. THERAPEUTISCH-REHABILITATIVE GEMEINSCHAFT

Die therapeutisch-rehabilitative Gemeinschaft ist 365 Tage im Jahr geöffnet und gewährleistet eine 24 Stunden Deckung der Betreuung.

6.1. ZIELGRUPPE

Die TRG nimmt Patienten beiderlei Geschlechts auf, die mindestens 16 Jahre alt sind und einen BMI von 15 oder mehr haben. Die Dauer des stationären Therapieprogramms beträgt ca. 4/8 Monate und ist nach einem mehrphasigen Therapiemodell gegliedert, das eine erste intensive Behandlungsphase (1/2 Monate), eine zweite Stabilisierungsphase (ca. 2 Monate) und eine Abschlussphase des Programms, die die Rückkehr des Patienten in sein tägliches Leben beinhaltet, vorsieht.

Folgende Personen haben Zugang zur TRG:

- Postakute Patienten, die aus einem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern und/oder speziellen Einrichtungen kommen;
- Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung allein nicht ausreichend wirksam war, die aber gleichzeitig keine psychoklinische Situation aufweisen, die eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erforderlich macht.
- Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen eine vorübergehende Entfernung aus dem familiären Umfeld als notwendig erachtet wird, um den therapeutischen Prozess zu erleichtern und die Prozesse der Autonomie zu ermöglichen.

6.2. ZUGANGSBEDINGUNGEN ZUR TRG

- Eine Essstörung als Primärdiagnose auch bei bestehender psychopathologischer Komorbidität;
- BMI gleich oder größer als 15 und mit ausreichend psycho-physischer Stabilität;
- Keine Selbstmordgedanken und selbstverletzendes Verhalten;
- Keine Substanzabhängigkeiten;
- Persönliche Motivation;
- Teilnahme der Familienmitglieder an den ihnen zugeteilten therapeutischen Projekten, zwingend erforderlich für Patienten bis 17 Jahre.

6.3. ZIELE

- Gewichtsrückgewinnung und Gewichtsstabilisierung;
- Beseitigung von Kompensationsverhalten;
- Autonomisierung des Essverhaltens in Bezug auf die Wahl der Nahrungsmengen/-qualität und die Einhaltung einer konstanten Mindestanzahl von Mahlzeiten pro Tag;
- Beseitigung der Dysmorphophobie durch die Verstärkung der Körperwahrnehmung;
- Erhöhtes Selbstwertgefühl, erhöhte Selbstsicherheit und Umsetzung von Problemlösungsfähigkeiten;
- Aufbau und Stärkung von sozialen Fähigkeiten;
- Unterstützung und Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess.
- Unterstützung bei der Umsetzung der zukünftigen persönlichen Orientierung (Studium, Beruf, Familie, etc.).

7. THERAPIEPLAN

7.1. INDIVIDUALISIERTES THERAPEUTISCHES REHABILITATIONSPROJEKT (I.T.R.P.)

Das ITRP ist ein im multidisziplinären Team festgelegtes und mit dem Patienten vereinbartes Arbeitsinstrument, aus dem Folgendes deutlich hervorgeht:

- Entsendender Dienst/vorheriger Betreuungspfad (ambulant, Krankenhausaufenthalt, etc.);
- Ausgangssituation des Patienten zum Zeitpunkt des Zugangs zur TRG oder TZ, mit Angabe der erforderlichen Betreuungsintensität (Intensiv- oder zur Stabilisierung) sowie Klärung der persönlichen Mittel des Patienten und möglicher kritischer Umstände;
- Festlegung des Betreuungspfades;
- allgemeine Ziele;
- spezifische Ziele;
- ungefähre Schätzung der Dauer des Pfades;
- Festlegung des *case managers*;
- Unterzeichnung des Therapievertrages mit dem Patienten bzw. bei einem minderjährigen Patienten mit dem Patienten selbst und seinen Eltern/gesetzlichen Vertretern.

Die Behandlungspläne werden durch **multimodale** und **mehrphasige** Maßnahmen umgesetzt.

7.2. MULTIMODALE VORGEHENSWEISE

Die therapeutisch-rehabilitative Vorgehensweise bedient sich der folgenden Maßnahmen, die vom Team in integrierter Weise durchgeführt werden:

PSYCHOTHERAPIE

Die psychotherapeutischen Bezugsmodelle beziehen sich hauptsächlich auf den Bereich der kognitiven, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und systemisch-beziehungsorientierten Therapie.

Die **Einzelgespräche** zielen darauf ab, dem Patienten zu helfen, die intrapsychische und familiäre Dynamik des durch das Symptom ausgedrückten Unbehagens zu erkunden und Unterstützung bei der Suche nach Veränderung anzubieten. Die Gespräche zielen darauf ab, das Identitätssystem in Bezug auf die eigene Person und das Selbstwahrnehmungssystem in Bezug auf das eigene

Körperbild wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Es ist auch wichtig, an dem Kontext zu arbeiten, dem der Patient angehört (Familie, Schule, Arbeit, Freundschaftsnetzwerke usw.).

Die **Gruppentherapie** bildet die Grundlage des gesamten therapeutischen Prozesses, da sie einen bedeutenden sozialen Wert hat und die Verfolgung der Regeln des Teilens und der Gegenseitigkeit ermöglicht, nämlich:

- Gruppenteilnehmer als Experten für ihren eigenen Zustand;
- Gemeinsamer Kampf gegen die Krankheit;
- Gegenseitiger Respekt für Werte;
- Offenheit und Vertrauen ineinander;
- Gegenseitige Hilfe und Unterstützung;
- Verstärkung der inneren und zwischenmenschlichen Werte;
- Von anderen lernen;
- Umsetzung von sozialen Fähigkeiten.

Die **Familientherapie**, die möglichst allen Patienten angeboten wird, ist bei minderjährigen Patienten obligatorisch und ermöglicht die Einbeziehung der Familie in den Therapiepfad.

Der Pfad für die Eltern ist in psycho-pädagogische und unterstützende Sitzungen mit einer festgelegten Regelmäßigkeit gegliedert, wobei die Rolle der Emotionen im Familienleben, die Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation, die Vertiefung der Kenntnisse über Essstörungen, die Beziehung zum Körper und zum eigenen Körperbild, die Förderung der Elternschaft und die Analyse der Bedürfnisse der eigenen Kinder im Mittelpunkt stehen.

Es ist notwendig, die Beteiligung, Information und Eigenverantwortung der Familie am Behandlungsplan und die Einbeziehung von Personen, die eine wichtige Beziehung zum Patienten haben, zu gewährleisten und gleichzeitig die Betreuungskontinuität in der heiklen Phase nach der Entlassung zu erhalten.

Die Maßnahmen werden folgendermaßen umgesetzt:

- Familientherapiesitzungen, die darauf abzielen, die Dynamik und den Beziehungs- und Kommunikationsstil innerhalb der Familie in Bezug auf die Krankheit der Kinder zu unterstützen und zu verändern;
- Thematische und psycho-pädagogische Gruppen nur für Eltern;
- Eingriffe zu Hause.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Sie wird mit dem Ziel vorgeschlagen und durchgeführt, die Person bei der Suche nach ihrer eigenen Ernährungsautonomie zu unterstützen.

Durch die Einzelgespräche, die Gruppentreffen mit dem Ernährungstherapeuten und die betreuten Mahlzeiten lernt jeder Patient, seine Ernährung selbst zu planen und dabei sowohl die Menge, die Qualität und die Möglichkeit der Auswahl der einzelnen Mahlzeiten zu bewerten als auch die Art und Weise zu verbessern, wie er im Allgemeinen damit umgeht (Zeitaufwand, Häufigkeit der Mahlzeiten, Organisation des Raums, Beseitigung von externen Ablenkungen oder Stressquellen). Dies ermöglicht dem Patienten, seine Ängste zu konfrontieren und neu zu besprechen und sich schrittweise phobischen Situationen und Nahrungsmitteln auszusetzen, in einem schützenden Kontext, der ihm die Schwierigkeiten bewusst macht und es ihm ermöglicht, sich für seinen eigenen Behandlungsverlauf verantwortlich zu fühlen.

Haupttätigkeiten der Ernährungstherapie:

- individuelle Beratungen mit dem Bezugs-Ernährungstherapeut;
- psychoedukative Gruppen und Gewöhnung an Lebensmittel;

- Zubereitung von Mahlzeiten;
- Betreute Mahlzeiten: Der eigentliche Zweck der Betreuten Mahlzeiten ist nicht die Kontrolle oder Überwachung der Kalorien im Essen, sondern die emotionale Unterstützung in den schwierigsten Momenten der Rehabilitation der Gäste.

DIÄTOLOGIE

Diätologische Visiten/Diätbewertungen zur Überwachung der Gewichtsentwicklung und aller anderen physiologischen Werte werden für jeden Patienten wöchentlich oder zweimal pro Woche angesetzt.

PSYCHIATRISCHE BERATUNG

Psychiatrische Beratung zur sorgfältigen Beurteilung eventueller psycho-emotionaler Ungleichgewichte und entsprechender Vorschlag für eine pharmakologische Behandlung, die bei Bedarf eingeleitet werden kann.

KUNSTTHERAPIE

Das Ziel ist es, den künstlerischen Weg, basierend auf der nonverbalen Sprache, zu nutzen, um der Person eine weitere Möglichkeit zu bieten, ihre innere und emotionale Welt zu erforschen, auszudrücken und zu widerspiegeln. Jedes Treffen beinhaltet die Entwicklung eines Themas durch den Einsatz verschiedener künstlerischer Techniken und ausgewählter Materialien, die den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden; es gibt also einen anfänglichen Input, der vom Therapeuten vorgeschlagen wird, dem ein praktischer Teil der Bearbeitung eines grafischen Produkts folgt und ein zweiter Teil mit einem verbalen Austausch über die Arbeit und Erfahrung.

Körper- und Bewegungstherapie

In den USA als Dance/Movement Therapy (DMT) definiert, stellt sie die psychotherapeutische Anwendung von Bewegung und Tanz zur Unterstützung der intellektuellen, emotionalen und motorischen Funktionen des Körpers dar.

Handlungen, Geschmeidigkeit und Bewegung werden genauso interpretiert wie die Sprache. Durch diese Darstellung wird der Therapeut die Bewegung nutzen, um den Teilnehmern zu helfen, die richtige emotionale, kognitive, physische und soziale Einbindung zu erreichen.

Zu den allgemeinen Vorteilen gehören auch Stressabbau und eine positive Kontrolle der Stimmung.

7.3. MEHRPHASIGE VORGEHENSWEISE

Je nach den allgemeinen psychophysischen Bedingungen und nach der Gesamtbeurteilung durch das multidisziplinäre Team kann der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung an verschiedenen Anfangsphasen des Pfads teilnehmen, unabhängig davon, ob er für das TRG oder TZ geplant ist.

INTENSIVE PHASE

Die Intensivphase dauert im Durchschnitt ein/zwei Monate. Sie ist den Patienten gewidmet, die infolge früherer Behandlungen einer anderen Versorgungsstufe z.B. Krankenhausaufenthalt, ambulante Behandlung usw., noch nicht eine Situation ausreichender klinischer Ausgeglichenheit sowohl der biometrischen Parameter (BMI, Blutwerte usw.) als auch des psychologischen und emotionalen Bereichs erreicht haben.

Dabei handelt es sich um Fälle, in denen es noch wünschenswert ist, das Gewicht so zu steigern, um die Werte des Normalgewichts (BMI > 18,5) zu erreichen, z.B. bei Patienten, die von Magersucht betroffen sind, oder wie bei Bulimia nervosa das Kompensationsverhalten des Erbrechens noch sehr präsent ist, oder wie anders bei Binge-Eatern das zwanghafte Essverhalten noch durchaus vorhanden ist. Bei all diesen Patienten sind die Wahrnehmungsfähigkeiten oft noch verschwommen und die dysmorphophobischen Züge sind noch sehr stark ausgeprägt.

Die Fähigkeit, mit Gefühlen umzugehen, ist noch nicht gefestigt und es gibt oft zwischenmenschliche und innere Schwierigkeiten, sowohl auf mikrosozialer Ebene (Familie) als auch auf der Makroebene (Freundschaften, Studien-/Arbeitskontext etc.).

Grundlegend für die Einhaltung des Therapieplans ist, dass der Patient, auch durch die Bewertungsarbeit mit dem Team, das Erreichen wünschenswerter Ziele der Veränderung und Heilung als Priorität festgelegt hat. Das bedeutet, dass sie während dieser Zeit von ihren täglichen Verpflichtungen, sei es Studium oder Arbeit, freigestellt werden, um allen vom Programm vorgeschlagenen Tätigkeiten nachgehen zu können (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation, Familientherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie...), sie widmen sich dem Einkaufen und der Zubereitung der Mahlzeiten zusammen mit Ernährungstherapeuten, die ihnen auch bei den Mahlzeiten zur Seite stehen.

