

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

Stati Generali dei Disturbi della *Nutrizione* e dell'*Alimentazione* in Piemonte

Responsabili Scientifici

Giovanni Abbate Daga, Psichiatra, Università di Torino
e AOU Città della Salute e della Scienza

Andrea Pezzana, Direttore SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino

Monica Agnesone, Direttrice S.C. Psicologia Aziendale A.S.L. Città di Torino

WEBINAR

22 giugno 2026
dalle 15.00 alle 17.00

Stati Generali dei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione in Piemonte

Introduzione di scenario ed Executive Summary

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) rappresentano una delle sfide più complesse e urgenti per la sanità pubblica della Regione Piemonte. L'incremento costante delle diagnosi e la severità delle comorbidità psichiatriche associate, quali l'autolesionismo, i disturbi di personalità e l'alto rischio suicidario, impongono il superamento della storica frammentazione degli interventi a favore di una rete di cura strutturata e transdisciplinare. Il progetto degli Stati Generali nasce proprio con l'obiettivo operativo di unire la Regione, le Aziende Sanitarie e le eccellenze scientifiche territoriali per tradurre le linee guida nazionali in percorsi clinici fluidi, uniformi e facilmente accessibili. Al centro di questo disegno organizzativo si colloca la necessità di garantire una reale continuità assistenziale, in particolare nel delicato passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, fase in cui il rischio di interruzione delle cure e di drop-out clinico rimane criticamente elevato.

Per rispondere a queste esigenze, i lavori del webinar regionale hanno permesso di consolidare la rete assistenziale dei professionisti, valorizzando l'attività del Tavolo Tecnico Regionale istituito nel 2022. Questo organismo, fondato sull'integrazione paritaria tra le reti di psichiatria e nutrizione clinica, consente di unire psicologi, dietologi, neuropsichiatri infantili, medici di medicina generale, pediatri ed educatori in una visione clinica condivisa, indispensabile per affrontare la multidimensionalità della patologia.

Dall'analisi complessiva dei servizi territoriali sono emersi significativi traguardi clinici, tra cui spiccano l'abbattimento delle liste d'attesa nei centri esperti e un incremento quantificabile delle prese in carico psicologiche. Tuttavia, la mappatura ha evidenziato una profonda eterogeneità nell'offerta assistenziale tra i diversi quadranti regionali. Se l'area metropolitana mostra modelli avanzati di integrazione e l'uso di livelli intermedi come i pasti assistiti, e i territori a forte impronta universitaria beneficiano di una spiccata sinergia scientifica, le zone geograficamente più complesse e periferiche si trovano a dover contrastare la dispersione degli utenti potenziando la capillarità degli ambulatori e la collaborazione con la pediatria di libera scelta. Accanto alla risposta clinica, la programmazione regionale prevede strategie innovative di prevenzione non convenzionale all'interno delle scuole e delle società sportive, affiancate dall'implementazione del Codice Lilla nei Pronto Soccorso per ottimizzare il triage in regime di emergenza-urgenza.

Emergono alcuni nodi di sistema che minacciano la stabilità dei servizi territoriali. La principale fragilità risiede nella dipendenza dai finanziamenti ministeriali a tempo determinato, che genera una precarietà contrattuale rischiosa per la continuità delle terapie e ostacola il reclutamento stanziale del personale. Vi è una carenza diffusa di posti letto specialistici per acuti e l'assenza di un livello intermedio strutturato, come il day hospital terapeutico, indispensabile per evitare ricoveri impropri o dimissioni ritardate. Emerge la necessità imperativa di una regia regionale centralizzata che renda strutturali le risorse economiche, garantendo alle Aziende Sanitarie la flessibilità amministrativa necessaria per stabilizzare il personale e formalizzare Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) omogenei, sicuri e geograficamente sostenibili su tutto il territorio.

Un percorso di avvicinamento agli Stati Generali

L'incontro ha rappresentato il primo passaggio di un percorso destinato a culminare negli **Stati Generali dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Piemonte**, pensati come un momento di confronto tra professionisti sanitari, servizi territoriali, strutture ospedaliere, istituzioni, associazioni di familiari ed esperienze di rilievo nazionale.

L'obiettivo del webinar era partire dalla realtà quotidiana delle cinque aree omogenee piemontesi, ricostruendo ciò che è stato realizzato, i risultati raggiunti, le difficoltà ancora presenti e le priorità da trasferire alle successive giornate di lavoro. La scelta di affidare le relazioni a figure professionali differenti ha voluto sottolineare fin dall'inizio che i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non possono essere affrontati da una singola disciplina, ma richiedono una presa in carico multiprofessionale, coordinata e continuativa.

L'attenzione è stata rivolta prevalentemente alla popolazione adulta, senza però introdurre una separazione rigida rispetto all'età evolutiva. Al contrario, uno dei temi più importanti emersi è stato proprio quello della **transizione dei pazienti dai servizi per minori a quelli per adulti**, fase nella quale il rischio di interruzione delle cure è particolarmente elevato.

La forte partecipazione al webinar, con circa 140 collegamenti tra piattaforma online e social e con la presenza di gruppi di operatori riuniti davanti allo stesso collegamento, ha confermato l'interesse e il bisogno di confronto su un ambito clinico e organizzativo in forte crescita.