In dieser Phase werden die Familien (vor allem, wenn die Patienten minderjährig sind) einbezogen: Treffen mit den Bezugstherapeuten finden häufiger statt als in den folgenden Phasen, die Teilnahme an Gruppensitzungen und Psychoedukation ist vorgesehen, die sowohl auf eine umfassendere Kenntnis der Rahmenbedingungen der Erkrankung des Angehörigen abzielt, als auch auf die Organisation/Gestaltung der Mahlzeiten zu Hause, in den Gelegenheiten, in denen ihnen ein Heimbefuch erlaubt wird (z. B. Probewochenenden usw.). Wenn die oben genannten Ziele erreicht sind, können die Patienten in die Stabilisierungsphase übergehen.

STABILISIERUNGSPHASE

Die Stabilisierungsphase dauert im Durchschnitt drei bis sechs Monate. Sie dient der Vertiefung der Ergebnisse, die in der Intensivphase oder in therapeutischen Kursen im Zusammenhang mit einer anderen Pflegestufe, z. B. während eines Krankenhausaufenthalts, erzielt wurden.

In dieser Phase kann der Patient zu seinen täglichen Lebensverpflichtungen (Studium/Arbeit) zurückkehren, wobei die Anwesenheit im Tageszentrum zu den Mahlzeiten und einigen der Nachmittagstätigkeiten beibehalten wird. Nach und nach wird auch die Häufigkeit der betreuten Mahlzeiten reduziert und der Patient wird motiviert und unterstützt, sich selbst um seine Ernährung zu kümmern. Die Patienten werden auf ihrem Weg zur Autonomie unterstützt, um nicht in alte krankhafte Muster zurückzufallen.

Auch in dieser Phase wird es wichtig sein, den Familien der jungen Patienten Unterstützung und Hilfe zu widmen, um Therapieerfolge und eine erneute Harmonisierung der Familiendynamik zu ermöglichen.

REHABILITATIONSPHASE

Die Rehabilitationsphase ist von unterschiedlicher Dauer, abhängig vom individuellen Krankheitsbild des Patienten.

In dieser Phase werden den Patienten immer seltener Psychotherapie und Ernährungstherapie angeboten.

Wenn nötig, wird die Arbeit mit den Familien fortgesetzt, wobei gegebenenfalls gezielte Eingriffe zu Hause vorgenommen werden.

In der Endphase wird der Patient ermutigt, mehr und mehr Mahlzeiten außerhalb der Einrichtung einzunehmen, und die Behandlung sollte sich allmählich zu einer normalen ambulanten Therapie entwickeln.

ANLAGE C1

FINANZIERUNG DER VON AKKREDITIERTEN PRIVATEN EINRICHTUNGEN ERBRACHTEN STATIONÄREN UND TEILSTATIONÄREN TÄTIGKEIT ZUGUNSTEN VON PERSONEN MIT ESSSTÖRUNGEN

1. PERSONALPARAMETER

Im Rahmen der **extensiven therapeutisch-rehabilitativen Betreuung** von Menschen mit Essstörungen werden für die Aufnahme von maximal 12 teilstationären Stellen und 8 stationären Betten folgende Mindestpersonalparameter festgelegt:

Tabelle 1 - Personalparameter

Anmerkung	Berufsbild	FTE (Full time equivalent)	Personal SABES
	Psychiater (Arzt) / Neuropsychiater	0,30	**
	Arzt für innere Medizin / Ernährungsmediziner	0,50	**
*	Pflegefachkraft, davon ein Pflegekoordinator	5,00	
	Psychologe / Psychotherapeut	1,50	
	Klinischer Koordinator	0,50	
	Ernährungsberater	2,00	**
*	Techniker für die psychiatrische Rehabilitation	5,00	
	Ergotherapeut	0,50	
	Sozialassistent	0,16	**

** Die Betreuung der Pflegekräfte wird für 24 Stunden gewährleistet. Der Nachtbetrieb wird durch die Anwesenheit eines Krankenpflegers und die Bereitschaft des Technikers für die psychiatrische Rehabilitation gewährleistet. In dringenden Fällen ist die telefonische Rufbereitschaft der in den Krankenstationen angestellten Ärzte gewährleistet.*

*** direkt vom Sanitätsbetrieb der privaten akkreditierten Einrichtung zur Verfügung gestelltes Personal*

Falls erforderlich, können Beratungen mit Fachärzten (der folgenden Fachrichtungen z.B. Innere Medizin, Endokrinologie, Gynäkologie, etc.) eingeleitet werden.

Der in Tabelle 1 aufgeführte Personalbedarf wurde in Abstimmung mit den klinischen Vertretern des Betriebes unter Berücksichtigung der organisatorischen und betrieblichen Aspekte einer Einrichtung, die gleichzeitig Behandlungen für teilstationäre und stationäre Patienten anbietet, unter Beachtung der

maximalen Kapazitätsanforderungen und der Mindestöffnungstage/-zeiten der Dienste festgelegt. Es handelt sich um einen Standard, mit einerseits dem Ziel, die in den beiden Betreuungssystemen eingesetzten Ressourcen zu optimieren, und andererseits Synergien mit positiven Auswirkungen auf den therapeutisch-rehabilitativen Ansatz, der den betreuten Patienten angeboten wird, zu schaffen.

Diese Personalregelung ist daher nicht auf solche Kontexte anwendbar, in denen es nötig ist, die eine oder andere Tätigkeit einzeln zu akkreditieren und vertraglich zu regeln; diese Notwendigkeit wird Gegenstand einer spezifischen Analyse und Berücksichtigung vonseiten der Landesverwaltung sein, wenn dies aus der Analyse der in Südtirol auftretenden Bedürfnisse hervorgehen sollte.

2. FINANZIERUNGSKRITERIEN

Vergütungstarife

Für die Finanzierung der oben genannten erbrachten Tätigkeit vonseiten privater akkreditierter und vertragsgebundener Einrichtungen (von nun an „private vertragsgebundene Einrichtungen“) welche eine (teil-)stationäre Tätigkeit an Patienten mit Essstörungen erbringen, werden folgende Tarife angewandt:

Tabelle 2 - Vergütungstarife

Tätigkeit	Betreuungs- system	A) Allumfassender Tagestarif *	B) Zusätzlicher Tagestarif *
a) Tageszentrum für Ess- störungen	Teilstationär	Euro 195.- (hundertfünfundneunzig/00)	Euro 2.50- (zwei/50)
b1) Gemeinschaft für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 244.- (zweihundertvierundvierzig/00)	Euro 2.50- (zwei/50)
b2) Leistungen bei therapeutischer Abwesenheit von der Gemeinschaft für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Euro 183.- (hundertdreiundachtzig/00)	Euro 2.50- (zwei/50)

**Die Beträge sind ohne Mehrwertsteuer*

Die in Tabelle 2 aufgeführten Tagestarife stellen die maximale Vergütung pro Tag des Aufenthaltes/des täglichen Zugangs des übernommenen Patienten zu einer der vertragsgebundenen Tätigkeiten dar, unabhängig davon, ob es sich um einen teilstationären oder stationären Aufenthalt handelt.

Die Tarife entsprechen der durch die institutionelle Akkreditierung festgelegten Maximalkapazität, den Öffnungstagen und einer geschätzten durchschnittlichen Auslastung von 90 %.

A) Tägliche Vergütungstarife der Tätigkeit

Der Höchstbetrag des allumfassenden Tagestarifs gemäß Tabelle 2, Spalte A) ergibt sich aus der Bewertung der Produktionsfaktoren, zu Standardkosten, verstanden als monetäre Betriebskosten, die für die Bereitstellung der Tätigkeit verwendet werden, wie unten aufgeführt:

- a) Personalkosten im Sozial- und Gesundheitsbereich, die der Tätigkeit direkt zuzuschreiben sind, entsprechend der in Absatz 1 "Personalparameter" genannten Mindestanwendung. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die allumfassenden Tagesvergütungen der privaten vertragsgebundenen Einrichtung nicht die Kosten für die direkt vom Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellten sozial-gesundheitliche Berufsbilder beinhalten;
- b) Sonstige spezifische Kosten im Zusammenhang mit den Produktionsfaktoren, die der Tätigkeit direkt zugeordnet werden können;
- c) Gemeinsame allgemeine Kosten, die der Tätigkeit nach einem Zuordnungskriterium zugeordnet werden.

Anmerkung: Für die Bestimmung der "spezifischen" und "allgemeinen" Betriebskosten, für das Kriterium für die Zuweisung der allgemeinen Kosten sowie für eine vorläufige Aufstellung der zulässigen Kosten wird auf den Beschluss der L.R. Nr. 1153 vom 17.12.2019 in geltender Fassung, Anhang A, Teil 3, Absatz 3.2 und 3.3 verwiesen.

Vergütungsregeln

Tätigkeit im Tageszentrum

Für jede akkreditierte Stelle im Tageszentrum wird vom Sanitätsbetrieb der Tarif gemäß Tabelle A, Spalte A), Buchstabe a) anerkannt. Für die Anerkennung des vorgenannten Tarifs wird ein täglicher Zugang von mindestens 3 Stunden als gültig angesehen. Jedenfalls fördert der Sanitätsbetrieb die Aufnahme mehrerer Patienten mit unterschiedlichen Zugangsmodalitäten an einer akkreditierten Stelle, um eine optimale Nutzung der eingesetzten Ressourcen sowie das Erreichen einer angemessenen Auslastung der teilstationären Einrichtung zu gewährleisten.

Stationäre therapeutisch- rehabilitative Behandlung

Der Sanitätsbetrieb erkennt für jede tatsächliche Anwesenheit des Patienten in der stationären Einrichtung den in Tabelle 2, Spalte A) Buchstabe b1) festgelegten Tagestarif an.

Für jeden Tag der vorübergehenden Abwesenheit des betreuten Patienten in der stationären Einrichtung, die ausschließlich auf therapeutische Gründe zurückzuführen ist (Krankenhauseinweisungen, Aufenthalte zu therapeutischen Zwecken oder sonstige Abwesenheit wegen einer Psychopathologie), erkennt der Sanitätsbetrieb den in derselben Tabelle, Spalte A), Buchstabe b2) bestimmten Tagestarif an. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, in der Vertragsvereinbarung mit der privaten Einrichtung die Bedingungen für die Anerkennung des Tarifs für therapeutische Abwesenheiten zu regeln.

Allgemeine Regeln für teilstationäre und stationäre Behandlungen

Die Leistungen, die den Tätigkeiten unter den Buchstaben a), b1) und b2) entsprechen, sind als alternativ zueinander zu betrachten. Sie können daher nicht gleichzeitig an einem Tag für denselben Benutzer vergütet werden.

B) Zusätzlicher Tagestarif für die Vergütung von Investitionen

Der Höchstbetrag des zusätzlichen Tagestarifs gemäß Tabelle 2, Spalte B) ergibt sich aus der Bewertung der Abschreibungskosten zu Standardkosten des Geschäftsjahres für die Anschaffung von Investitionen, die in der Anlaufphase eines Projekts eines Gemeinschafts- bzw. Tageszentrums eine besondere wirtschaftliche Bedeutung haben, sowie innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Abschluss der Vertragsvereinbarung, spätestens jedoch innerhalb eines Jahres nach dieser Vereinbarung, vorgenommen und abgerechnet werden. Beispiele hierfür sind Investitionen in Einrichtungsgegenstände, Büroausstattung oder andere Geräte, die für therapeutische Tätigkeiten verwendet werden. Art und Ausmaß der Investitionen werden vom Sanitätsbetrieb nach einem Organisationsstandard für die zu erbringende Tätigkeit bewertet. Kosten im Zusammenhang mit dem Erwerb und der Instandhaltung neuer Investitionen, die zusätzlich zu den Kosten in der Anlaufphase anfallen, sind von der Finanzierung ausgeschlossen.

Kriterien für die Vergütung

Die Inanspruchnahme der Finanzierung durch den zusätzlichen Tagestarif muss, da optional, mit der akkreditierten privaten Einrichtung bei der Festlegung der Vertragsvereinbarung geregelt werden.

Der zusätzliche Tagestarif gemäß Tabelle 2, Spalte B), wird anerkannt, wenn dem Sanitätsbetrieb ein Kostenvoranschlag für die im vorstehenden Absatz genannten Investitionen sowie die entsprechenden Belege zur Rechtfertigung der Ausgaben vorgelegt werden, die sich innerhalb der Grenzen der einzelnen Punkte des vom Sanitätsbetrieb genehmigten Kostenvoranschlags belaufen müssen. Dieser prüft die Angemessenheit der dort angegebenen Güter in Bezug auf ihre unmittelbare Relevanz für die von diesem Beschluss geregelte Tätigkeit.

Der zusätzliche Tagestarif wird bis zur nächsten Überprüfung des Beschlusses, die vor Ablauf des neunten Jahres erfolgen muss, anerkannt.

In Übereinstimmung mit der geltenden Gesetzgebung über Investitionsbeiträge und in Übereinstimmung mit dem Kriterium, das die Kumulierung von öffentlichen Beiträgen und Finanzierungen, die durch Staats-, Regional- oder Landesgesetze vorgesehen sind, auf Ausgaben desselben Gegenstands verbietet, schließt die Anerkennung der Vergütung dieses zusätzlichen Tagestarifs eine Beantragung einer öffentlichen Finanzierung der privaten vertragsgebundenen Einrichtung aus. Darüber hinaus bringt die Finanzierung die notwendige Zuordnung der Investitionen zur Tätigkeit mit sich, wobei die private Einrichtung verpflichtet ist, sie für die Dauer des Abschreibungsplans an die spezifische Tätigkeit zu binden.

Die auf diese Weise erworbenen und finanzierten Güter dürfen weder veräußert werden, noch dürfen öffentliche Zuschüsse oder Steuervorteile in Anspruch genommen werden. Im Falle der Beendigung der Vereinbarung mit dem SB oder einer Veräußerung oder eines Beitrags oder einer steuerlichen Vergünstigung im Zusammenhang mit den oben genannten Investitionen wird der zusätzliche Tagestarif

vorbehaltlich der Rückforderung der bereits finanzierten Beträge im Rahmen des Erlöses aus der Veräußerung, des Beitrags oder der sonstigen Vergünstigung geändert. Weitere Investitionen bestimmen keine Veränderung des Tarifs.

Angesichts des außergewöhnlichen Charakters dieser Finanzierung behält sich die Landesverwaltung das Recht vor, ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und nach Vorliegen der endgültigen Daten den Betrag des zusätzlichen Tagestarifs zu aktualisieren, um die Übereinstimmung der veranschlagten Kosten mit dem Standard zu überprüfen.

Regeln für die Vergütung

Der zusätzliche Tagestarif wird für jeden Aufenthalts-/Zugangstag, der gemäß dem vorstehenden Abschnitt "A) Tägliche Vergütungstarife der Tätigkeit" erhoben wird, anerkannt.

C) Tarife für die Vergütung der Patientenmobilität

Bei der Abrechnung von Leistungen für Patienten mit Wohnsitz in anderen Regionen Italiens werden die in Tabelle 2, Spalte A) angegebenen Tarife, erhöht um 33 %, angewandt (der sich ergebende Betrag wird auf die nächste Euro-Einheit aufgerundet). Dieser Prozentsatz, der zusätzlich zu den für private Vereinbarungen geltenden Tarifen gilt, vergütet die Kosten der Produktionsfaktoren, die vom Sanitätsbetrieb direkt für die Erbringung der Tätigkeit eingesetzt werden (Kosten für soziales und gesundheitliches Personal, andere spezifische und Allgemeinkosten).

3. AUSGABENHÖCHSTGRENZE

Die private Einrichtung legt ein vorgelegtes Jahresbudget für die Produktion von stationären und teilstationären Tätigkeiten vor. Auf der Grundlage des Produktionsplans der Leistungen, berechnet nach dem Pflegebedarf, legt der Sanitätsbetrieb eine jährliche Ausgabenhöchstgrenze fest.

Tabelle 3 - Ausgabenhöchstgrenze

Tätigkeit	Betreuungssystem	Berechnungskriterium
a) Tageszentrum für Essstörungen	Teilstationär	Anzahl Tage Aufenthalt x allumfassender Tarif Tabelle 2, Spalte A)
b1) Gemeinschaft für die therapeutisch-rehabilitative Behandlung von Essstörungen	Stationär	Anzahl Tage Aufenthalt x allumfassender Tarif Tabelle 2, Spalte A)
c) Investitionen	Stationär und Teilstationär	Anzahl Tage Aufenthalt x Zusatztarif Tabelle 2, Spalte B)
GESAMTAUSGABENHÖCHSTGRENZE FÜR STATIONÄRE UND TEILSTATIONÄRE TÄTIGKEITEN *		

** Ausgabenhöchstgrenze abzüglich der rechtlich geltenden Mehrwertsteuer*

Die Vergütung der Abwesenheiten aus therapeutischen Gründen erfolgt gemäß Tätigkeit b2) (Absatz 2) innerhalb der veranschlagten Gesamtausgabenhöchstgrenze.

Die Endfinanzierung der tatsächlich von der Einrichtung getragenen Betriebskosten liegt immer innerhalb der Obergrenze der zuvor berechneten Ausgabenhöchstgrenze.

Die Finanzierung der Betriebskosten erfolgt abzüglich eventueller Erträge von anderen öffentlichen Stellen für die finanzierte Tätigkeit gemäß gegenständlicher Anlage.

Eventuell erhaltene Erträge von andern öffentlichen Institutionen, die teilweise oder vollständig die Investitionskosten, die gemäß der Vorschriften in Absatz 2, Buchstabe B) der Finanzierung zugewiesen werden, bringen die notwendige Überarbeitung der nach demselben Absatz gewährten endgültigen Finanzierung mit sich.

4. ÜBERWACHUNG DER TÄTIGKEIT

Für jeden übernommenen Patienten, der in der stationären und teilstationären Einrichtung betreut wird, erhebt der Sanitätsbetrieb in Absprache mit den Fachkräften folgende geplante und tatsächliche Daten:

- Dauer des therapeutisch-rehabilitativen Projekts (Datum der Aufnahme und Entlassung);
- für die teilstationäre Tätigkeit: Tage pro Woche und Stunden pro Tag der Anwesenheit des Patienten;
- für die stationäre Tätigkeit: Tage mit therapeutischer Abwesenheit und Tage mit unentschuldigter Abwesenheit.

5. MODALITÄTEN DER FINANZIERUNG

In Bezug auf die Methoden und Fristen der Bezahlung legt der Sanitätsbetrieb mit den privaten Einrichtungen die geeignetsten Methoden und Zeitabstände fest. Das jährliche Ergebnis im Verhältnis zur Nettofinanzierung der Tätigkeiten wird im folgenden Jahr ausgezahlt, nachdem ein endgültiger Abschlussbericht vorgelegt und vom Sanitätsbetrieb genehmigt wurde.

Die Kündigung der Vertragsvereinbarung oder die Aussetzung/Einstellung/Unterbrechung der Tätigkeit, aus welchem Grund auch immer, hat die sofortige Beendigung der Finanzierung der Tätigkeit und der Investitionen zur Folge.

6. DOKUMENTATION UND KONTROLLE

Die private Einrichtung stellt dem Sanitätsbetrieb einen jährlichen Abschlussbericht zur Verfügung:

- Endgültiger Tätigkeitsbericht
- Offizieller Haushalt der Einrichtung
- Produktionsvolumen für jede Tätigkeit
- Vom Gesundheitspersonal geleistete Stunden
- Stunden für die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal
- Auflistung der öffentlichen Beiträge und Einnahmen, die im Bezugsjahr erhalten wurden, mit Angabe des Gegenstandes der Finanzierung und der finanzierenden Stelle

- Alle anderen Unterlagen, die der Sanitätsbetrieb und die Landesverwaltung für die Kontrolle und Überprüfung für notwendig erachten.

Falls die Investitionen mit dem zusätzlichen Tagestarif finanziert werden (*Tabelle 2*, Spalte B) und zwar nur für das erste Jahr der Vertragsvereinbarung, muss die vertragsgebundene private Einrichtung dem Sanitätsbetrieb das Inventar und alle Belege des tatsächlichen Investitionskosten vorlegen.

ANLAGE C2

AKTUALISIERUNG DES BLR NR. 1153/2019 – ZULÄSSIGE UND NICHT ZULÄSSIGE KOSTEN

Nachfolgend werden die aktualisierten Aufstellungen der zulässigen und nicht zulässigen Kostenkategorien aufgeführt, die jene ersetzen, die durch den Beschluss der L.R. Nr. 1153/2019, Teil 3, Abschnitte 3.4 und 3.5 genehmigt wurden:

3.4 Spezifische und allgemeine zulässige Betriebskosten

Die folgenden Kostenkategorien sind als "spezifisch" oder "allgemein" zu betrachten, je nach ihrer Klassifizierung, welche im Beschluss des G.P. Nr. 1153 vom 17.12.2019 in geltender Fassung, Anlage A, Teil 3, Absatz 3.2 und 3.3 definiert ist.

a) Betriebskosten für den Ankauf von Gütern

- Putzmaterial, Büro-/Verbrauchsmaterial...
- Fix- und Mobiltelefon
- Software und Hardware
- Andere Ausgaben

b) Betriebskosten für den Ankauf von Dienstleistungen

- Nebenkosten (Heizung, Energie, Wasser, ...)
- Reinigungsservice
- Gebühren und Abonnements für Telefon (Festnetz und Mobiltelefon), Internet, etc.
- Buchhaltung, Rechts- und Arbeitsberatung
- Ordentliche Wartung von Telefonie (Festnetz und mobil), Hardware und Software der unter Punkt a) berechneten Geräte, Versicherung und Brandschutz
- Andere Ausgaben

c) Nutzung von Gütern Dritter

- Miete und Betriebskosten
- Andere Ausgaben

d) Verwaltungskosten

- Verwaltungstätigkeiten und Verwaltungspersonal
- Führungskräfte
- Weitere Kosten

3.5 Nicht zulässige spezifische und allgemeine Kosten

Nicht zulässig und deshalb auch nicht finanzierbar sind:

- Anschaffungskosten und Abschreibungen im Zusammenhang mit Investitionsgütern für einen Einheitsbetrag von mehr als 516,46 €;
- Ordentliche Instandhaltung;
- Kosten für Garagen und Stellplätze;
- Finanzaufwendungen (Passivzinsen usw.)
- Verwaltungsstrafen;
- Außerordentliche Kosten, Risiken, Passivschwund;
- Repräsentationskosten (Essen, Geschenke);
- Angebote, Geschenke im Allgemeinen, Spenden, Mitgliedsbeiträge
- Material für Ausstattungen, Dekorationen, Blumen, fotografische Dienste und Ähnliches;
- In Abzug gebrachte MwSt.;
- Ertragsteuern;
- Verlust der Vorjahre;
- Mittag- und Abendessen für ehrenamtliches Personal;
- Kosten für nicht-gesundheitliches, bedienstetes Personal, die jene aus den Gehaltstabellen des Bereichsübergreifenden Kollektivvertrages für Landesangestellte in der entsprechenden Funktionsebene übersteigen;
- Honorar-, Reise-, Unterkunft- und Verpflegungskosten, welche die Außendienstvergütung gemäß bereichsübergreifendem Kollektivvertrag vom 09.04.2008 übersteigen.
- Kosten, die der Sanitätsbetrieb nach einer Bewertung der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit der Tätigkeit von der Finanzierung ausschließt.

ANLAGE D

KRITERIEN DER KOSTENBETEILIGUNG UND DER PATIENTENMOBILITÄT

1. KOSTENBETEILIGUNG

Bei der halbstationären und stationären Tätigkeit zugunsten von Personen mit psychiatrischen Störungen ist keine Selbstbeteiligung des Nutzers vorgesehen.

2. MIT PATIENTENMOBILITÄT ERBRACHTE LEISTUNGEN

Die Deckung der Kosten für Leistungen, die für Patienten mit Wohnsitz in anderen italienischen Regionen erbracht werden, erfolgt durch direkte Verrechnung an den Sanitätsbetrieb des Wohnortes des Patienten. Bei Leistungen für ausländische Staatsbürger erfolgt die Abrechnung über die Datenflüsse der internationalen Mobilität oder die direkte Verrechnung an den Patienten.

ALLEGATO A

LA RETE DEI SERVIZI PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN PROVINCIA DI BOLZANO

INDICE

- 1 PREMESSA
- 2 EPIDEMIOLOGIA E CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DISTURBI
 DELL'ALIMENTAZIONE
- 3 EPIDEMIOLOGIA IN PROVINCIA DI BOLZANO
- 4 LA RETE DEI SERVIZI PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
 ALIMENTARE
- 5 LA RETE DEI SERVIZI PER LA CURA DEI DCA IN PROVINCIA DI BOLZANO
- 6 CONCLUSIONI
- 7 FLUSSI INFORMATIVI

1 PREMESSA

I disturbi dell'alimentazione sono uno dei problemi di salute più comuni che affliggono gli adolescenti e i giovani adulti nei Paesi occidentali. Pur essendo primariamente dei disturbi psichiatrici, essi producono spesso complicanze fisiche, secondarie alla malnutrizione e/o ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso e la forma del corpo. Per tali motivi, essi rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani e sono gravati da un rischio significativo di mortalità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, considerata la loro diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e della loro eziologia multifattoriale complessa.

I disturbi dell'alimentazione colpiscono soprattutto adolescenti e giovani adulti, prevalentemente di sesso femminile. La loro incidenza è aumentata notevolmente nel corso degli ultimi trent'anni; un aumento apparente, secondo alcuni studi, in quanto imputabile per lo più ad una migliore conoscenza dei disturbi e quindi ad un numero maggiore di diagnosi corrette.