La costruzione di una rete regionale interdisciplinare

Uno dei principali risultati ottenuti in Piemonte è stato il consolidamento di una rete regionale dei professionisti. Dal 2022 è attivo un tavolo tecnico formalizzato dalla Regione, nato dall'integrazione delle precedenti reti della psichiatria e della nutrizione clinica. Il tavolo è stato costruito evitando che una singola disciplina assumesse una posizione dominante e coinvolgendo, oltre a psichiatri, psicologi, dietologi e dietisti, anche neuropsichiatri infantili, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, endocrinologi, educatori, infermieri e altri professionisti.

Questo modello ha favorito una visione realmente interdisciplinare e, in diversi casi, transdisciplinare. Non si è trattato soltanto di istituire riunioni formali, ma di rendere più chiari i collegamenti tra servizi, individuare le persone incaricate di fare da raccordo e creare relazioni operative dirette tra nutrizione clinica, salute mentale, ospedale e territorio.

La rete piemontese è stata descritta come una realtà con una lunga esperienza clinica e organizzativa, riconosciuta anche fuori regione. Il confronto periodico tra i referenti della psichiatria, attivo da diversi anni, è stato ulteriormente ampliato attraverso incontri formativi, discussioni collegiali di casi complessi e iniziative ECM capaci di coinvolgere anche le altre componenti professionali.

L'aumento della domanda e il ruolo delle famiglie

La nascita dei finanziamenti dedicati è stata ricondotta a tre fattori principali. Il primo è l'aumento delle diagnosi e delle richieste di cura, fenomeno già presente prima della pandemia e divenuto ancora più evidente negli anni successivi. Il secondo è la necessità di collegare meglio le cure ospedaliere con quelle territoriali, evitando che dopo un ricovero o un periodo in struttura residenziale il paziente e la famiglia si trovino privi di un sostegno adeguato. Il terzo è la carenza generalizzata di risorse nel sistema sanitario.

Le associazioni dei familiari hanno avuto un ruolo importante nel portare questi problemi all'attenzione delle istituzioni e nell'ottenere fondi specifici. È emersa con chiarezza l'esigenza di considerare la famiglia non soltanto come destinataria di informazioni, ma come parte attiva del percorso terapeutico, da sostenere attraverso counseling, gruppi psicoeducativi e interventi dedicati ai caregiver.

I finanziamenti ministeriali: risultati e fragilità

Una prima assegnazione ministeriale ha portato al Piemonte circa **1,7 milioni di euro**, distribuiti tra le aziende sanitarie sulla base della popolazione compresa nella fascia d'età considerata dai programmi nazionali. Un secondo finanziamento, derivante da un fondo nazionale annuale, ha attribuito alla Regione una somma compresa indicativamente tra 700 e 800 mila euro, consentendo di proseguire le attività precedentemente avviate.

La scelta piemontese è stata quella di investire soprattutto nelle risorse umane. I progetti hanno previsto psicologi clinici, psichiatri, neuropsichiatri infantili, dietologi, dietisti, educatori e infermieri. Azienda Zero ha gestito bandi sovrazionali con graduatorie articolate per aree omogenee.

Questa strategia ha prodotto risultati significativi, ma ha anche mostrato una forte vulnerabilità. Molti incarichi erano a tempo determinato o per un numero limitato di ore settimanali. In alcune aree i bandi sono andati deserti, alcuni professionisti hanno rinunciato dopo poche settimane e altri non hanno accettato gli incarichi. Le difficoltà sono risultate particolarmente gravi nei territori periferici, dove la carenza di specialisti si somma alle distanze geografiche e alla minore attrattività delle sedi.

La scadenza dei contratti al 30 giugno ha generato il rischio concreto di interruzioni nelle psicoterapie, nei controlli dietistici, negli interventi familiari e nei percorsi di transizione. Pur essendo stato previsto un ulteriore finanziamento nazionale, il ritardo nell'attivazione delle procedure ministeriali non consentiva di garantire una prosecuzione senza soluzione di continuità.

È stata inoltre affrontata la difficoltà di spendere interamente le somme assegnate. La causa principale non è stata la mancanza di progettualità, ma l'impossibilità di reperire i professionisti previsti. È stata quindi proposta una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse, permettendo di destinare una parte dei fondi anche ad attrezzature, test, formazione, prevenzione e altri strumenti utili. È stata rivendicata, parallelamente, la necessità di una rendicontazione trasparente, distinguendo chiaramente le somme realmente spese da quelle soltanto impegnate.

Il centro regionale esperto e l'area metropolitana torinese

Nell'area comprendente il centro regionale esperto, l'integrazione delle nuove risorse ha consentito di rafforzare il lavoro con le aziende sanitarie territoriali e di migliorare in modo sostanziale l'accesso alle cure.

Uno dei risultati più rilevanti è stato l'abbattimento della lista d'attesa, passata da circa otto mesi a una media di quaranta giorni. È stato introdotto un primo contatto telefonico con valutazione della documentazione e del livello di urgenza. I casi urgenti possono essere valutati entro una decina di giorni, mentre il triage clinico permette di evitare accessi impropri, come quelli di persone con depressione e perdita di peso ma senza un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione propriamente detto.

L'arrivo di ore aggiuntive di psichiatria, psicologia, dietistica e nutrizione clinica ha contribuito a portare il centro a erogare più di **10 mila prestazioni annuali**. È migliorato anche il collegamento tra ospedale e territorio, soprattutto per i pazienti con autolesionismo, disturbi di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo e altre comorbidità psichiatriche. La collaborazione con i servizi territoriali consente infatti di affiancare alle cure specialistiche l'assistenza sociale, gli interventi educativi e i percorsi riabilitativi che un ospedale non può garantire da solo.

Permane, tuttavia, una limitazione strutturale: il centro dispone di soli sette posti letto per una domanda proveniente dall'intero Piemonte. Di conseguenza, pur essendo un riferimento per i casi più complessi, non sempre riesce a garantire ricoveri in tempi brevi.

È stato inoltre ribadito che il trattamento dei disturbi alimentari richiede tempi lunghi. Anche nei casi con buona aderenza possono essere necessari uno o due anni di cure. La prognosi può essere migliore di quanto spesso si creda, ma soltanto se il percorso è adeguato, multidisciplinare e sufficientemente prolungato. Per questa ragione è stata difesa l'integrazione dei disturbi alimentari con i dipartimenti di salute mentale, considerando l'elevata frequenza di comorbidità psichiatriche e il rischio di comportamenti suicidari.

L'organizzazione del Team Care per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nell'ASL Città di Torino

In ASL Città di Torino è stato sviluppato un Team Care dedicato ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), composto da medici nutrizionisti, dietisti e professionisti della salute mentale, tra cui psicologi psicoterapeuti, psichiatri e neuropsichiatri infantili. Una parte delle risorse professionali impiegate nel triennio 2024-2026 è stata acquisita attraverso specifici finanziamenti ministeriali e ha consentito un incremento stimato di circa il 35% dei trattamenti psicoterapeutici, oltre a una significativa riduzione dei tempi di attesa nei diversi ambiti di intervento.

Il Team Care dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione dell'ASL Città di Torino opera secondo un modello territoriale diffuso. Pur disponendo di una sede centrale collocata presso una Casa di Comunità, i professionisti sono distribuiti in numerose sedi della città: ambulatori

territoriali, Centri di Salute Mentale e servizi di Neuropsichiatria Infantile. Questa configurazione rappresenta una risorsa importante in termini di accessibilità per i cittadini, ma comporta anche una significativa complessità organizzativa, legata alla necessità di garantire uniformità di approccio, tempestività delle comunicazioni e continuità dei percorsi assistenziali.

Un elemento distintivo dell'esperienza dell'ASL Città di Torino è rappresentato dalla trasversalità tra età evolutiva ed età adulta. Il servizio segue infatti sia minori sia adulti e prevede, quale prassi organizzativa consolidata, il mantenimento del riferimento clinico durante la transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta. Tale continuità riguarda sia i professionisti dell'area nutrizionale sia gli psicologi, consentendo di preservare la relazione terapeutica e di ridurre il rischio di frammentazione dei percorsi.

Per ragioni organizzative, il passaggio di competenza avviene inevitabilmente tra neuropsichiatri infantili e psichiatri, che afferiscono a dipartimenti caratterizzati da differenti assetti organizzativi e specifiche competenze professionali. In questo contesto, l'esperienza maturata nel precedente triennio ha evidenziato il valore aggiunto della presenza di uno psichiatra dedicato all'interno del servizio centrale, pur non appartenente ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale. Tale presenza ha favorito integrazione, rapidità decisionale e continuità nella presa in carico. Anche questa risorsa professionale è stata acquisita grazie ai finanziamenti ministeriali.

Il lavoro clinico delle équipes è sostenuto da riunioni multidisciplinari strutturate, programmate con cadenza regolare, verbalizzate e orientate alla definizione di piani di cura condivisi. Questi incontri rappresentano uno strumento essenziale di governo clinico: consentono la presentazione dei nuovi casi, la rivalutazione dei percorsi in corso e la condivisione delle decisioni terapeutiche tra le diverse professionalità coinvolte.

Le attività cliniche si articolano in ambulatori dedicati ai disturbi restrittivi e alla bulimia nervosa, percorsi specifici per il disturbo da alimentazione incontrollata e un ambulatorio dedicato all'accompagnamento psicologico e nutrizionale alla chirurgia bariatrica. Presso l'ASL Città di Torino operano équipes dedicate, dotate di competenze specifiche per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva e in età adulta. A completamento dell'offerta terapeutica, il modello prevede la possibilità di coinvolgere anche i genitori nel percorso di cura, i quali vengono affiancati da una psicoterapeuta strutturata per sostenere il nucleo familiare nelle diverse fasi del trattamento.

La formazione continua degli operatori rappresenta un elemento fondante del modello assistenziale e costituisce una garanzia di qualità e appropriatezza degli interventi; assume particolare rilevanza la formazione sul Codice Lilla svolta in presenza per tutti gli operatori dei DEA degli ospedali cittadini (Ospedale San Giovanni Bosco, Martini e Maria Vittoria) coinvolgendo anche il personale amministrativo, finalizzata a migliorare la tempestività e l'adequazione dell'accoglienza in emergenza.

L'équipe riconosce inoltre il valore della compresenza fisica presso la sede della Casa di Comunità ospitante. La possibilità di condividere spazi e momenti di lavoro quotidiano favorisce

il confronto immediato tra professionisti, rafforza il senso di appartenenza al gruppo e contribuisce a trasmettere ai pazienti e alle famiglie la percezione concreta di una “squadra che cura”. In un modello organizzativo caratterizzato da un’elevata distribuzione territoriale delle risorse, questi momenti di prossimità professionale assumono un valore particolarmente rilevante per mantenere coesione, integrazione e qualità dell’assistenza.