Al fine di promuovere approfondimenti sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare, sulle loro caratteristiche, sugli aspetti preventivi, sulla razionalizzazione dei percorsi diagnostici, clinici e assistenziali, il Ministero della Salute ha inserito questa problematica in un più ampio programma denominato **“Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari”**. A partire dal 2007 è stato sviluppato per la prima volta un programma che si proponeva di affrontare in modo articolato il problema complesso dei DCA, attraverso l'identificazione di due linee di azioni: una centrata su una campagna di prevenzione nazionale e l'altra volta al miglioramento della assistenza in termini di appropriatezza ed efficacia. Questi progetti, promossi dal Ministero attraverso il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), hanno contribuito a fornire dati ed evidenziare carenze da colmare.

A distanza di alcuni anni, al fine di aggiornare e definire meglio alcuni aspetti delle conoscenze maturate, è stata proposta e realizzata una **Conferenza di consenso**¹, che ha elaborato un documento, in cui sono contenute raccomandazioni per una gestione appropriata dei DCA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche sulle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale.

Successivamente e in continuità con le succitate iniziative del Ministero della Salute, viene pubblicato il **Quaderno del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013**² su **“L'Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione”**, una sintesi delle conoscenze attuali sui disturbi dell'alimentazione per gli operatori del settore, ma anche per i pazienti e i loro familiari.

Il **22 giugno 2017 la Conferenza permanente**³ per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il documento **“Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione”** su appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione”, pubblicate nel Quaderno del Ministero della salute n. 29/2017.

Al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità nell'ambito della tutela della salute mentale, il **Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)**⁴, approvato dalla **Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013**, affronta la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale.

¹ Conferenza di consenso **“Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti”** - Istituto Superiore di Sanità Roma, 24-25 ottobre 2012”, Rapporti ISTISAN 13/6

² Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013 **“Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione”**

³ Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017 **“Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione”**

⁴ **Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)**, Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013

Il 17 ottobre 2013 è quindi approvato in Conferenza Unificata il documento⁵, “**Le strutture residenziali psichiatriche**”, che fornisce indirizzi omogenei al fine di promuovere una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socioriabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Alle persone con DCA è assicurata, ai sensi del DPCM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” l’assistenza ospedaliera, articolata nel ricovero ordinario per acuti e nella riabilitazione e lungodegenza post acuzie e l’assistenza distrettuale, erogata in strutture sanitarie operanti sul territorio. In particolare, nel DPCM all’art.33 “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali” sono disciplinati i requisiti per l’erogazione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e socioriabilitativi.

Per il triage, la valutazione ed il trattamento in pronto soccorso delle persone con DCA si fa riferimento alle **specifiche raccomandazioni** del Ministero della Salute⁶ “**Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione - Percorso Lilla in Pronto Soccorso**”, **revisione 2020**.

Tali documenti costituiscono riferimenti e indirizzi importanti e forniscono utili elementi per un’adeguata programmazione sanitaria nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, che garantisca alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare e ai loro familiari un’assistenza qualificata e quanto più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale e provinciale.

2 EPIDEMIOLOGIA E CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE

I disturbi dell’alimentazione – anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) e disturbi dell’alimentazione non altrimenti specificati – sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze in tutti i Paesi occidentali.

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza dello 0,9% per l’anoressia nervosa, dell’1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED. L’incidenza dell’anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno.

Negli studi condotti su popolazioni è stato stimato che i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED. Nell’anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, l’età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre nel BED è distribuita in un ampio intervallo (dall’infanzia alla terza età).

È stato recentemente segnalato un aumento dei casi a esordio precoce. Questo aumento è in parte spiegato dall’abbassamento dell’età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere legato a un’anticipazione dell’età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione come internet.

Un esordio più precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione.

Le persone con anoressia nervosa, in particolare, hanno una mortalità tra le 5 e le 10 volte maggiore di quella delle persone sane della stessa età e sesso.

3 EPIDEMIOLOGIA IN PROVINCIA DI BOLZANO

Nel 2019 in Provincia di Bolzano⁷ sono stati presi in carico 530 persone con disturbi dell’alimentazione, di cui 196 nuovi casi. Il 93% è di sesso femminile.

La distribuzione per classe di età evidenzia che il 31% dei casi (165) appartiene alla classe di età tra 9-18 anni, 39 casi in più dell’anno precedente e, 138 casi (26%) appartengono alla classe di età tra 19-25 anni (36 in più rispetto al 2018).

La diagnosi più frequente è l’anoressia nervosa con un 35% del totale dei casi.

⁵ “Le strutture residenziali psichiatriche”, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013, Ministero della Salute

⁶ “Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione - Percorso Lilla in Pronto Soccorso”, revisione 2020

⁷ Fonte: Azienda sanitaria dell’Alto Adige

Nel 2019 negli ospedali pubblici della Provincia di Bolzano si sono registrati 188 ricoveri per disturbi da alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, BED o disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati), il 52% dei quali effettuati in regime diurno. La degenza media ordinaria è stata di 23 giorni e il numero medio di accessi in day hospital pari a 11 accessi/anno. L'83% delle persone ricoverate è di sesso femminile, il 38% appartiene alla classe 0-19 anni e il 37,7% ha oltre 40 anni.

Il numero di ricoveri nella struttura residenziale/semiresidenziale di Bad Bachgart di persone affette da disturbi psicosomatici ammonta a 374, il 41% è residente nel comprensorio sanitario di Bolzano, il 32 % nel comprensorio sanitario di Merano. Il 52% dei ricoveri è di sesso maschile e il 64% ha più di 40 anni. Nel 2019 si sono registrati anche 11 invii presso la struttura di neuropsichiatria infantile ad Hall in Tirol.

4 LA RETE DEI SERVIZI PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione si basa su due principi generali:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato
- la molteplicità dei contesti di cura e dei setting assistenziali.

L'assistenza sanitaria erogata alle persone con disturbi dell'alimentazione è erogata infatti da **molteplici figure professionali**, che operano tra loro in **forma integrata**, quali psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri.

La numerosità delle professioni coinvolte e la complessità del coordinamento fanno sì che la predisposizione di **un programma terapeutico**, quale risultato di un processo condiviso tra tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi di cura, diventi un elemento imprescindibile a garanzia dell'erogazione di un'assistenza sanitaria al cittadino nel rispetto di alti livelli di qualità, dei criteri di appropriatezza e degli standard di sicurezza.

L'organizzazione della rete dei servizi per la cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ha l'obiettivo di assicurare:

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

Il trattamento dei DCA presuppone una rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza in grado di garantire un percorso di cura appropriato. Secondo le Linee Guida internazionale (NICE⁸ e APA⁹) i livelli di cura devono garantire tutti un approccio multidimensionale e multiprofessionale e consentire una continuità delle cure nel passaggio da un livello assistenziale ad un altro.

La scelta del livello assistenziale è definita da precisi criteri clinici e psichiatrici e viene accompagnata da un intenso lavoro di motivazione al trattamento, laddove spesso non esiste né motivazione al trattamento né consapevolezza di malattia.

Ad ogni livello di trattamento è necessario che sia garantito un approccio alla famiglia adeguato considerando le famiglie sempre una risorsa importante e indispensabile nel percorso del paziente.

Nella cura dei disturbi dell'alimentazione si evidenziano cinque livelli d'intervento:

1. medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. terapia ambulatoriale specialistica (ospedaliera e non);
3. terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);

⁸ NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);

⁹ Eating Disorders APA Guidelines (2006)

4. riabilitazione residenziale (di carattere intensivo o estensivo) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative)
5. ricoveri per acuti ordinari e di emergenza e in Day Hospital.

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare richiede diverse modalità e diversi livelli di intensità. Anche se la maggior parte dei pazienti risponde ad un trattamento ambulatoriale, esiste una certa percentuale di pazienti, stimabile attorno al 30-40%, che non risponde alla terapia ambulatoriale e necessita di trattamenti più intensivi in regime di ricovero o in regime residenziale extra-ospedaliero. Tali trattamenti richiedono luoghi dedicati e un'alta specializzazione del personale.

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

Il ruolo del **medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta** è essenziale per la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce, la valutazione del rischio fisico e l'invio ai centri specialistici.

2. Terapia ambulatoriale specialistica (ospedaliera e non);

La **terapia ambulatoriale** deve essere considerata quella di elezione per le persone affette da disturbi dell'alimentazione. Nella ampia letteratura scientifica sul trattamento dei DCA è condivisa l'indicazione che la maggior parte dei casi affetti da DCA dovrebbe essere seguita a livello dei servizi ambulatoriali (psicoterapia individuale, della coppia familiare, della famiglia, trattamento dietetico, controlli medici, laboratori specifici, lavoro di gruppi dei genitori, interventi domiciliari, volontariato, associazionismo). L'accesso ambulatoriale ha il compito di prima accoglienza, consulenza, diagnosi, rinforzo della motivazione ed orientamento dei pazienti, nonché di filtro diagnostico e terapeutico per i successivi livelli terapeutici, di day hospital, di ricovero ordinario e residenziale.

È il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, in quanto non interrompe la vita del paziente e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita.

3. Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno (diagnostico/terapeutico/riabilitativo)

Il trattamento in **regime ambulatoriale intensivo di tipo terapeutico-riabilitativo (regime semiresidenziale/centri diurni)** è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard, hanno però una sufficiente motivazione al trattamento e al buon controllo sui comportamenti psicopatologici (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo).

In rari casi il trattamento è indicato come prima forma di cura. La terapia ambulatoriale intensiva è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

I trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in centri diurni o in regime semiresidenziale, finalizzati al rientro del paziente alla propria quotidianità, sono caratterizzati da una prima fase di trattamento più intensivo, seguito poi da interventi a minor intensità riabilitativa.

Esso costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione sia di contatto con il territorio (medico di medicina generale, servizi di salute mentale...) sia di filtro per i successivi livelli terapeutici, di day-hospital e di ricovero ordinario.

Il trattamento ambulatoriale intensivo dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard.

Rispetto al tradizionale trattamento in regime di day hospital la terapia ambulatoriale intensiva è meno costosa ed evita l'interruzione della relazione terapeutica, in quanto il paziente prosegue la cura con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale standard.

4. Riabilitazione residenziale (di carattere intensivo o estensivo) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative)

La **riabilitazione residenziale**, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (**carattere intensivo**), anche nella fase post-acuzie della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi.
- trattamenti terapeutico-riabilitativi a **carattere estensivo** rivolti a pazienti stabilizzati che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti della durata massima di 36 mesi sono prorogabili per ulteriori 12 mesi.
- trattamenti socioriabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa.

La **riabilitazione intensiva/estensiva residenziale ed extra-ospedaliera** va eseguita in un reparto/servizio specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione che sia in grado di fornire al paziente un programma che integri la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica.

Essa rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- il livello di gravità e comorbidità è elevato;
- l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è gravoso;
- gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno – per ragioni sia cliniche sia economiche – concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato;
- precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Il trattamento offerto deve essere di tipo integrato tra le varie discipline mediche e si avranno quindi interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare.

Il trattamento riabilitativo deve rispondere ai bisogni del singolo paziente, sulla base della valutazione diagnostica multidimensionale effettuata al momento dell'ammissione e della stesura del **progetto riabilitativo individuale**, comprensivo dell'intervento psicoterapeutico, della riabilitazione nutrizionale, della riabilitazione fisica e della gestione delle complicanze mediche/psichiatriche.

Dati di letteratura evidenziano che la mancanza di una corretta e tempestiva ri-presa in carico del paziente, in seguito al trattamento riabilitativo intensivo, da parte del centro ambulatoriale di riferimento, può essere motivo di ricadute e riammissioni ospedaliere.

È fondamentale e prioritario che il passaggio dalla terapia nell'unità di riabilitazione a quella nel centro ambulatoriale di riferimento venga pianificato e gestito in modo accurato, affinché il paziente possa avere il primo appuntamento entro massimo una settimana alla dimissione.

5. Ricoveri per acuti ordinari e di emergenza e in Day Hospital

Il **livello ospedaliero** (ricovero nelle unità operative di medicina e di psichiatria) viene considerato sia per i necessari controlli medico/specialistici, sia come ricovero salva vita.

In alcuni pazienti con disturbi dell'alimentazione si può rendere necessaria un'ospedalizzazione in condizioni di acuzie, sia per il rischio medico sia per quello psichiatrico.

Le attività erogate in regime di Day Hospital sono destinate a pazienti in situazioni di maggiore gravità che necessitano di interventi specialistici prevalentemente sanitari intensivi di breve periodo e per i quali sia possibile ed utile evitare il trattamento in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuo.

Il ricovero in regime ordinario in reparti internistici dovrebbe essere effettuato per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche (es. complicanze cardiovascolari, di disidratazione, emoconcentrazione, ipoglicemia sintomatica, disfunzione multiorgano).

Il ricovero in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) è motivato dalla presenza di gravi comorbidità psichiatriche: scompenso psicotico, eccitamento maniacale, grave depressione, suicidalità.

5 LA RETE DEI SERVIZI PER LA CURA DEI DCA IN PROVINCIA DI BOLZANO

La rete provinciale per la presa in carico delle persone con DCA si articola nelle seguenti componenti:

1. medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
2. servizi ambulatoriali specialistici per i DCA;
3. strutture semiresidenziali/centri diurni;
4. strutture residenziali/comunità terapeutiche;
5. strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta e strutture di riabilitazione e lungodegenza post acuzie, per la stabilizzazione fisica e la presa in carico nel setting più appropriato.

Di seguito è descritta l'organizzazione della rete assistenziale nei disturbi dell'alimentazione nella Provincia di Bolzano¹⁰, in attuazione delle Linee di indirizzo nazionali di cui all'accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 22 giugno 2017.

A garanzia di un'efficace ed uniforme offerta ed organizzazione dell'assistenza sul territorio a tutta la popolazione opera, presso l'unità operativa di pediatria dell'Ospedale di Bressanone, **il Centro di riferimento provinciale per i disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza**.

Il Centro svolge le seguenti funzioni:

- condivisione degli strumenti di valutazione diagnostica e definizione di strumenti comuni per la valutazione dell'esito;
- programmazione e coordinamento degli interventi di prevenzione attraverso rapporti con le scuole, con gli insegnanti e con i medici di medicina generale
- coordinamento con le strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva pubbliche e convenzionate presenti nel territorio per garantire la continuità della cura (a questo scopo sono utili protocolli che stabiliscano indicazioni e modalità di invio alle strutture di riabilitazione intensiva, nonché le modalità della dimissione da queste strutture e i contatti con il centro di riferimento per la continuazione del trattamento a livello ambulatoriale)
- definizione di protocolli di collaborazione per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con i reparti pediatrici ospedalieri e con i servizi di nutrizione clinica per promuovere la collaborazione multiprofessionale e l'integrazione dei trattamenti;
- collaborazione con le associazioni dei familiari per una corretta informazione sui disturbi dell'alimentazione, anche attraverso la diffusione di materiale informativo
- programmazione di interventi di formazione comuni per il personale;
- programmazione degli invii ai centri di alta specializzazione all'estero e nel resto del paese.

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

I medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta operanti sul territorio provinciale hanno il compito di individuare precocemente i problemi di disturbi alimentari presenti nella popolazione ed inviare i pazienti presso gli ambulatori specializzati operanti nei rispettivi territori di residenza, al fine di un inquadramento ed un'appropriata presa in carico.

Un'adeguata conoscenza delle caratteristiche diagnostiche e cliniche dei disturbi dell'alimentazione da parte degli operatori della sanità pubblica, in particolare dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, può consentire di migliorare il riconoscimento precoce dei casi e costituisce la base dei necessari programmi di prevenzione secondaria.

A tale scopo il Centro di riferimento provinciale per i disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza, presso l'unità operativa di pediatria dell'Ospedale di Bressanone, organizza periodicamente corsi di formazione.

2. Terapia ambulatoriale specialistica

L'assistenza ambulatoriale per bambini, adolescenti e adulti con disturbi del comportamento alimentare in Provincia di Bolzano è garantita dagli ambulatori specialistici attivi nei quattro comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico).

¹⁰ *Konzept zur Betreuung von Essstörungen, Markus Markart, Centro di coordinamento provinciale per i DCA per bambini e adolescenti, Bressanone, 22. Agosto 2011"*

Presso gli ambulatori specialistici sono operativi i team interdisciplinari costituiti da un team di base, responsabile del trattamento in senso stretto, e un team allargato, di supporto che fornisce servizi di consulenza.

Il team di base è costituito da:

- specialisti in scienze dell'alimentazione e dietetica nutrizionale
- psicologi
- terapisti della nutrizione
- pediatri specializzati in scienza dell'alimentazione
- psichiatri infantili e dell'età evolutiva
- psichiatri dell'adulto.

L'organizzazione degli ambulatori specialistici sul territorio provinciale è gestita in modo differente a seconda del Comprensorio sanitario di riferimento.

Può essere erogata da strutture pubbliche, come nel caso dell'ambulatorio specialistico di Bressanone, composto da personale dell'unità operativa di pediatria dell'Ospedale, del servizio di dietetica nutrizionale, dell'unità operativa di medicina interna e del servizio psicologico del Comprensorio sanitario di Bressanone.

Nei Comprensori di Bolzano, Merano e Brunico gli ambulatori specialistici sono gestiti in collaborazione tra il Servizio sanitario provinciale e strutture private convenzionate.

3. Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno-terapia semiresidenziale

Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo (trattamento semiresidenziale) per bambini e adolescenti viene attualmente erogato in regime di Day Hospital da team interdisciplinari delle u.o. di pediatria degli ospedali dei comprensori sanitari di Merano, Bressanone e Brunico.

Per gli adulti residenti nel comprensorio sanitario di Brunico l'assistenza sanitaria è garantita unicamente nel Day Hospital dell'unità operativa di psichiatria dell'ospedale di Brunico.

Attualmente non è coperto il fabbisogno di assistenza sanitaria di bambini e adolescenti con disturbi alimentari residenti nel comprensorio sanitario di Bolzano. Analogamente per gli adulti residenti nei comprensori di Bolzano, Merano e Bressanone.

4. Riabilitazione residenziale di carattere estensivo o intensivo

La riabilitazione residenziale a carattere estensivo a livello provinciale attualmente è in parte garantita dal Centro terapeutico Bad Bachgart, presidio pubblico del Comprensorio sanitario di Bressanone. Il Centro di Bad Bachgart ha come pertinenza la cura residenziale di tutte le persone con disturbi alimentari, disturbi d'ansia, disturbi ossessivi compulsivi, disturbi affettivi ed altri residenti in Provincia di Bolzano.

Sono attivati 6 posti letto per adolescenti e adulti con disturbi alimentari, a cui sono erogati trattamenti dei disturbi alimentari che mediamente durano tra le 8-10 settimane.

Il ricovero presso il Centro è possibile per pazienti con disturbi alimentari che abbiano compiuti almeno i 15 anni di età e con un valore del BMI di almeno 15.

Per la cura e l'assistenza di bambini e adolescenti con disturbi alimentari residenti sul territorio provinciale è attivo dal 2011 il **Centro di riferimento presso l'unità operativa di pediatria dell'Ospedale di Bressanone, a cui è affidato in particolare la presa in carico in regime residenziale** dei casi più complessi e più gravi di tutta la provincia.

Il Centro lavora in rete e in stretta collaborazione con gli ambulatori specialistici dei comprensori sanitari e con le unità operative di pediatria di tutti gli ospedali dell'Azienda sanitaria.

5. Ricoveri per acuti ordinari e di emergenza e in Day Hospital

L'assistenza ospedaliera in regime di urgenza e di ricovero ordinario a persone adulte con disturbi alimentari è garantita per i residenti nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano dall'unità operativa di psichiatria dell'ospedale di Bolzano, mentre per i residenti nei comprensori sanitari di Bressanone e Brunico dalle unità operative di psichiatria, rispettivamente, degli ospedali di Bressanone e Brunico.

Per il trattamento di problemi di natura internistica i trattamenti sono garantiti dalle unità operative di medicina interna e di pediatria.

Infine, l'assistenza ospedaliera ai bambini e agli adolescenti con disturbi alimentari in regime di ricovero ordinario è garantita anche dall'unità operativa di psichiatria in età evolutiva dell'Ospedale di Merano. Riguarda in particolare bambini e adolescenti affetti da disturbi psichiatrici, a rischio di suicidio, dipendenza e abuso di sostanze o con un pronunciato comportamento autolesionista.

6. Strutture residenziali altamente specializzate ubicate sul territorio nazionale o all'estero

Per i casi complessi, sia per bambini e adolescenti che per adulti, esiste la possibilità di rivolgersi a centri altamente specializzati operanti all'estero o nel resto del Paese.

Gli invii presso strutture specializzate ubicate sul territorio nazionale oppure all'estero sono gestiti in completa autonomia da parte di ogni team specialistico comprensoriale, sotto la supervisione e le indicazioni del Centro provinciale di riferimento per bambini ed adolescenti. Sono generalmente effettuati in considerazione di una mancata risposta sul territorio provinciale di alta specializzazione a fronte di lunghi tempi di attesa.

6 CONCLUSIONI

L'attuale offerta di servizi per la cura dei DCA in Provincia di Bolzano può considerarsi parzialmente sufficiente per quanto riguarda l'assistenza ambulatoriale a bambini ed adolescenti, così come per quella rivolta agli adulti.

Per le persone affette da DCA, siano esse bambini o adolescenti o persone adulte, la rete provinciale dei servizi, invece, è attualmente insufficiente per quanto riguarda la terapia ambulatoriale intensiva erogabile in centri diurni e l'assistenza riabilitativa residenziale a carattere estensivo.

Disporre sul territorio di strutture residenziali e semiresidenziali, nonché di centri diurni che svolgono un importante ruolo nell'ambito della continuità delle cure e della minimizzazione del rischio di cronicizzazione della malattia, costituisce per la Provincia di Bolzano una priorità da perseguire.

Il livello assistenziale di riabilitazione residenziale estensivo è attualmente garantito per gli adolescenti di età superiore ai 15 anni e adulti unicamente dal Centro terapeutico provinciale di Bad Bachgart.

Infine, in analogia al Centro di riferimento provinciale per i disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza, è auspicabile l'avvio di un Centro residenziale di riferimento provinciale per i disturbi alimentari in età adulta presso l'unità operativa di psichiatria di Bressanone, per i trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), anche nella fase post-acuzie, al fine di evitare il ricorso a ricoveri impropri di lunga durata presso le unità operative di psichiatria, o medicina interna, nonché i trasferimenti presso strutture altamente specializzate all'estero o nel resto del paese.

Infine, molto importante è investire in un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, considerato il loro fondamentale ruolo nell'individuare precocemente i problemi di disturbi alimentari nella popolazione, al fine di potere inviare i pazienti agli ambulatori specializzati e garantire un inquadramento veloce e un'appropriata presa in carico.

Sarà cura dell'Azienda sanitaria aggiornare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale dei disturbi alimentari (edizione 2011).

7 FLUSSI INFORMATIVI

Al fine di documentare correttamente l'attività e le prestazioni erogate nei differenti setting assistenziali e riuscire a contabilizzare e tariffare adeguatamente si precisa quanto segue.

La **SDERIA** (Scheda di dimissione da struttura extraospedaliera di riabilitazione) costituisce obbligo informativo per le strutture provinciali extraospedaliere, che erogano prestazioni di carattere riabilitativo a persone con disturbi del comportamento alimentare **in regime residenziale e semiresidenziale**.

Deve essere compilata la SDERIA anche nei casi in cui le medesime tipologie di prestazioni vengano erogate dalle u.o. di pediatria, medicina interna o psichiatria, ubicate presso gli ospedali pubblici provinciali.

Il documento "Linee guida per la scheda di dimissione da struttura extraospedaliera di riabilitazione" (scaricabile dal sito <http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/scheda-di-dimissione-riabilitativa-extraospedaliera-sderia.asp>) presenta le indicazioni sul contenuto informativo, sulle modalità di raccolta e trasmissione dati alla provincia.

La **SDO** (Scheda di dimissione ospedaliera) è la procedura informativa per tutti i **ricoveri per acuti in regime di day hospital o in regime ordinario** erogati dalle u.o. di pediatria, medicina interna o psichiatria a persone con disturbi del comportamento alimentare (<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/scheda-di-dimissione-ospedaliera-sdo-sis.asp>).

Nella tabella riportata di seguito è descritta la rete dei servizi per la cura dei DCA in Provincia di Bolzano al 2021.