Un ulteriore elemento qualificante del modello torinese è rappresentato dalla collaborazione strutturata tra i servizi territoriali e le strutture ospedaliere che si occupano dei casi a maggiore complessità clinica. In particolare, il Centro Regionale Esperto per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino svolge un ruolo fondamentale nella presa in carico degli adulti, compresi i ricoveri in ambiente protetto, mentre l’Ospedale Infantile Regina Margherita rappresenta il riferimento specialistico per i minori affetti dalle forme più gravi di disturbo alimentare, garantendo, quando necessario, percorsi di ricovero anche prolungati.

La qualità dell’assistenza ai pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell’alimentazione dipende dalla capacità dei diversi nodi della rete di operare in modo coordinato e complementare. La collaborazione tra servizi territoriali, strutture ospedaliere e centri specialistici deve essere costantemente coltivata e sostenuta attraverso strumenti condivisi, occasioni di confronto clinico e percorsi integrati di presa in carico. I pazienti e le loro famiglie hanno infatti il diritto di accedere a servizi altamente qualificati, fondati su competenze specialistiche, formazione continua e integrazione tra professionisti e istituzioni. In questo senso, il lavoro di rete rappresenta non soltanto una scelta organizzativa, ma un requisito essenziale di qualità delle cure.

Le esperienze del Mauriziano e dell’ASL T04

Nell’ospedale Mauriziano è presente un ambulatorio medico-dietistico rivolto soprattutto alle persone con disturbo da alimentazione incontrollata e obesità severa complicata. Accanto ai percorsi individuali di psicoterapia sono state sviluppate attività di gruppo co-gestite dalle componenti nutrizionale e psicologica, compreso un laboratorio di mindfulness orientato all’alimentazione consapevole.

Nell’ASL T04 la collaborazione coinvolge salute mentale e nutrizione clinica in più sedi territoriali. L’équipe può comprendere psichiatri, psicologi, dietologi, dietisti e personale infermieristico. Sono previste psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, counseling per i familiari, prelievi, pasti assistiti, supplementazione nutrizionale e attività riabilitative.

Questa realtà ha però incontrato notevoli difficoltà nel reclutamento. Un medico specialista ha mantenuto l’incarico per poco più di un mese, un altro candidato non ha accettato e non è stato possibile individuare lo psichiatra previsto. In una fase precedente, la disponibilità di medici specializzandi per alcune ore settimanali aveva permesso di aumentare le prime visite dietologiche e di aprire la presa in carico anche ai pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata. I fondi sono stati utilizzati anche per iniziative formative sui problemi della rialimentazione. L’offerta terapeutica comprende anche l’attività di psicoterapia di gruppo svolta presso l’ambulatorio di psicologia: si tratta di un percorso di 8 incontri che affianca gli interventi individuali.

L'area sud-orientale: Asti e Alessandria

Nell'area sud-orientale del Piemonte sono seguiti sia pazienti minorenni sia adulti, cercando di garantire la continuità nel passaggio tra i servizi. La situazione risulta però differente tra Asti e Alessandria.

Ad Asti è presente un'équipe completa, composta da psichiatri, psicologi, dietologi e dietisti, con il contributo di educatori territoriali. Grazie ai finanziamenti è stato possibile inserire una psicologa dedicata, mentre non tutte le figure previste sono state reperite.

L'accesso può avvenire attraverso tre porte principali: nutrizione clinica, psicologia o psichiatria. La valutazione medico-dietologica è integrata con quella dietistica, mentre l'accesso psicologico prevede un colloquio iniziale di accoglienza con funzione di triage. Viene utilizzato un questionario autosomministrato per rilevare rapidamente benessere generale, funzionamento, problemi riferiti e rischio auto o eterolesivo.

Quando emerge un sospetto disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, la richiesta viene considerata prioritaria e discussa nella riunione multidisciplinare mensile. Se prevalgono una grave comorbidità psichiatrica o un problema di dipendenza, il paziente viene indirizzato ai servizi competenti. Se prevale il disturbo alimentare, entra nel percorso specifico dell'équipe.

I quadri di scompenso organico vengono indirizzati ai reparti di medicina interna, mentre quelli con prevalente acuzie psichiatrica possono richiedere il ricovero in SPDC. Dopo la stabilizzazione è possibile il trasferimento a strutture specialistiche o residenziali. Nei casi gestibili ambulatorialmente proseguono parallelamente gli interventi dietologici, dietistici, psicologici e psichiatrici.

La sede della psicoterapia dipende dalla gravità del sintomo alimentare e dal funzionamento globale. I casi meno compromessi possono essere seguiti in ambulatorio ospedaliero, mentre quelli più complessi vengono affidati ai Centri di salute mentale. È stato progettato anche un gruppo psicoeducativo di sette incontri, ispirato al modello Maudsley, destinato ai caregiver di pazienti tra 14 e 25 anni. La sua realizzazione dipende però dalla continuità della risorsa psicologica finanziata.

Ad Alessandria, la scarsità di personale non ha consentito di costruire percorsi altrettanto specifici. I pazienti seguono prevalentemente i normali flussi dei Centri di salute mentale, con un colloquio di accoglienza condotto da personale infermieristico ed educativo, la discussione multidisciplinare e l'attivazione delle componenti psichiatrica, psicologica ed educativa. È stata evidenziata la possibile importanza degli educatori territoriali, ancora in fase di progressivo inserimento.

Nell'area è stata inoltre realizzata una formazione a distanza sul Codice Lilla, destinata ai medici di medicina generale e al personale dei pronto soccorso.

Il modello del Cuneese

Nel Cuneese è stata presentata l'esperienza di una struttura relativamente giovane, nata nel 2019 con una denominazione che integra esplicitamente nutrizione clinica e disturbi del comportamento alimentare. Dal 2021 è attivo un tavolo dedicato che ha progressivamente consolidato la collaborazione tra nutrizione, psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia.

L'obiettivo non è soltanto coordinare gli interventi, ma garantirne la simultaneità, condividendo tempi, obiettivi e, quando possibile, anche gli spazi. Vengono organizzate riunioni mensili distinte per anoressia e bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata ed età evolutiva.

Sono stati riportati 53 pazienti adulti con anoressia o bulimia, circa 15 con disturbo da alimentazione incontrollata e 54 pazienti minorenni, per un totale di circa 124 persone in carico. Nel quinquennio considerato sono stati effettuati più di 1.700 controlli dietistici. L'accesso è stato reso diretto attraverso un numero telefonico e una casella di posta dedicati, evitando il passaggio ordinario attraverso il CUP. Per gli adulti, la nutrizione clinica svolge spesso la funzione di prima porta di accesso, orientando poi il paziente verso psichiatria e psicologia.

Una parte importante dell'attività è dedicata alla prevenzione e alla promozione della salute. Sono stati realizzati corsi per insegnanti delle scuole secondarie superiori sul riconoscimento precoce dei segnali e sulle modalità di relazione con gli studenti. Nelle scuole primarie e secondarie di primo grado sono state promosse attività capaci di presentare il cibo in una prospettiva positiva e legata alla salute, evitando messaggi potenzialmente stigmatizzanti.

È stato attivato il Codice Lilla in pronto soccorso. Nei casi a basso rischio, alla dimissione vengono consegnate l'impegnativa e le indicazioni per accedere direttamente al servizio.

Per gli adulti non sono disponibili posti letto dedicati, ma i ricoveri possono avvenire in area medica o psichiatrica a seconda della problematica prevalente. Per i minori sono invece presenti cinque posti dedicati collocati presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno, con il coinvolgimento della neuropsichiatria infantile e attività di formazione rivolte anche ai genitori.

La collaborazione con educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica consente di offrire una territorialità più intensiva ai pazienti che non necessitano di ricovero, ma per i quali il solo controllo ambulatoriale è insufficiente. La principale criticità rimane l'assenza di un livello intermedio strutturato, come un day hospital con pasti assistiti. Questa mancanza può determinare ricoveri più lunghi del necessario oppure ritardare interventi che potrebbero prevenire l'ospedalizzazione.

I finanziamenti hanno permesso di aumentare le ore di dietologia, psicologia e neuropsichiatria e di mantenere tempi di risposta adeguati, senza liste d'attesa significative. Rimangono però insufficienti le ore disponibili e gran parte dei professionisti deve dividere il proprio tempo tra i disturbi alimentari e altri servizi.

Il quadrante nord-orientale

L'area comprendente Novara, Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola è caratterizzata da una notevole estensione territoriale e da forti differenze organizzative. I servizi operano prevalentemente a livello ambulatoriale non intensivo, con una collaborazione tra dietologia, psichiatria e psicologia. Biella rappresenta l'unica realtà del quadrante dotata di un'attività di day hospital.

Nel Verbano-Cusio-Ossola non è presente una vera struttura di dietologia dedicata e alcune valutazioni richiedono una collaborazione extra-provinciale. L'arrivo di una dietista finanziata dal progetto ha ridotto almeno in parte gli spostamenti, particolarmente gravosi per chi vive nelle aree più lontane. È stato ricordato che un paziente residente nei pressi di Domodossola può dover percorrere circa cento chilometri soltanto per raggiungere Novara.

In assenza di posti letto specifici, i ricoveri avvengono nei reparti di medicina interna, pediatria o psichiatria, in base alla problematica prevalente. Sul territorio operano anche strutture private o accreditate, ma non sempre la collaborazione è inserita in un PDTA formalizzato. Le difficoltà di budget possono inoltre limitare l'accesso alla residenzialità o alla semiresidenzialità.

I fondi hanno consentito di inserire dietisti, un dietologo per alcune ore settimanali e psicologi nelle diverse aziende del quadrante. A Vercelli, il medico che segue specificamente i disturbi alimentari è quello reclutato attraverso il bando. Nel Verbano-Cusio-Ossola, l'unica dietista dedicata proviene dallo stesso finanziamento. A Biella, il rafforzamento dietistico ha permesso di raddoppiare le visite e garantire una presenza più continuativa nei pasti assistiti del day hospital. A Novara, la nuova risorsa ha consentito controlli più ravvicinati per i pazienti con maggiori necessità.

Le risorse psicologiche hanno inoltre permesso di sviluppare interventi rivolti ai familiari e un progetto sulla transizione tra minori e adulti. La possibile perdita di questi professionisti rischia quindi di interrompere non soltanto le prestazioni ordinarie, ma anche le progettualità più innovative.