	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA	
	Assistenza ambulatoriale		Assistenza semiresidenziale- Centri diurni riabilitativa a carattere estensivo		Assistenza residenziale riabilitativa a carattere estensivo		Assistenza residenziale riabilitativa a carattere intensivo		Assistenza ospedaliera (Ricoveri DH e ordinari e di emergenza)	
	Bambini e adolescenti	Adulti	Bambini e adolescenti	Adulti	Bambini e adolescenti	Adulti	Bambini e adolescenti	Adulti	Bambini e adolescenti	Adulti
CS Bolzano	Ambulatorio interdisciplinare		Centro diurno terapeutico riabilitativo provinciale**		Comunità terapeutica riabilitativa provinciale**				u.o. Pediatria	u.o. Psichiatria* u.o. Medicina interna
CS Merano	Ambulatorio interdisciplinare		Day Hospital u.o. Pediatria						u.o. Neuro-psichiatria infantile u.o. Pediatria	u.o. Medicina interna
CS Bressanone	Ambulatorio interdisciplinare		Day Hospital u.o. Pediatria		Centro terapeutico provinciale Bad Bachgart		Centro di riferimento provinciale u.o. Pediatria	Centro di riferimento provinciale u.o. Psichiatria***	u.o. Pediatria	u.o. Psichiatria u.o. Medicina interna
CS Brunico	Ambulatorio interdisciplinare		Day Hospital u.o. Pediatria	Day Hospital u.o. Psichiatria					u.o. Pediatria	u.o. Psichiatria u.o. Medicina interna

* L'u.o. di psichiatria dell'Ospedale di Bolzano ha in carico anche i residenti nel CS di Merano

** da attivare

*** in fase di programmazione

ALLEGATO B

CRITERI PER L'EROGAZIONE DA PARTE DI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

INDICE

1. PREMESSE
2. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ/TARGET
3. SEDE DELL'ATTIVITÀ
4. MODALITA' DI INVIO/ACCESSO
5. CENTRO DIURNO PER DCA
 - 5.1. DESTINATARI
 - 5.2. REQUISITI DI ACCESSO AL CD
 - 5.3. OBIETTIVI
6. COMUNITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA
 - 6.1. DESTINATARI
 - 6.2. REQUISITI DI ACCESSO ALLA CTR
 - 6.3. OBIETTIVI
7. PROGRAMMA TERAPEUTICO
 - 7.1. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.)
 - 7.2. L'APPROCCIO MULTIMODALE
 - 7.3. L'APPROCCIO MULTIFASICO

1. PREMESSA

Il presente documento descrive i criteri minimi per l'erogazione delle prestazioni semiresidenziali e residenziali a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare, disciplinando in particolare i requisiti per l'erogazione dei trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, di cui ai Livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 33, comma 2, lett. b), del DPCM 12 gennaio 2017.

I presenti criteri sono definiti nel rispetto delle linee guida nazionali ed internazionali di seguito elencate:

- NICE Guideline (May 2017 rev. 2009);
- Eating Disorders APA guidelines (2006),
- Guideline Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014);
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, Quaderni della Salute (ISSN 29/09/2017);
- Consensus Conference DCA negli adolescenti e nei giovani adulti (ISSN 2013)

Concetto cardine della presa in carico sociosanitaria è la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Fondamentale è, altresì, la creazione di percorsi di cura che permettano l'integrazione tra i diversi setting assistenziali (ospedaliero, residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale territoriale, domiciliare) nell'ottica di garantire la continuità assistenziale.

2. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ/TARGET

Nell'ambito del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare le prestazioni terapeutico riabilitative, offerte in regime residenziale e semiresidenziale, si pongono l'obiettivo principale di inserire il paziente in un contesto di vita che doni sicurezza e che fornisca un clima di accoglienza familiare, fattori che favoriscono il cambiamento e la guarigione nel medio e lungo termine.

Il percorso presso la Comunità terapeutico riabilitativa (di seguito CTR) e presso il Centro diurno (di seguito CD), infatti, conduce la persona attraverso le fasi riabilitative per giungere ad una progressiva autonomizzazione della persona nel proprio contesto di vita.

Fra gli obiettivi principali si pongono nella fattispecie:

- garanzia di un'assistenza salutogenetica propositiva basata sull'attenta valutazione dei fabbisogni del paziente;
- agevolazione dei processi decisionali da parte delle équipe rispetto ai percorsi terapeutici da intraprendere;
- riduzione al minimo del rischio di cronicizzazione;
- maggior coinvolgimento delle famiglie di provenienza soprattutto per i pazienti minorenni;
- continuità terapeutica con le proprie figure sociosanitarie di riferimento;
- presa in carico del paziente sotto il profilo dietologico e dietistico, internistico, emotivo e delle abilità sociali.

3. SEDE DELL'ATTIVITÀ

L'attività ha luogo in un contesto territoriale facilmente raggiungibile e vicino ai maggiori poli scolastici e ai servizi essenziali.

4. MODALITÀ DI INVIO/ACCESSO

L'indicazione all'invio proviene da soggetti e servizi pubblici quali, ad esempio, gli ambulatori specialistici territoriali, i MMG, i PLS ovvero altri medici specialisti. Che indirizzano previamente agli ambulatori specialistici territoriali per DCA operanti nei quattro comprensori sanitari.

L'invio al CD e alla CTR è operato da parte degli ambulatori specialistici territoriali per DCA (per gli

ambulatori integrati pubblico-privato, es. a Bolzano, l'invio deve essere effettuato da personale del servizio pubblico che opera al loro interno).

La valutazione all'ingresso al CD e alla CTR avviene a cura di un'equipe multidisciplinare che, previa acquisizione della documentazione necessaria a valutare le condizioni sanitarie del paziente, predisporre/redige il progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI).

5. CENTRO DIURNO PER DCA

L'unità CD è aperta minimo 6 ore al giorno, per un minimo di 5 giorni a settimana.

5.1. DESTINATARI

Il CD accoglie pazienti di entrambi i sessi, a partire dai 14 anni e con un BMI pari o superiore a 14. La durata del percorso terapeutico semiresidenziale è di circa 4/6 mesi ed articolato secondo un modello terapeutico multifasico, che prevede una prima fase intensiva di trattamento (1/2 mesi), una seconda fase di stabilizzazione (ca. 3-4 mesi), ed una fase conclusiva del programma che include il ritorno del paziente alla propria quotidianità.

Al CD vengono trattati:

- Pazienti in fase post acuta provenienti da un periodo di degenza presso ospedali e/o strutture dedicate;
- Pazienti per i quali il solo trattamento ambulatoriale non si sia dimostrato efficace, ma che al contempo non presentano una situazione psico-clinica tale da richiedere un ricovero ospedaliero.

5.2. REQUISITI DI ACCESSO AL CD

- Diagnosi primaria di DCA anche in presenza di comorbidità psicopatologica;
- BMI pari o superiore a 14 e con quadro di sufficiente stabilità psico-fisica;
- assenza di pensieri suicidari e comportamenti autolesivi;
- assenza di dipendenze da sostanze;
- motivazione personale;
- adesione da parte di familiari ai progetti terapeutici a loro dedicati, obbligatorio per pazienti fino a 18 anni (non compiuti).

5.3. OBIETTIVI

- recupero ponderale e stabilizzazione del peso;
- estinzione di comportamenti compensatori;
- autonomizzazione dei comportamenti alimentari, rispetto alla scelta di quantità/qualità nutrizionali e al mantenimento di una frequenza minima costante dei pasti giornalieri;
- estinzione della dimorfobia attraverso il rinforzo della propriocezione corporea;
- aumento dell'autostima, della self-efficacy, e implementazione di abilità di problem solving;
- costruzione e rinforzo delle abilità sociali;
- sostegno e coinvolgimento familiare all'interno del percorso terapeutico.

Il focus del trattamento semi-residenziale è quindi diretto a:

- Affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo);

- Proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psico-nutrizionale residenziale, come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale standard;
- Concretizzare un percorso di autonomia della persona sia nella gestione della propria alimentazione sia per quel che riguarda tutte le abilità *life oriented*.

6. COMUNITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA

L'unità CTR è aperta 365 giorni l'anno con copertura assistenziale sulle 24 ore.

6.1. DESTINATARI

La CTR è destinata ad ospitare pazienti ambosessi, a partire dai 16 anni e con un BMI pari o superiore a 15. La durata del percorso terapeutico residenziale è di circa 4/8 mesi ed articolato secondo un modello terapeutico multifasico, che prevede una prima fase intensiva di trattamento (1/2 mesi), una seconda fase di stabilizzazione (ca. 2 mesi), ed una fase conclusiva del programma che include il ritorno del paziente alla propria quotidianità.

Alla CTR possono accedere:

- Pazienti in fase post acuta provenienti da periodo di degenza presso ospedali e/o strutture dedicate;
- Pazienti per i quali il solo trattamento ambulatoriale non si sia dimostrato efficace, ma che al contempo non presentano una situazione psico-clinica tale da richiedere un ricovero ospedaliero;
- Adolescenti e giovani adulti, per i quali si valuti necessario un allontanamento temporaneo dall'ambiente familiare, al fine di agevolare il percorso terapeutico e per rendere possibile i processi di autonomizzazione.

6.2. REQUISITI DI ACCESSO ALLA CTR

- Diagnosi primaria di DCA anche in concomitanza di comorbidità psicopatologica;
- BMI pari o superiore a 15 e con quadro di discreta stabilità psico-fisica;
- Assenza di pensieri suicidari e comportamenti autolesivi;
- Assenza di dipendenze da sostanze;
- Motivazione personale;
- Adesione da parte di familiari ai progetti terapeutici a loro dedicati, obbligatorio per pazienti fino a 18 anni (non compiuti).

6.3. OBIETTIVI

- Recupero ponderale e stabilizzazione del peso;
- Estinzione di comportamenti compensatori;
- Autonomizzazione dei comportamenti alimentari, rispetto alla scelta di quantità/qualità nutrizionali e al mantenimento di una frequenza minima costante dei pasti giornalieri;
- Estinzione della dimorfofobia attraverso il rinforzo della propriocezione corporea;
- Aumento dell'autostima, della self-efficacy, e implementazione di abilità di problem solving;
- Costruzione e rinforzo delle abilità sociali;
- Sostegno e coinvolgimento familiare all'interno del percorso terapeutico;
- Sostegno nell'implementazione del futuro orientamento personale (studio, lavoro, famiglia, ecc.).

7. PROGRAMMA TERAPEUTICO

7.1.IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.T.R.I.)

Il PTRI è uno strumento operativo definito in seno all'equipe multidisciplinare e concordato con il paziente, dal quale si evincono in maniera chiara:

- servizio inviante/percorso di provenienza (ambulatoriale, degenza ospedaliera, ecc.);
- situazione iniziale del paziente in fase di accesso alla CTR o CD, con specificazione dell'intensità di cura necessaria (intensiva o di stabilizzazione), nonché esplicitazione delle risorse personali del paziente e delle possibili criticità;
- definizione del percorso di cura;
- obiettivi generali;
- obiettivi specifici;
- stima approssimativa della durata del percorso;
- individuazione *case manager*;
- firma del contratto terapeutico con il paziente o, in caso di paziente minorenne, con il paziente stesso ed i genitori/rappresentanti legali.

I programmi terapeutici vengono attuati tramite interventi di carattere **multimodale** e **multifase**.

7.2.L'APPROCCIO MULTIMODALE

L'approccio terapeutico riabilitativo si avvale dei seguenti interventi erogati dall'equipe in maniera integrata:

PSICOTERAPIA

I modelli psicoterapeutici di riferimento afferiscono principalmente alla sfera della terapia cognitiva, cognitivo comportamentale e sistemico-relazionale.

I **colloqui individuali** hanno lo scopo di aiutare il paziente ad esplorare le dinamiche intrapsichiche e familiari del disagio espresso dal sintomo e di offrire un sostegno alla ricerca del cambiamento. I colloqui sono mirati a riequilibrare il sistema identitario rispetto alla propria persona e il sistema auto percettivo rispetto alla propria immagine corporea. E' inoltre indispensabile lavorare sul contesto di appartenenza del paziente (famiglia, scuola, lavoro, reti amicali ecc.).

La **terapia di gruppo** fonda l'intero percorso terapeutico, data la sua significativa valenza sociale, e consente il perseguimento dei principi di condivisione e mutualità, ovvero:

- I partecipanti ai gruppi come esperti della propria condizione;
- Lotta condivisa alla malattia;
- Rispetto reciproco dei valori;
- Apertura e fiducia nell'altro;
- Aiuto e sostegno reciproco;
- Rinforzo dei valori intra- ed interpersonali;
- Imparare dagli altri;
- Implementazione delle abilità sociali.

La **terapia della famiglia**, offerta possibilmente a tutti i pazienti, e obbligatoriamente per pazienti minorenni, consente il coinvolgimento della famiglia all'interno del percorso terapeutico.

Il percorso per i genitori è strutturato in sedute psico-educative e di supporto a frequenza definita, focalizzate sul ruolo delle emozioni nella vita familiare, il miglioramento della comunicazione interpersonale, la conoscenza approfondita dei DCA, il legame col corpo e con la propria immagine corporea, la promozione della genitorialità e l'analisi dei bisogni dei propri figli.

È necessario garantire la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente, mantenendo, al tempo stesso, la continuità assistenziale nella delicata fase di post-dimissione dalla struttura.

Gli interventi si sviluppano attraverso:

- sedute di terapia familiare volte al sostegno e modificazione delle dinamiche e degli stili relazionali e comunicativi interni al nucleo relativamente alla malattia dei figli;
- gruppi tematici e psico-educazionali rivolti ai soli genitori;
- interventi domiciliari.

TERAPIA NUTRIZIONALE

È proposta e realizzata con l'obiettivo di sostenere la persona nella ricerca della propria autonomia nutrizionale.