In questa area è emersa con particolare forza la difficoltà di programmare il futuro senza la certezza della continuità contrattuale. Prima di progettare nuove attività, i servizi chiedono di poter conservare le persone che hanno ormai acquisito competenze specifiche e si sono integrate nelle équipes.

La continuità come condizione della cura

La parola più ricorrente nel confronto finale è stata **continuità**. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione richiedono trattamenti lunghi, una forte alleanza terapeutica e un rapporto di fiducia costruito progressivamente. Interruzioni di due o tre mesi non rappresentano semplici disagi amministrativi: possono spezzare una psicoterapia, compromettere l'aderenza e lasciare scoperti pazienti clinicamente fragili.

La continuità riguarda anche il rapporto tra professionisti. La condivisione in tempo reale delle informazioni, le riunioni multidisciplinari, la conoscenza reciproca tra centri e la possibilità di dare un volto ai colleghi delle altre aziende sono state indicate come strumenti essenziali per evitare la frammentazione.

Molti professionisti che si occupano di disturbi alimentari svolgono contemporaneamente altre attività nei servizi di salute mentale, nei reparti ospedalieri o nella nutrizione clinica generale. La mancanza di personale specificamente dedicato produce una sproporzione crescente tra domanda e capacità di risposta.

La necessità di un livello intermedio

In più territori è stata segnalata l'assenza o l'insufficienza dei livelli intermedi tra ambulatorio e ricovero. Servono day hospital, percorsi semiresidenziali, pasti assistiti, gruppi terapeutici, attività educative intensive e modalità di follow-up meno medicalizzate ma comunque capaci di mantenere il legame con il servizio.

La carenza di questo livello determina due effetti opposti: alcuni pazienti vengono ricoverati pur potendo essere trattati con un programma intensivo territoriale, mentre altri restano in un regime ambulatoriale insufficiente. Inoltre, quando il ricovero è necessario, la dimissione può essere ritardata perché manca una struttura in grado di proseguire la presa in carico con intensità adeguata.

La prossimità geografica è parte integrante del problema. Non è sostenibile chiedere a studenti, lavoratori e famiglie di percorrere quotidianamente decine di chilometri per accedere a un pasto assistito o a un day hospital. Lo sviluppo del livello intermedio deve quindi avvenire in modo diffuso, almeno nelle aree con maggiore estensione territoriale.

Prevenzione, scuole e mondo dello sport

La prevenzione dei disturbi alimentari richiede modalità differenti rispetto ad altri ambiti sanitari. Una comunicazione centrata sulla descrizione dettagliata di sintomi, comportamenti e modalità di controllo del peso può avere effetti indesiderati, soprattutto sulle persone più vulnerabili.

È stata proposta una prevenzione orientata alla cultura degli ambienti di vita. Nelle scuole occorre formare gli insegnanti a riconoscere precocemente i segnali e a sapere come comportarsi, senza trasformarli in diagnosi. Con i bambini più piccoli è preferibile promuovere una relazione positiva con il cibo, il corpo e la salute.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta al mondo dello sport, nel quale i concetti di performance, efficienza fisica, forma corporea e controllo del peso possono assumere una funzione protettiva oppure diventare fattori di rischio. La formazione dovrebbe coinvolgere anche allenatori, preparatori e società sportive.

Formazione dei servizi sanitari e Codice Lilla

Diversi territori hanno utilizzato i finanziamenti anche per formare medici di medicina generale, pronto soccorso e personale ospedaliero. L'attivazione del Codice Lilla è stata indicata come uno strumento importante per riconoscere correttamente i pazienti, valutarne il rischio e collegare la dimissione dal pronto soccorso a un percorso specialistico.

La formazione deve riguardare anche i reparti di medicina interna, pediatria e psichiatria che gestiscono le fasi acute. È stato osservato che molti professionisti non ricevono durante il proprio percorso formativo una preparazione sufficiente sulle caratteristiche cliniche e relazionali dei pazienti con disturbi alimentari.

Valutare gli esiti oltre la guarigione completa

Nel percorso verso gli Stati Generali è stata proposta una riflessione più approfondita sulla prognosi e sugli esiti. La guarigione completa rimane l'obiettivo ideale, ma nei casi fortemente cronicizzati anche altri risultati devono essere riconosciuti come clinicamente rilevanti.

Tra questi rientrano la riduzione degli accessi in pronto soccorso, la diminuzione dei ricoveri in urgenza, la stabilizzazione delle terapie, la riduzione dei comportamenti autolesivi, il miglioramento del funzionamento sociale e la capacità di mantenere un rapporto continuativo con i servizi.

Per interpretare correttamente gli esiti occorre considerare l'età di insorgenza, la durata della malattia, la presenza di comorbidità e la gravità clinica. La rete regionale dovrà quindi affiancare alla crescita quantitativa delle prestazioni una maggiore capacità di misurare qualità, appropriatezza e risultati nel medio-lungo periodo.

Verso una regia regionale più strutturata

La conclusione del confronto ha ribadito la necessità di percorsi strutturati in ogni area omogenea. Dove manca un PDTA formalizzato, occorre definirlo, chiarendo accessi, responsabilità, criteri di invio, livelli assistenziali e rapporti con le strutture residenziali e accreditate.

Ogni area dovrebbe disporre di una regia riconoscibile, capace di stabilire chi fa che cosa, coordinare le risorse interne ed esterne e garantire che il paziente non venga lasciato solo nei passaggi tra un servizio e l'altro.

Il sistema piemontese è cresciuto in modo significativo e ha ridotto, almeno in parte, la necessità dei cosiddetti viaggi della speranza. La situazione non è ancora uniforme né sufficiente, ma la rete esistente, la collaborazione tra professionisti e il coinvolgimento delle famiglie rappresentano una base concreta sulla quale costruire gli Stati Generali e la programmazione futura.

Scheda 1 – Temi emersi

- **Crescita della domanda di cura:** aumento delle diagnosi, degli accessi e della complessità clinica, già presente prima della pandemia e ulteriormente accentuato negli ultimi anni.
- **Complessità dei disturbi:** frequente presenza di autolesionismo, rischio suicidario, disturbi di personalità, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, dipendenze e altre comorbidità.
- **Centralità dell'interdisciplinarietà:** necessità di integrare stabilmente nutrizione clinica, dietistica, psicologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile, educazione professionale, infermieristica e medicina territoriale.
- **Valore della rete regionale:** il tavolo tecnico, le riunioni tra referenti, la formazione ECM e il confronto tra aree hanno migliorato la conoscenza reciproca e la collaborazione.
- **Eterogeneità territoriale:** differenze rilevanti tra aree urbane e periferiche, tra aziende con équipe complete e territori privi di alcune figure essenziali.
- **Dipendenza dai fondi ministeriali:** molte attività e interi servizi si reggono su incarichi finanziati a tempo determinato.
- **Discontinuità contrattuale:** gli stop and go nei rinnovi interrompono psicoterapie, controlli dietistici, gruppi familiari e percorsi di transizione.
- **Difficoltà di reclutamento:** bandi deserti, rinunce, incarichi di poche ore e scarsa attrattività delle sedi periferiche.
- **Difficoltà nella spesa dei fondi:** impossibilità di utilizzare integralmente le risorse quando non si trovano i professionisti previsti.
- **Risultati concreti dei finanziamenti:** riduzione delle liste d'attesa, aumento delle prestazioni, incremento delle prese in carico psicologiche, maggiore frequenza dei controlli e apertura di nuovi percorsi per il BED.
- **Appropriatezza dell'accesso:** utilità del triage clinico, del contatto telefonico e delle agende riservate per distinguere urgenze, accessi appropriati e diagnosi non pertinenti.
- **Rapporto ospedale-territorio:** necessità di collegare ricovero, ambulatorio, Centri di salute mentale, assistenza sociale, educatori e riabilitazione.
- **Carenza di posti letto specialistici:** capacità insufficiente per i casi complessi provenienti da tutta la Regione.
- **Mancanza del livello intermedio:** insufficienza di day hospital, pasti assistiti, semiresidenzialità, gruppi intensivi e percorsi territoriali ad alta frequenza.
- **Rischio di ricoveri impropri o prolungati:** senza un livello intermedio, alcuni pazienti vengono ricoverati troppo presto o dimessi troppo tardi.
- **Distanze geografiche:** in alcune province i pazienti devono percorrere decine di chilometri per visite, controlli e pasti assistiti.
- **Transizione minori-adulti:** fase critica, spesso priva di un passaggio formalizzato e con il rischio di mesi senza follow-up.
- **Ruolo delle famiglie:** forte richiesta di counseling, gruppi psicoeducativi e sostegno specifico per caregiver, genitori e fratelli.

- **Prevenzione non convenzionale:** necessità di evitare campagne eccessivamente centrate sui sintomi e di lavorare sulla cultura del corpo, del cibo e della performance.
- **Scuola e sport:** ambienti prioritari per la formazione di insegnanti, allenatori e figure educative.
- **Codice Lilla:** strumento utile per il riconoscimento nei pronto soccorso e per il collegamento rapido con i servizi specialistici.
- **Formazione sanitaria:** necessità di aggiornare medici di medicina generale, pronto soccorso, medicina interna, pediatria e psichiatria.
- **Valore della co-localizzazione:** condividere spazi fisici favorisce lo scambio tra professionisti e rende visibile al paziente l'unitarietà dell'équipe.
- **Supporto organizzativo:** segreterie dedicate, agende interne, numeri telefonici e indirizzi e-mail specifici sono parte essenziale del percorso.
- **Rapporto con strutture private e accreditate:** collaborazione presente ma non sempre formalizzata all'interno di PDTA condivisi.
- **Tempi lunghi delle cure:** anche nei percorsi favorevoli sono spesso necessari uno o due anni di trattamento.
- **Valutazione degli esiti:** importanza di misurare non soltanto la guarigione, ma anche riduzione delle urgenze, stabilità clinica, funzionamento e continuità assistenziale.
- **Bisogno di una regia territoriale:** ogni area omogenea deve sapere con chiarezza chi accoglie, chi valuta, chi cura e chi coordina i diversi livelli.