Attraverso i colloqui individuali, gli incontri di gruppo con il/la dietista e i pasti assistiti, ogni paziente apprende come pianificare il proprio percorso alimentare, imparando sia a valutare quantità, qualità e opportunità delle scelte effettuate per ogni pasto, sia a migliorare il modo di rapportarsi in generale ad esso (tempo dedicato, frequenza dei pasti, organizzazione degli spazi, eliminazione di distrazioni esterne o fonti di stress). Questo consente al paziente di affrontare e ridiscutere i propri timori e di esporsi gradualmente a situazioni e cibi fobici, in un contesto protettivo che lo renda consapevole delle difficoltà incontrate e gli consenta di sentirsi responsabile nel proprio percorso di cura.

Principali attività della terapia nutrizionale:

- consulenze individuali con il dietista di riferimento;
- gruppi psico-educazionali e di familiarizzazione col cibo;
- preparazione dei pasti;
- pasti assistiti: il vero scopo dell'assistenza al pasto non è il controllo o il monitoraggio calorico del piatto, bensì quello di offrire sostegno emotivo durante i momenti più difficili della riabilitazione degli ospiti.

DIETOLOGIA

Visite dietologiche/valutazioni dietetiche, atte al monitoraggio dell'andamento del peso e di tutti gli altri parametri fisiologici, saranno programmate settimanalmente o bisettimanalmente per ogni paziente.

CONSULENZA PSICHIATRICA

La consulenza psichiatrica atta ad una attenta valutazione di eventuali scompensi psico- emotivi e conseguente proposta di trattamento farmacologico, da attivarsi al bisogno.

ARTETERAPIA

Ha l'obiettivo di utilizzare il canale artistico, basato sul linguaggio non verbale, per offrire alla persona un'ulteriore possibilità di esplorare, esprimere e riflettere sul proprio mondo interiore ed emotivo. Ogni incontro prevede lo sviluppo di una tematica mediante l'utilizzo di tecniche artistiche diverse e di materiali selezionati messi a disposizione dei partecipanti; vi è dunque un input iniziale, proposto dal terapeuta, al quale segue una parte pratica di elaborazione di un prodotto grafico e una seconda parte di condivisione verbale del lavoro e dell'esperienza fatta.

Terapia corporea e del movimento

Definita come terapia del ballo o del movimento (Dance/movement Therapy, DMT), negli Stati Uniti, rappresenta l'uso psicoterapeutico del movimento e della danza al fine di supportare le funzioni intellettuali, emotive e motorie del corpo.

Le azioni, la fluidità, ed il movimento sono interpretate al pari del linguaggio. Attraverso questa esposizione, il terapeuta utilizzerà il movimento, per aiutare i partecipanti a raggiungere una corretta integrazione emotiva, cognitiva, fisica e sociale.

I benefici generali inoltre comportano una riduzione dello stress e una positiva gestione dell'umore.

7.3. L'APPROCCIO MULTIFASICO

A seconda delle condizioni psicofisiche generali e a seguito della valutazione complessiva da parte dell'equipe multidisciplinare, il paziente può prendere parte a differenti fasi iniziali del percorso al momento dell'ingresso in struttura, sia esso previsto per la CTR sia per il CD.

LA FASE INTENSIVA

La fase intensiva dura mediamente uno/due mesi. È dedicata ai pazienti che a seguito di pregressi percorsi appartenenti a qualsiasi altro livello di cura, ad es. ricovero ordinario, trattamento ambulatoriale ecc., non hanno ancora raggiunto una situazione di compensazione clinica sufficiente sia dei parametri biometrici (BMI, valori ematici ecc.), sia della sfera psicologica ed emotiva.

Si tratta nella fattispecie, dei casi in cui sia ancora auspicabile un incremento ponderale tale da raggiungere i parametri del normopeso (BMI > 18,5) p. es. per le pazienti affette da anoressia, o come nel caso delle bulimie nervose, sia ancora molto presente il comportamento compensatorio del vomito, o come ancora diversamente per i binge eater siano ancora piuttosto presenti comportamenti di alimentazione compulsiva. In tutti questi pazienti sono sovente ancora sfumate le abilità propriocettive ed ancora molto forti i tratti dismorfofobici.

Non è ancora consolidata l'abilità di gestione delle emozioni e spesso permangono difficoltà intra- ed interpersonali sia a livello microsociale (familiare) sia a livello macro (amicizie, contesti di studio/lavoro ecc).

Fondamentale per l'adesione al programma terapeutico è che il paziente abbia stabilito, anche attraverso il lavoro di assessment con l'equipe, il raggiungimento di *obiettivi desiderabili di cambiamento* e guarigione come prioritari. Questo significa che in questo periodo si allontanerà dai propri impegni quotidiani siano essi di studio o di lavoro, per poter seguire tutte le attività proposte dal programma (psicoterapia individuale e di gruppo, psicoeducazione, terapia familiare, arteterapia, terapia del movimento, terapia nutrizionale...), si dedicherà alla spesa e alla preparazione dei pasti insieme ad un dietista, che li assiste anche durante i pasti.

In questa fase, le famiglie (soprattutto se i pazienti sono minorenni) vengono coinvolte: gli incontri con i terapeuti di riferimento avvengono con più frequenza rispetto alle fasi successive, è prevista la partecipazione ad incontri di gruppo ed alla psicoeducazione, mirata sia ad una conoscenza più completa del quadro inerente al disturbo del proprio congiunto, sia all'organizzazione/gestione dei pasti a casa, nei momenti di permesso di rientro a casa (es. fine settimana di prova, ecc.).

Al raggiungimento degli obiettivi sopra elencati i pazienti possono passare alla fase di stabilizzazione.

FASE DI STABILIZZAZIONE

La fase di stabilizzazione dura mediamente tre/sei mesi. È destinata al consolidamento dei risultati raggiunti attraverso la fase intensiva o in percorsi terapeutici afferenti ad un differente livello di cura, ad es. durante il ricovero ospedaliero.

In questa fase il paziente può tornare ai propri impegni di vita quotidiani (studio/lavoro), mantenendo la frequenza del centro diurno per i pasti ed alcune delle attività pomeridiane. Gradualmente anche la frequenza dei pasti assistiti viene ridotta ed il paziente viene motivato ed aiutato ad occuparsi autonomamente della propria alimentazione.

I pazienti vengono sostenuti nel loro percorso verso l'autonomia a non ricadere nei vecchi schemi disfunzionali.

Anche in questa fase sarà importante dedicare supporto ed assistenza alle famiglie dei giovani pazienti, per facilitare il successo terapeutico ed una rinnovata armonizzazione delle dinamiche familiari.

FASE RIABILITATIVA

La fase riabilitativa ha una durata variabile, a seconda del quadro clinico individuale del paziente.

In questa fase vengono proposti ai pazienti colloqui di psicoterapia e di terapia nutrizionale in forma sempre meno frequente.

Dove necessario, il lavoro con le famiglie continua potendo avvalorarsi anche di interventi mirati a domicilio.

Nelle fasi finali del percorso, il paziente viene incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura e il trattamento dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard.

ALLEGATO C1

FINANZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN REGIME SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE EROGATA DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE CONVENZIONATE A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1. PARAMETRI DEL PERSONALE

Nell'ambito del **trattamento terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo**, erogato a favore di persone affette da disturbi del comportamento alimentare (DCA), si individuano, per una struttura dotata di massimo 12 posti semiresidenziali e 8 posti letto residenziali, i seguenti parametri minimi del personale:

Tabella 1 - Parametri del personale

Nota	Figura professionale	FTE (Full time equivalent)	Personale ASDAA
	Medico psichiatra / Neuropsichiatra	0,30	**
	Medico internista / dietologo	0,50	**
*	Infermiere, di cui un coordinatore infermieristico	5,00	
	Psicologo/psicoterapeuta	1,50	
	Coordinatore clinico	0,50	
	Dietista	2,00	**
*	TERP	5,00	
	Terapista occupazionale	0,50	
	Assistente sociale	0,16	**

** Il personale infermieristico offre assistenza sulle 24 h. Il ciclo notturno è garantito tramite la presenza di un infermiere e la reperibilità della figura del TERP.
In caso di urgenza si garantisce la reperibilità telefonica delle figure mediche appartenenti ai reparti ospedalieri.*

*** Personale direttamente fornito dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige alla struttura privata accreditata convenzionata*

All'occorrenza possono essere attivate richieste di consulenza a medici specialistici (ad es. appartenenti all'area della medicina interna, endocrinologia, ginecologia, ecc.).

Il fabbisogno di personale di cui alla *Tabella 1* è stato definito, d'accordo con i referenti clinici aziendali, tenendo conto degli aspetti organizzativi e di funzionamento di una struttura che offre al contempo

trattamenti per pazienti semiresidenziali e residenziali, nel rispetto dei requisiti di capienza massima e delle giornate/ore di apertura minime dei servizi. Esso costituisce uno standard che esprime da un lato la volontà di ottimizzare le risorse impiegate nei due regimi assistenziali, dall'altro di creare sinergie con risvolti positivi anche sull'approccio terapeutico-riabilitativo offerto ai pazienti in carico.

Il presente assetto del personale non è, pertanto, applicabile a contesti in cui vi è la necessità di accreditare e convenzionare singolarmente l'una o l'altra attività; tale necessità sarà oggetto di specifica analisi e presa in carico da parte dell'amministrazione provinciale, solo qualora ciò derivi dall'analisi del fabbisogno emergente in Provincia Autonoma di Bolzano.

2. CRITERI DI FINANZIAMENTO

Tariffe di remunerazione

Per il finanziamento delle strutture private accreditate e convenzionate (di seguito "privato convenzionato") eroganti l'attività (semi)residenziale per DCA, si applicano le seguenti tipologie tariffarie:

Tabella 2 - Tariffe di remunerazione

Attività	Regime assistenziale	A) Tariffa giornaliera omnicomprensiva *	B) Tariffa giornaliera integrativa *
a) Centro diurno per DCA	Semiresidenziale	Euro 195.- (centonovantacinque/00)	Euro 2.50. - (due/50)
b1) Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 244.- (duecentoquarantaquattro/00)	Euro 2.50 - (due/50)
b2) Prestazioni in caso di assenza terapeutica dalla Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	Euro 183.- (centottantatre/00)	Euro 2.50 - (due/50)

** Gli importi s'intendono Iva esclusa.*

Le tariffe giornaliere di cui alla *Tabella 2* costituiscono la remunerazione massima per giornata di degenza/accesso giornaliero del paziente in carico ad una delle attività convenzionate, semiresidenziale o residenziale.

Gli importi tariffari sono commisurati alla capienza massima definita dall'accreditamento istituzionale, alle giornate di apertura del servizio nonché ad una occupazione media stimata del 90%.

A) Tariffe giornaliere di remunerazione dell'attività

L'ammontare massimo della tariffa giornaliera omnicomprensiva di cui alla *Tabella 2*, colonna A) scaturisce dalla valorizzazione a costo standard dei fattori produttivi, intesi come costi monetari di esercizio, impiegati per l'erogazione dell'attività, come di seguito enucleato:

- a) Costi del personale sociosanitario direttamente imputabili all'attività, secondo l'impiego minimo di cui al paragrafo 1 "Parametri del personale". A tal proposito, si specifica che le tariffe giornaliere omnicomprensive di remunerazione del privato convenzionato non comprendono i costi delle figure professionali sociosanitarie fornite direttamente dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige;
- b) Altri costi specifici relativi ai fattori produttivi direttamente imputabili all'attività;
- c) Costi generali comuni, attribuiti all'attività secondo un criterio di ripartizione.

Nota: Per la definizione di costi di esercizio "specifici" e "comuni", per il criterio di ripartizione dei costi comuni, nonché per l'elenco indicativo dei costi riconoscibili, si rimanda alla deliberazione della G.P. n. 1153 dd. 17/12/2019 e ss.mm.ii., Allegato A, Parte 3, Paragrafo 3.2 e 3.3..

Regole di remunerazione

Attività presso il Centro diurno

Per ciascun posto accreditato presso il Centro diurno, l'Azienda sanitaria riconosce la tariffa di cui alla *Tabella A*, colonna A), lettera a). Si considera valido, ai sensi del riconoscimento della tariffa menzionata, un accesso giornaliero di minimo 3 ore. In ogni caso, l'Azienda sanitaria favorisce l'invio, su un posto accreditato, di più pazienti aventi modalità di accesso differenti, così da garantire un utilizzo ottimale delle risorse impiegate nonché il raggiungimento di un adeguato tasso d'occupazione della struttura semiresidenziale.

Trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale

L'Azienda sanitaria riconosce, per ciascuna effettiva presenza del paziente nella struttura residenziale, la tariffa giornaliera definita alla *Tabella 2*, colonna A) lettera b1).