Scheda 2 – Action points

- **Garantire la continuità immediata dei finanziamenti,** evitando intervalli tra la scadenza di un progetto e l'avvio del successivo.
- **Stabilizzare progressivamente le figure già formate,** superando la logica degli incarichi brevi e dei rinnovi ogni pochi mesi.
- **Rinnovare prioritariamente i contratti essenziali,** soprattutto nei territori in cui il professionista finanziato rappresenta l'unica risorsa dedicata.
- **Programmare bandi più attrattivi,** con durata adeguata, numero di ore sufficiente e incentivi per le sedi periferiche.
- **Rendere più flessibile l'impiego dei fondi,** permettendo di utilizzare le somme non spendibili per personale anche per test, attrezzature, formazione, prevenzione e strumenti organizzativi.
- **Mantenere una rendicontazione uniforme e trasparente,** distinguendo somme impegnate, effettivamente spese e non utilizzate.
- **Definire o aggiornare un PDTA in ogni area omogenea,** con criteri condivisi di accesso, valutazione, invio, ricovero, dimissione e follow-up.

- **Individuare una regia formalizzata per ciascuna area**, incaricata di coordinare aziende sanitarie, ospedali, servizi territoriali e strutture accreditate.
- **Costruire porte di accesso semplici e riconoscibili**, attraverso numeri dedicati, e-mail, triage telefonico, agende riservate e percorsi non esclusivamente amministrativi.
- **Diffondere strumenti di valutazione precoce**, includendo il rischio organico, psichiatrico, autolesivo e suicidario.
- **Rafforzare i collegamenti tra nutrizione clinica e Centri di salute mentale**, chiarendo responsabilità e modalità di presa in carico congiunta.
- **Creare servizi intermedi territoriali**, come day hospital, pasti assistiti, ambulatori intensivi, gruppi terapeutici e programmi semiresidenziali.
- **Distribuire i livelli intermedi in modo geograficamente sostenibile**, evitando spostamenti quotidiani incompatibili con scuola, lavoro e vita familiare.
- **Potenziare la capacità di ricovero specialistico**, riducendo i tempi di attesa per i casi complessi e definendo criteri regionali di priorità.
- **Formalizzare i rapporti con le strutture private e accreditate**, inserendole nei PDTA e nei meccanismi regionali di continuità assistenziale.
- **Sviluppare protocolli specifici per la transizione tra minori e adulti**, con équipe congiunte, passaggi graduali e un referente identificato.
- **Attivare gruppi per caregiver e familiari**, utilizzando modelli psicoeducativi strutturati e adattati alle diverse fasce d'età.
- **Ampliare psicoterapia di gruppo, arteterapia, mindfulness e interventi educativi**, come integrazione dei percorsi individuali.
- **Consolidare il Codice Lilla in tutti i pronto soccorso**, collegando la dimissione a un appuntamento o a un contatto diretto con il servizio territoriale.
- **Formare il personale dei reparti per acuti**, in particolare medicina interna, pediatria, psichiatria e pronto soccorso.
- **Proseguire la formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri**, per migliorare riconoscimento, appropriatezza dell'invio e gestione iniziale.
- **Sviluppare una prevenzione scolastica orientata alla salute**, alla relazione positiva con il cibo e all'identificazione precoce dei segnali.
- **Formare insegnanti e personale scolastico**, fornendo strumenti per riconoscere le situazioni critiche senza sostituirsi ai professionisti sanitari.
- **Coinvolgere il mondo dello sport**, formando allenatori e preparatori sui rischi connessi a peso, performance, immagine corporea e alimentazione.
- **Evitare campagne che descrivano dettagliatamente sintomi e condotte**, privilegiando messaggi culturali, protettivi e non stigmatizzanti.
- **Garantire riunioni multidisciplinari periodiche**, sia all'interno delle singole équipe sia tra le diverse aree piemontesi.

- **Mantenere momenti regionali di discussione dei casi complessi**, formazione ECM e scambio delle pratiche organizzative più efficaci.
- **Prevedere personale amministrativo e segretariale dedicato**, indispensabile per appuntamenti, follow-up, contatti e continuità delle agende.
- **Costruire un sistema regionale di monitoraggio**, rilevando liste d'attesa, tempi di accesso, prestazioni, ricoveri, abbandoni, transizioni ed esiti.
- **Valutare gli esiti in modo multidimensionale**, includendo riduzione degli accessi in urgenza, stabilità clinica, funzionamento sociale e qualità della vita.
- **Aggiornare la mappatura regionale dei servizi e delle associazioni**, rendendola disponibile a professionisti, pazienti e famiglie.
- **Consolidare il tavolo tecnico regionale**, attribuendogli una funzione stabile di programmazione, coordinamento, monitoraggio e interlocuzione con il Ministero.

Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Giovanni Abbate Daga, Psichiatra, Università di Torino e AOU Città della Salute e della Scienza
Monica Agnesone, Direttrice S.C. Psicologia Aziendale A.S.L. Città di Torino
Paola Belci, Medico dietologo, SC Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL CN2
Giampaolo Biroli, Medico dietologo, SC Dietologia, AOU Maggiore della Carità, Novara
Valeria Dealessi, SC Psicologia Clinica, ASL AT
Laura Martignone, Dietista, SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino
Giulia Morando, Medico dietologo, SSD Dietetica e Nutrizione Clinica, ASL AT
M. Cristina Negri, Dietista, SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino
Andrea Pezzana, Direttore SC Nutrizione Clinica, ASL Città di Torino
Sergio Riso, Medico dietologo, SC Dietologia, AOU Maggiore della Carità, Novara
Caterina Signa, Psicologa, SC Psicologia Aziendale, ASL Città di Torino



WWW.MOTORESANITA.IT