Per ogni giornata di assenza temporanea del paziente in carico presso la struttura residenziale, dovuta esclusivamente a motivi terapeutici (ricoveri ospedalieri, soggiorni utili a scopo terapeutico o altra assenza dovuta alla psicopatologia), l'Azienda sanitaria riconosce la tariffa giornaliera di cui alla medesima tabella, colonna A), lettera b2). L'Azienda sanitaria è tenuta a disciplinare nell'accordo contrattuale con il privato convenzionato i presupposti per il riconoscimento della tariffa per assenze terapeutiche.

Regole comuni ai trattamenti semiresidenziale e residenziale

Le prestazioni corrispondenti alle attività di cui alle lettere a), b1) e b2) sono da considerarsi alternative tra loro. La loro remunerazione non può pertanto avvenire in maniera cumulativa nell'arco della medesima giornata, per un medesimo utente.

B) Tariffa giornaliera integrativa di remunerazione degli investimenti

L'ammontare massimo della tariffa giornaliera integrativa di cui alla Tabella 2, colonna B) scaturisce dalla valorizzazione, a costo standard, dei costi di ammortamento di competenza dell'esercizio relativi ad investimenti, che assumono una particolare rilevanza economica in fase di avvio di una progettualità di Comunità e Centro diurno, nonché effettuati e rendicontati entro e non oltre un termine ragionevole dalla stipula dell'accordo contrattuale, ma in ogni caso non oltre un anno dalla stessa. Si citano, a titolo di esempio, investimenti in arredo, apparecchiature e attrezzature d'ufficio o altra attrezzatura finalizzata all'attività terapeutica. La tipologia e l'entità degli investimenti viene valutata dall'Azienda sanitaria secondo uno standard organizzativo per l'esercizio dell'attività da erogare. È escluso dal finanziamento ogni costo relativo all'acquisizione e manutenzione di nuovi beni d'investimento ovvero ulteriori rispetto a quelli sostenuti in fase di avvio.

Criteri di remunerazione

Il ricorso al finanziamento tramite la tariffa integrativa, in quanto di carattere opzionale, deve essere concordato, in fase di stipula dell'accordo contrattuale, con la struttura privata accreditata.

La tariffa integrativa, di cui alla Tabella 2, colonna B), è riconosciuta previa presentazione all'Azienda sanitaria di un preventivo di spesa relativo agli investimenti di cui al paragrafo precedente, nonché della relativa documentazione giustificativa della spesa che dovrà essere nei limiti di ciascuna voce del preventivo approvato dall'Azienda sanitaria. Quest'ultima verifica l'attinenza e l'appropriatezza dei beni ivi indicati, in relazione ad una diretta attinenza all'attività oggetto della presente deliberazione.

La tariffa integrativa viene riconosciuta fino al momento della prossima revisione della delibera che dovrà avvenire prima del termine del nono anno.

Nel rispetto della vigente normativa in materia di contributi all'investimento e conformemente al criterio del divieto di cumulo di contributi/agevolazione fiscali e finanziamenti pubblici previsti da leggi statali, regionali o provinciali, su spese di pari oggetto, il riconoscimento della tariffa giornaliera integrativa vieta al privato convenzionato di richiedere finanziamenti, contributi pubblici o agevolazioni fiscali in aggiunta. Inoltre, il finanziamento, comporta la necessaria destinazione all'attività dei beni d'investimento, con l'onere da parte del privato convenzionato, per la durata del piano di ammortamento, di vincolarli all'attività specifica.

Per i beni acquistati e così finanziati esiste un divieto di alienazione, di richiesta contributi pubblici o di agevolazioni fiscali. Nel caso di interruzione della convenzione con AS o comunque di eventuali cessioni o di percezione di contributo o agevolazione fiscale connessi con i suddetti investimenti si provvede alla revisione della tariffa integrativa salvo recupero delle somme già finanziate nel limite del ricavo da cessione, del contributo o di altro beneficio o agevolazione. Ulteriori investimenti non determinano alcuna variazione tariffaria.

Dato il carattere eccezionale del presente finanziamento, al fine di verificare la corrispondenza dei costi preventivati allo standard, l'amministrazione provinciale si riserva, ad un anno di distanza dalla

decorrenza del presente atto e a seguito di disponibilità di dati consuntivi, di aggiornare l'ammontare della tariffa integrativa.

Regole di remunerazione

La tariffa integrativa è riconosciuta per ciascuna giornata di degenza/accesso rendicontata ai sensi del paragrafo precedente "A) Tariffe giornaliere di remunerazione dell'attività".

C) Tariffe per l'addebito in mobilità

Nell'ambito della fatturazione delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre Regioni italiane si applicano le tariffe di cui alla *Tabella 2*, colonna A) aumentate del 33% (arrotondamento all'unità di euro sull'importo risultante). Tale percentuale, aggiuntiva rispetto alle tariffe applicabili al privato convenzionato, remunera il costo dei fattori produttivi direttamente impiegati dall'Azienda sanitaria nell'erogazione dell'attività (costo del personale sociosanitario, altri costi specifici e comuni).

3. TETTO DI SPESA

La struttura privata presenta un budget annuo preventivo di produzione di attività residenziale e semi - residenziale. In base al piano di produzione di prestazioni, calcolato sul fabbisogno assistenziale, l'Azienda sanitaria determina un tetto di spesa annuo.

Tabella 3 - Tetto di spesa

Attività	Regime assistenziale	Criterio di calcolo
a) Centro diurno per DCA	Semiresidenziale	q.tà gg. degenza x tariffa omnicomprensiva <i>Tab. 2</i> , colonna A)
b1) Comunità per il trattamento terapeutico riabilitativo per DCA	Residenziale	q.tà gg. degenza x tariffa omnicomprensiva <i>Tab. 2</i> , colonna A)
c) Investimenti	Residenziale e semiresidenziale	q.tà gg. degenza x tariffa integrativa <i>Tab. 2</i> , colonna B)
TETTO DI SPESA COMPLESSIVO ATTIVITÀ RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE *		

** Tetto di spesa al netto di Iva applicabile ai sensi di legge*

La remunerazione delle assenze per motivi terapeutici di cui all'attività b2) (*Tabella 2*) avviene nell'ambito del tetto di spesa massimo preventivo.

Il finanziamento a consuntivo dei costi di esercizio effettivamente sostenuti dalla struttura avviene sempre nel limite massimo del tetto di spesa preventivamente calcolato.

Il finanziamento dei costi di esercizio avviene al netto degli eventuali ricavi provenienti da altri enti pubblici per le attività finanziate ai sensi del presente allegato.

Eventuali ricavi percepiti da altri enti pubblici, aventi ad oggetto la copertura, totale o parziale, dei costi sostenuti a titolo di investimento imputati al finanziamento secondo le disposizioni di

cui al Paragrafo 2, lettera B), comportano la necessaria revisione del finanziamento a consuntivo concesso ai sensi del medesimo paragrafo.

4. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Per ogni paziente in carico alla struttura residenziale e semiresidenziale, l'Azienda sanitaria rileva, in accordo con i professionisti, i seguenti dati, programmati (preventivi) ed effettivi:

- durata del progetto terapeutico riabilitativo (data di ammissione e dimissione);
- per l'attività semiresidenziale, giornate di frequenza settimanale e monte ore giornaliero di presenza del paziente;
- per l'attività residenziale, le giornate di assenza terapeutica e quelle di assenza ingiustificata.

5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Con riferimento alle modalità e ai tempi di pagamento, l'Azienda sanitaria stabilisce con le strutture private la modalità e le periodicità più adeguate. Il saldo annuo relativo al finanziamento netto delle attività viene erogato nell'anno seguente, in seguito a presentazione ed approvazione da parte dell'Azienda sanitaria di una rendicontazione definitiva a consuntivo.

La revoca dell'accordo contrattuale o la sospensione/chiusura/interruzione dell'attività, per qualsiasi motivo, comporta di diritto l'immediata cessazione del finanziamento relativo all'attività ed agli investimenti.

6. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLO

La struttura privata fornisce annualmente a consuntivo all'Azienda sanitaria:

- Rendiconto consuntivo dell'attività
- Bilancio d'esercizio ufficiale della struttura
- Volumi di produzione erogati per ogni attività
- Ore erogate dalle figure professionali sanitarie
- Ore di formazione delle figure professionali sanitarie
- Elenco dei contributi ed entrate di natura pubblica percepiti nell'esercizio di riferimento, con la specifica dell'oggetto del finanziamento e dell'ente pubblico erogatore
- Ogni altra documentazione che l'Azienda sanitaria e l'Amministrazione provinciale ritengano necessaria per l'attività di controllo e verifica.

In caso di ricorso al finanziamento degli investimenti tramite la tariffa giornaliera integrativa (*Tabella 2*, Colonna B), e solo per il primo anno dalla decorrenza dell'accordo contrattuale aziendale, il privato convenzionato fornisce all'Azienda sanitaria l'inventario e la documentazione giustificativa inerente all'effettiva acquisizione dei beni d'investimento.

ALLEGATO C2

AGGIORNAMENTO DGP N. 1153/2019 - COSTI RICONOSCIBILI E NON RICONOSCIBILI

Di seguito si riportano gli elenchi aggiornati delle categorie di costo riconoscibili e non riconoscibili che sostituiscono quelli approvati con deliberazione della G.P. n. 1153/2019, Parte 3, Paragrafi 3.4 e 3.5:

3.4 Costi di esercizio specifici e comuni riconoscibili

Le seguenti tipologie di costi sono da considerarsi “specifici” o “comuni” a seconda della loro classificazione definita nella deliberazione della G.P. n. 1153 dd. 17/12/2019 e ss.mm.ii., Allegato A, Parte 3, Paragrafo 3.2 e 3.3.

a) Costi di esercizio per acquisto di beni

- Materiale di pulizia, materiale d'ufficio / di consumo, ...
- Telefonia (fissa e mobile)
- Software e Hardware
- Altri costi

b) Costi di esercizio per acquisto di servizi

- Utenze (riscaldamento, energia, acqua, ...)
- Servizio di pulizia
- Canoni e abbonamenti su telefonia (fissa e mobile), internet, ecc.
- Consulenza contabile, legale e del lavoro
- Manutenzioni ordinarie di telefonia (fissa e mobile), hardware e software di beni imputati ai sensi della lettera a)
- Assicurazioni e antincendio
- Altri costi

c) Godimento beni di terzi

- Canoni d'affitto e spese condominiali di beni immobili
- Altri costi

b) Costi amministrativi

- Attività amministrative e personale amministrativo
- Personale dirigenziale
- Altri costi

3.5 Costi specifici e comuni non riconoscibili

Non sono riconoscibili, quindi non finanziabili:

- costi d'acquisto e ammortamenti relativi a beni d'investimento di importo unitario superiore a 516,46 euro;
- manutenzioni straordinarie;
- costi inerenti a garage e posti auto;
- oneri finanziari (interessi passivi, di mora ecc.);
- sanzioni amministrative;
- oneri straordinari, sopravvenienze, insussistenze passive;
- spese di rappresentanza (pranzi, omaggi);
- offerte, omaggi in generale, liberalità, contributi associativi;
- materiale per addobbi, decorazioni, fiori, servizi fotografici e simili;
- IVA che viene portata in detrazione;
- oneri tributari (imposte, tasse, ...);
- deficit anno precedente;
- pranzi e cene a volontari;
- costi di personale dipendente non sanitario eccedenti i costi rilevati sulle tabelle stipendiali previste dal contratto intercompartimentale applicabile al personale dell'Amministrazione provinciale per i livelli corrispondenti alle mansioni eseguite;
- spese per onorari, viaggio, vitto e alloggio eccedenti il trattamento economico e di missione di cui Contratto collettivo intercompartimentale 09.04.2008 "disciplina di missione".
- costi che l'Azienda sanitaria esclude dal finanziamento a seguito di valutazione circa appropriatezza e attinenza all'attività.

ALLEGATO D

CRITERI DI COMPARTECIPAZIONE E MOBILITÀ

1. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Per l'attività semiresidenziale e residenziale erogata alle persone con disturbi del comportamento alimentare, non è prevista nessuna compartecipazione a carico dell'utente.

2. PRESTAZIONI EROGATE IN MOBILITÀ

Il recupero del costo delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre Regioni italiane avviene tramite fatturazione diretta all'Azienda sanitaria di residenza del paziente.

Per le prestazioni erogate a cittadini stranieri l'addebito avviene tramite i flussi di mobilità internazionale ovvero addebito diretto al paziente.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio
Der Abteilungsdirektor / Il Direttore di ripartizione
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

MELANI CARLA
SCHROTT LAURA
CAPODAGLIO SILVIA

28/09/2021 12:43:40
28/09/2021 14:33:08
28/09/2021 12:41:26

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

Rientra in precedente impegno /
Bereits zweckgebunden
Delibera/Beschluss nr./Nr. 979/2020
€ 1.230.000.000,00 Cap./Kap.
U13011.0000

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

28/09/2021 17:20:06
NATALE STEFANO

Il Direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht

Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

Der Direktor des Amtes für Einnahmen

Il Direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

05/10/2021

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

05/10/2021

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 72 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 72 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

05/10/2021

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma