

DELIBERAZIONE N. 16

DEL

07 GEN. 2026

OGGETTO: Aggiornamento del modello operativo in caso di disturbi della nutrizione dell'alimentazione attraverso lo sviluppo di PDTA – presa d'atto e approvazione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che:

- questa Azienda Sanitaria Locale intende:
 - a) redigere percorsi diagnostici e terapeutici coerenti e omogenei su tutto il territorio aziendale;
 - b) superare la parcellizzazione degli interventi attraverso la creazione di una connessione con le diverse articolazioni aziendali, in modo particolare, definendo il modello operativo in caso di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione attraverso lo sviluppo del relativo PDTA;

VISTO che

- la Direzione Strategica ha assegnato al Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze l'obiettivo di "aggiornare il modello operativo in caso di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione attraverso lo sviluppo di PDTA";

DATO ATTO che

- a) è stato costituito un gruppo di lavoro, in cui è stato coinvolto personale afferente alle articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che ha redatto il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i disturbi del comportamento alimentare";
- b) tale documento in data 16 dicembre 2025 è approvato e sottoscritto dai componenti del gruppo di lavoro;

VISTI:

- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 relativo alla definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- i Quaderni del Ministero della Salute n.17/22 del 2013 e n. 29 del settembre 2017;
- le Raccomandazioni in PS per un Codice Lilla Ministero della Salute 2018);
- le linee guida internazionali (NICE 2020 e quelle dell'American Psychiatric Association del 2023);

ATTESTATA la legittimità della proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali.

PROPONE

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto:

- **di prendere atto e di approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", redatto dal gruppo di lavoro ad hoc istituito;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento alle seguenti articolazioni:
 - U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
 - U.O.S.M. n. 1 e 2;
 - Servizio dipendenze (SERD);
 - U.O.S.D. Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
 - U.O.S.D. Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

Il Funzionario estensore
(Antonio Nivone)

Firma del Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze
Dott. Domenico Dragone

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

nominata con D.G.R.C. n. 430 del 26/06/2025

immessa nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 98 del 07/08/2025

immessa nel ruolo con la Delibera n. 988 del 09/08/2025

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gaetano Memoli

IL DIRETTORE SANITARIO

Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

- **di prendere atto e approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i disturbi del comportamento alimentare", redatto dal gruppo di lavoro ad hoc istituito;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento alle seguenti articolazioni:
 - U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
 - U.O.S.M. n. 1 e 2;
 - Servizio dipendenze (SERD);
 - U.O.S.D. Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
 - U.O.S.D. Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Direzione del Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per
i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione**

DESCRIZIONE DEL DOCUMENTO

Il committente

- Regione Campania
- Azienda Sanitaria Locale Avellino (cod.201)
- Direzione Generale Aziendale dell'Asl Avellino
- Direzione Sanitaria dell'Asl Avellino
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSM) Avellino

Obiettivo di piano-Linea progettuale

Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità - Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance - Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età evolutiva - Salute mentale e Neuropsichiatria Infantile.

Il gruppo di lavoro

	Partecipante	Profilo Professionale	Approvato e Firmato
DNA	Dr.ssa Elisa Sorrentino	Psichiatra	Si
UOSM n. 1	Dr.ssa Ester Picillo	Psichiatra	Si
UOSM n. 2	Dr.ssa Francesca Denitto	Psichiatra	Si
SPDC	Dr.ssa Katuscka Aquino	Psichiatra	Si
NPIA	Dr.ssa Assunta Maiorano	Neuropsichiatra Infantile	Si

Stesura e revisione del PDTA

Rev n. 1.0

Data Ott. 2025

Modifiche Prima emissione

Redazione Tavolo Tecnico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la presa in carico delle persone con Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Premessa

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono patologie complesse in cui aspetti psicopatologici si embricano a condizioni metaboliche e internistiche anche particolarmente gravi e a condizioni di disagio esistenziale e sociale.

I quadri diagnostici più diffusi sono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

In realtà i DNA configurano un panorama variegato e mutevole che spesso mette in scacco ogni tentativo di definizione diagnostica; il quadro clinico può essere diverso non solo da caso a caso ma anche nella stessa persona in fasi diverse della malattia.

È importante ricordare che i DNA, se non trattati precocemente e adeguatamente, tendono a cronicizzare o ad avere ricadute, essi inoltre rappresentano la patologia psichiatrica con il più alto rischio di esito letale.

La strutturazione dei modelli operativi di presa in carico ivi proposti è stata fatta in base alle linee guida nazionali (Quaderni del Ministero della Salute n.17/22 del 2013 e n. 29 del settembre 2017, Raccomandazioni in PS per un Codice Lilla Ministero della Salute 2018) e internazionali (NICE 2020 e quelle dell'American Psychiatric Association del 2023).

Esse sostanzialmente coincidono nell'indicare, alla base del trattamento dei DNA, due principi generali:

- approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (neuropsichiatri infantili, psichiatri, nutrizionisti clinici, internisti), psicologi, infermieri, dietisti, terapisti della riabilitazione, educatori;
- molteplicità dei contesti di cura a seconda della gravità della patologia e/o delle fasi cliniche del disturbo.

Le linee ministeriali individuano cinque livelli di cura per i DNA:

- Medico di Medicina generale o Pediatra di Libera Scelta (intercettazione precoce del disturbo, monitoraggio clinico, invio all'ambulatorio specialistico)
- ambulatorio specialistico
- trattamento ambulatoriale intensivo o semi-residenziale presso il Centro DCA del DSM (considerato il setting di cura più appropriato e da preferire quando possibile)
- trattamento riabilitativo residenziale (nei casi di particolare gravità o di mancata risposta al trattamento residenziale, quest'ultima evenienza ricorrendo in circa il 30% dei casi)
- ricovero in medicina interna in regime ordinario o di urgenza (malnutrizione grave, complicanze organiche)

Attualmente la UOSD Disturbi del Comportamento alimentare di Solofra eroga un trattamento in regime ambulatoriale intensivo grazie alla presenza di un'équipe multiprofessionale composta da:

- medico psichiatra
- due infermieri
- una terapeuta della riabilitazione psichiatrica
- una psicologa
- un medico nutrizionista
- una biologa nutrizionista

Per quanto riguarda il trattamento residenziale, da riservare ai casi che non rispondono alla cura ambulatoriale o ai casi di maggiore gravità, il centro di riferimento regionale è la residenza di Pastena dell'ASL di Salerno, con cui da tempo intercorre una fattiva cooperazione.

Più complicato, a causa della carenza di posti a livello ospedaliero dedicati a tale specifico disturbo, il ricovero per complicanze internistiche legate alla malnutrizione o allo squilibrio elettrolitico.

Nei casi di DNA in comorbidità con altre patologie psichiatriche, il percorso di cura può comprendere l'intervento dei servizi psichiatrici territoriali e, nell'evenienza di acuzie psicotiche o gesti

autolesionistici, una fase di ricovero in SPDC. L'SPDC, pur essendo un reparto generalista, può tuttavia avvalersi della consulenza del Centro di Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliera Moscati. Analoga collaborazione, concreta nella prassi ma magari suscettibile di una ulteriore sistematicità, intercorre con il SERD per quegli utenti affetti anche da disturbo da uso di sostanze.

Presa in carico delle persone con disturbo della nutrizione e dell'alimentazione

I DNA rappresentano un gruppo eterogeneo e variegato di condizioni, che includono quadri più tipici della prima infanzia, fino a quadri più chiaramente caratterizzanti l'adolescenza e la giovane età adulta. Negli ultimi anni si sta assistendo ad un significativo aumento dei DNA.

Stiamo inoltre assistendo ad una progressiva anticipazione dell'età di esordio dei sintomi alimentari. Il tasso di co-occorrenza con altre condizioni psichiatriche risulta alto. L'AN si presenta infatti, si presenta spesso in concomitanza con altre condizioni psicopatologiche e in associazione con problematiche inerenti alla sfera della suicidalità. Se non tempestivamente riconosciuta ed adeguatamente trattata l'AN può segnare il percorso evolutivo, diventando una causa importante di disabilità ed interruzione del percorso di crescita.

L'anoressia nervosa ha il suo esordio tipicamente durante l'adolescenza, ed è caratterizzata da significativa gravità, rappresentando il disturbo psichiatrico con la mortalità più elevata. Negli ultimi anni è stato segnalato un abbassamento dell'età di insorgenza ed un aumento delle situazioni in cui concomitano problematiche di autolesionismo e pensieri suicidari. Rappresenta pertanto fondamentale che i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza garantiscano un approccio età specifico sia per quanto concerne la fase diagnostica che quella terapeutica in stabile integrazione con gli altri servizi necessari per l'appropriata presa in carico (pediatra, nutrizione clinica, ecc) ed in continuità di cura con i servizi dell'adulto.

Gli elementi fondamentali della presa in carico sono i seguenti:

1. intervento precoce e personalizzato;
2. presenza di un'equipe multidisciplinare dedicata che includa diverse figure professionali con formazione specifica nell'età evolutiva;
3. definizione livelli di intensità di intervento, modulati a seconda delle condizioni cliniche dell'adolescente.

1. Intervento precoce

L'età d'esordio dell'AN si è notevolmente ridotta nell'ultimo decennio. L'esordio precoce coincide pertanto con un maggior rischio di danno secondario alla malnutrizione soprattutto per il sistema osseo e il SNC.

Una diagnosi precoce, che avviene di solito entro 6-12 mesi dall'insorgenza dei comportamenti disfunzionali, consente di:

- evitare la cronicizzazione del quadro clinico con complicanze somatiche, psichiatriche e psicosociali
- garantire una prognosi migliore in adolescenza.
- ridimensionare gli effetti a lungo termine della malnutrizione

Personale coinvolto: docenti e Pediatra di Libera scelta (PBL)

Compito del PLB:

- interagire con istruttori, allenatori o insegnanti in merito ad approcci alimentari salutarì ed effetti negativi dello stigma su forma e peso.
- indirizzare ragazzi e famiglie agli specialisti della salute mentale che si occupano di DNA, qualora rilevino repentina perdita di peso e/o mancato raggiungimento degli standard di crescita previsti.

Quali sono i primi segnali?

- mangiare di nascosto o nascondere il cibo
- cambiamenti nelle abitudini alimentari (tagliare cibo in piccoli pezzi, spostare il cibo nel piatto)
- saltare i pasti
- eseguire rituali nella preparazione del cibo
- evitare alcune categorie di alimenti
- segni indiretti di condotte compensatorie (chiudersi in bagno subito dopo i pasti)
- fluttuazioni del tono dell'umore
- alterazioni del sonno.

Quali sono i soggetti a rischio?

- coloro che praticano danza o sport agonistici con necessità di controllo sul peso e la forma del corpo.
- bambini e adolescenti con obesità infantile
- individui affetti da patologie croniche che richiedono una particolare attenzione sul piano alimentare (diabete, fibrosi cistica, MIC).

2. Le figure professionali dell'equipe multidisciplinare

Figure professionali	Compiti e funzioni
Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta	screening, diagnosi precoce, intercettazione e invio ai centri specialistici
Neuropsichiatra Infantile di competenza territoriale	Case manager per presa in carico ambulatoriale specialistica Raccolta anamnestica tramite colloqui con il minore e la famiglia Valutazione diagnostica integrata (inquadramento nosografico, valutazione delle comorbidità psichiatriche, analisi delle eventuali complicanze neurologiche) Gestione farmacologica Interazione con la rete esterna (scuola, servizi sociali, PLS, strutture ospedaliere o residenziali).
Neuropsichiatra Infantile di competenza ospedaliera	per la presa in carico dei casi più gravi con eventuale ricovero, a seconda del livello di gravità del/della paziente e dell'organizzazione dei Servizi
Specialista in Nutrizione Clinica o pediatra o medico internista specializzato nel trattamento dei pazienti minorenni con disturbo alimentare	valutazione dello stato nutrizionale monitoraggio ematochimico valutazione delle comorbidità mediche. Pianificazione del recupero nutrizionale Educazione alimentare
Dietista o nutrizionista specializzato nel trattamento dei pazienti minorenni con disturbo alimentare	Valutazione nutrizionale Educazione alimentare e rieducazione nutrizionale Supporto motivazionale Pianificazione e monitoraggio piano alimentare
Psicologo psicoterapeuta con formazione nel trattamento dei disturbi alimentari dell'età evolutiva	Somministrazione test psicodiagnostici, psicoterapia individuale e familiare.

Infermiere pediatrico	gestione dell'assistenza medica e delle procedure richieste (ad esempio del pasto assistito)
Educatore professionale o Terapista della riabilitazione Psichiatrica (TERP) specializzato	attivazione di percorsi psicoeducativi supporto domiciliare inserimento in centri diurni socioriabilitativi gestione del pasto assistito
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE)/fisioterapista	supporto agli aspetti riabilitativi fisici e motori, nei casi in cui questo sia indicato;
Assistente sociale	gestione degli aspetti di disagio sociale, elevata conflittualità intrafamiliare, eventuali contatti con l'Autorità Giudiziaria

3. I Diversi livelli di cura

Ambulatorio NPIA specialistico con equipe multidisciplinare	rappresenta la prima linea di trattamento.	<i>Garantisce:</i> Consulenza nutrizionale con eventuali integrazioni Psicoeducazione Psicoterapia individuale e/o familiare Farmacoterapia
Day Hospital	livello intermedio di assistenza per i pazienti con disturbi alimentari che sono stabili dal punto di vista medico e non necessitano di una supervisione 24 ore su 24, ma che hanno bisogno di un'assistenza superiore rispetto a quella ambulatoriale	<i>Garantisce:</i> Consulenza nutrizionale con eventuali integrazioni Psicoeducazione Psicoterapia individuale e / o familiare Farmacoterapia Pasti assistiti Sondino naso gastrico
Trattamento residenziale	Necessario per una minoranza di pazienti. Indicazioni: scarsa motivazione alla guarigione, necessità di una struttura e di una supervisione per prevenire comportamenti rischio (restrizione alimentare, esercizio fisico compulsivo, mancanza rete familiare di supporto, assenza ambiente di cura e/p supporto, insuccesso interventi ambulatoriali o di DH.	<i>Garantisce:</i> Consulenza nutrizionale con eventuali integrazioni Psicoeducazione Psicoterapia individuale e / o familiare Farmacoterapia Pasti assistiti
Ricovero in degenza		<i>Garantisce:</i> Consulenza nutrizionale con eventuali integrazioni Psicoeducazione Psicoterapia individuale e / o familiare Farmacoterapia Pasti assistiti SNG Accessi venosi

Criteri per il ricovero in degenza

- perdita di peso > o uguale ad un 1kg a settimana per due settimane consecutive in un pz malnutrito o rapida perdita di peso in qualsiasi paziente
- rifiuto ad alimentarsi o assunzione prolungata (oltre 2 giorni) di meno di 500 Kcal /die
- M%IMC < a 70 per età e sesso oppure IMC percentile < a 3.
- anomalie ECG: QT lungo e/o bradicardia severa (<40bpm)
- ipotensione ortostatica o sincopi frequenti
- ipotermia (T<35.6)
- disidratazione o rifiuto ad idratarsi
- alterazioni ematochimiche: ipofosfatemia, ipocaliemia, ipoalbuminemia, ipoglicemia, iponatriemia, ipertransaminasemia, anemia, leucopenia
- fallimento interventi medici meno intensivi
- complicanze mediche acute (crisi epilettiche, scompenso cardiaco, pancreatiti)
- significative problematiche psichiatriche: rischio suicidario, condotte autolesive non suicidarie, ritiro sociale, rifiuto scolastico, elevata conflittualità intrafamiliare.

La continuità delle cure nel passaggio dalla neuropsichiatria infantile al DSM

Per garantire la continuità delle cure nel passaggio tra le diverse articolazioni del DSM saranno utilizzate le procedure adottate dall'azienda con delibera n. 1160 del 23 settembre 2025.

Le modalità di accesso al servizio

1. diretto: il familiare può accedere direttamente per informazioni e per il filtro della domanda;
2. programmato: la prima visita o accesso viene effettuata previa impegnativa del MMG o del pediatra di libera scelta, prenotazione al CUP dell'ASL (n. 0825877140 da cellulare; n. verde da fisso 800300992) e pagamento ticket per non esenti;
3. per controlli successivi: tramite prenotazione diretta e pagamento Ticket per non esenti Fasi del percorso Attività Strumento (uno o più scelti secondo il quesito clinico)

Allegati:

- Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Anoressia Nervosa
- Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Disturbo da alimentazione incontrollata
- Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Bulimia Nervosa
- Modello operativo per il trattamento in SPDC delle riacutizzazioni psichiatriche o del rischio suicidario nei DCA

Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Anoressia Nervosa

Fasi del percorso	Attività	Strumenti	Professionista Coinvolto	Tempo in minuti*
Primo contatto	<p>filtro dell'accesso con verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -delle motivazioni della richiesta -del consenso dell'interessata (spesso a contattarci è un familiare) <p>valutazione delle modalità di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -diretto -dal medico di medicina generale - da altro servizio -per transizione dalla Neuropsichiatria Infantile (secondo il modello operativo codificato in delibera n.1160 del 23/09/2025) <p>raccolta di informazioni preliminari</p> <p>istruzioni sugli aspetti formali di accesso al servizio(diretto o prescrizione del medico curante,modalità di prenotazione, pagamento ticket)</p>	colloquio telefonico o front-office	Infermiere	5-15
Accoglienza	<p>acquisizione del consenso informato e privacy</p> <p>raccolta dei dati anagrafici</p> <p>decodifica della richiesta di aiuto</p> <p>coinvolgimento eventuale dei familiari (nel rispetto delle regole della privacy)</p> <p>ingaggio iniziale</p>	<p>intervista semi-strutturata</p> <p>apertura cartella clinica</p>	infermiere	20-30

FASE DIAGNOSTICA				
valutazione psicopatologica	<p>anamnesi</p> <p>esame psichico con particolare attenzione all'immagine corporea e alla presenza di tendenza al perfezionismo e di rigidità di pensiero</p> <p>rilevazione di comorbidità psichiatriche quali</p> <ul style="list-style-type: none"> -disturbi d'ansia -disturbo ossessivo compulsivo -disturbi dell'umore -disturbi psicotici -disturbi di personalità -abuso di sostanze <p>e di eventuali comportamenti a rischio quali</p> <ul style="list-style-type: none"> -condotte di eliminazione - autolesionismo ideazione suicidaria -abuso di sostanze <p>indagine sulla presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo</p> <p>certificazione codice 005</p>	<p>colloquio individuale eventualmente allargato ai familiari</p>	<p>psichiatra psicologo</p> <p>psichiatra</p>	
valutazione dello stato nutrizionale e	<p>raccolta di informazioni su</p> <ul style="list-style-type: none"> - abitudini alimentari 	<p>esame obiettivo :</p>	<p>medico nutrizionista coadiuvato da biologa</p>	

di eventuali complicanze internistiche	<ul style="list-style-type: none"> -apporto idrico - storia del peso -andamento del ciclo mestruale - presenza di rituali alimentari -presenza di iperattività motoria -uso compulsivo della bilancia -calcolo ossessivo delle calorie -vomito auto-indotto -uso di diuretici o lassativi <p>valutazione del rischio fisico</p>	<p>Indice di massa corporea</p> <p>bioimpedenziometria</p> <p>densitometria ossea</p> <p>indagini biomorali e strumentali</p> <p>programmazione di visite specialistiche</p> <p>(gastroenterologo, ginecologo, endocrinologo, cardiologo)</p> <p>diario alimentare</p>	<p>nutrizionista</p> <p>biologa nutrizionista</p>	
valutazione psicologica	<p>studio del profilo di personalità e del funzionamento cognitivo</p> <p>presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo</p>	<p>colloquio psicologico</p> <p>tests psicodiagnostici (EDE, EDE Q, EDI 3, CIA, MMPI-2, tests di livello, etc, a seconda dei casi, in base al giudizio del clinico)</p>	psicologo	
valutazione del contesto familiare e sociale, delle competenze e abilità relazionali	<p>indagine conoscitiva-</p> <ul style="list-style-type: none"> - sulla qualità delle relazioni familiari, scolastiche, lavorative e gruppo dei pari -abitudini familiari relative alla modalità di consumo dei pasti - su quanto i sintomi alimentari condizionano la vita del paziente e dei suoi familiari 	intervista non strutturata	terapista della riabilitazione	

ELABORAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO	definizione del livello assistenziale appropriato elaborazione del programma di riabilitazione psico-nutrizionale	riunione di equipe	equipe multidisciplinare	
proposta del piano terapeutico e promozione dell'alleanza terapeutica	sollecitare la consapevolezza di malattia favorendo il riconoscimento dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, fornendo informazioni sui meccanismi psicologici ad essi sottesi proposta del progetto terapeutico personalizzato illustrandone i modi i tempi e condividendone gli obiettivi a breve e medio e a lungo termine	intervento motivazionale ascolto adozione di atteggiamento non giudicante, empatico offerta di sostegno emotivo che miri a stabilire un rapporto di fiducia comunicazione di informazioni chiare e verifica del livello di comprensione coinvolgimento del paziente e dei familiari nelle scelte terapeutiche	psichiatra psicologo	
PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO				
trattamento psichiatrico	monitoraggio periodico delle condizioni mentali aiutare il paziente a riconoscere i sintomi psicologici determinati dalla malnutrizione rilievo di condizioni di rischio suicidario o di gravi riacutizzazioni della patologia psichiatrica eventualmente associata	uso di farmaci per il trattamento delle comorbidità psichiatriche indicazione al ricovero in ambiente psichiatrico	psichiatra	30

trattamento nutrizionale	<p>monitoraggio periodico dello stato di nutrizione e delle condizioni cliniche</p> <p>recupero del peso</p> <p>rilievo di complicanze internistiche urgenti</p>	<p>esame obiettivo</p> <p>esami biumorali e indagini strumentali</p> <p>regime dietetico personalizzato con il coinvolgimento attivo del paziente</p> <p>prescrizione di supplementi nutrizionali orali, o, nel caso di grave malnutrizione, invio al Centro NAD di S. Angelo dei Lombardi per nutrizione enterale o parenterale</p> <p>invio al ricovero in reparto internistico ospedaliero</p>	medico nutrizionista in collaborazione con il medico di Medicina Generale	
riabilitazione psiconutrizionale	<p>promozione di un adeguato apporto nutrizionale per quantità e qualità</p> <p>ingaggio del paziente sul recupero del peso</p> <p>ripristino delle normali percezioni di fame e sazietà</p> <p>strategie di superamento dei cibi fobici</p> <p>limitare il ricorso all'esercizio fisico compulsivo</p>	<p>utilizzo di strategie e procedure psicologiche</p> <p>pasto assistito (da attivare)</p> <p>gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti e alle famiglie</p>	<p>nutrizionista biologa</p> <p>nutrizionista biologa infermiere</p> <p>terapista della riabilitazione psichiatrica</p>	
percorso psicoterapeutico	<p>sostegno psicologico</p> <p>alfabetizzazione e regolazione emotiva</p> <p>intervento sulla rigidità di pensiero e sulla tendenza al perfezionismo</p>	<p>incontri individuali e/o di gruppo</p> <p>intervento familiare sulle</p>	psicologo psichiatra	45 min

	lavoro sul disturbo dell'immagine corporea e sull'accettazione del proprio aspetto fisico	dinamiche disfunzionali		
percorso riabilitativo	<p>promozione di stili di vita salutari</p> <p>modifica dei comportamenti disfunzionali del paziente e eventualmente dei familiari che determinano eccessiva conflittualità o che contribuiscono al mantenimento del sintomo alimentare</p> <p>lavoro sulle competenze relazionali che aiutino ad uscire da una condizione di isolamento o a superare problematiche scolastiche o lavorative</p>	<p>giochi di role-playing</p> <p>social skills training</p> <p>gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti o, a seconda dei casi, alle famiglie</p> <p>laboratori espressivi</p>	<p>terapista della riabilitazione psichiatrica</p> <p>infermiere</p>	30-60
Coordinamento e integrazione dei trattamenti	<p>condivisione di informazioni significative relative al paziente, la famiglia o all'ambiente scolastico, lavorativo</p> <p>monitoraggio dell'andamento del percorso terapeutico e verifica dei risultati e delle criticità</p>	<p>cartella clinica condivisa</p> <p>riunione di equipe giornaliera</p> <p>supervisione del gruppo curante (da attivare)</p>	<p>tutta l'equipe</p> <p>professionista esperto esterno</p>	<p>30-60</p> <p>almeno 3 ore al mese</p>
DIMISSIONE	valutazione degli esiti del trattamento	riunione di equipe	psichiatra	

Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Disturbo da alimentazione incontrollata

Fasi del percorso	Attività	Strumenti	Professionista Coinvolto	Tempo in minuti*
Primo contatto	<p>filtro dell'accesso con verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -delle motivazioni della richiesta -del consenso dell'interessata (spesso a contattarci è un familiare) -delle modalità di invio: diretto, dal medico curante o da altro servizio(in particolare per transizione dalla Neuropsichiatria Infantile secondo il modello operativo codificato in delibera n.1160 del 23/09/2025) <p>raccolta di informazioni preliminari</p> <p>istruzioni sugli aspetti formali di accesso al servizio(diretto o prescrizione del medico curante, modalità di prenotazione, pagamento ticket)</p>	colloquio telefonico o front-office	Infermiere	5-15
Accoglienza	<p>acquisizione del consenso informato e privacy</p> <p>raccolta dei dati anagrafici</p> <p>decodifica della richiesta di aiuto</p> <p>coinvolgimento eventuale dei familiari (nel rispetto delle regole della privacy)</p> <p>ingaggio iniziale</p>	<p>intervista semi-strutturata</p> <p>apertura cartella clinica</p>	infermiere	20-30
FASE				

	valutazione del rischio fisico quali -obesità -sindrome metabolica -diabete	indagini bioumorali e strumentali programmazione di visite specialistiche (gastroenterologo, ginecologo, endocrinologo, cardiologo)		
		diario alimentare	biologa nutrizionista	
valutazione psicologica	studio del profilo di personalità e del funzionamento cognitivo emotivo e relazionale con individuazione dei fattori di mantenimento del disturbo quali vergogna, bassa autostima, ricorso al cibo per la regolazione emotiva. presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo	colloquio psicologico tests psicodiagnostici (BES EDI 3, EDE, EDE Q, CIA,, etc ,a seconda dei casi, in base al giudizio del clinico)	psicologo	
valutazione del contesto familiare e sociale, delle competenze e abilità relazionali	indagine conoscitiva- - sulla qualità delle relazioni familiari, scolastiche, lavorative e gruppo dei pari -abitudini familiari relative alla modalità di consumo dei pasti - su quanto i sintomi alimentari condizionano la vita del paziente e dei suoi familiari	intervista non strutturata	terapista della riabilitazione	

ELABORAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO	definizione degli obiettivi clinici e riabilitativi e del livello assistenziale appropriato elaborazione del percorso di cura multidisciplinare integrato	riunione di equipe	equipe multidisciplinare	
proposta del piano terapeutico e promozione dell'alleanza terapeutica	sollecitare la consapevolezza di malattia favorendo il riconoscimento dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, fornendo informazioni sui meccanismi psicologici ad essi sottesi proposta del progetto terapeutico personalizzato illustrandone i modi i tempi e condividendone gli obiettivi a breve e medio e a lungo termine	intervento motivazionale ascolto adozione di atteggiamento non giudicante, empatico offerta di sostegno emotivo che miri a stabilire un rapporto di fiducia comunicazione di informazioni chiare e verifica del livello di comprensione coinvolgimento del paziente e dei familiari nelle scelte terapeutiche	psichiatra psicologo	
PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO				
trattamento psichiatrico	monitoraggio periodico delle condizioni mentali e dell'andamento dei sintomi psichici associati supporto motivazionale sulla continuità terapeutica prevenzione delle ricadute rilievo di condizioni di rischio suicidario o	trattamento farmacologico (ansiolitici ,serotoninergici quali la fluoxetina, topiramato) indicazione al ricovero in	psichiatra	30

	di gravi riacutizzazioni della patologia psichiatrica eventualmente associata	ambiente psichiatrico		
trattamento nutrizionale	monitoraggio periodico dello stato di nutrizione e delle condizioni cliniche	esame obiettivo esami bioumorali e indagini strumentali regime dietetico personalizzato che miri a ridurre il senso di fame e l'eventuale sindrome metabolica	medico nutrizionista in collaborazione con il medico di Medicina Generale	
riabilitazione psiconutrizionale	promozione di un adeguato apporto nutrizionale per quantità e qualità ripristino delle normali percezioni di fame e sazietà	utilizzo di strategie e procedure psicologiche gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti e alle famiglie	nutrizionista biologa nutrizionista biologa infermiere terapista della riabilitazione psichiatrica	
percorso psicoterapeutico	sostegno psicologico alfabetizzazione e regolazione emotiva Eventuale lavoro con il gruppo familiare	psicoterapia individuale e/o di gruppo intervento familiare sulle dinamiche disfunzionali	psicologo psichiatra	45 min 60-90

percorso riabilitativo	<p>promozione di stili di vita salutarì</p> <p>modifica dei comportamenti disfunzionali del paziente e eventualmente dei familiari che determinano eccessiva conflittualità o che contribuiscono al mantenimento del sintomo alimentare</p> <p>lavoro sulle competenze relazionali che aiutino ad uscire da una condizione di isolamento o a superare problematiche scolastiche o lavorative</p>	<p>giochi di role-playing</p> <p>social skills training</p> <p>gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti o, a seconda dei casi, alle famiglie</p> <p>laboratori espressivi esperienziali</p>	<p>terapista della riabilitazione psichiatrica</p> <p>infermiere</p>	30-60
Coordinamento e integrazione dei trattamenti	<p>condivisione di informazioni significative relative al paziente, la famiglia o all'ambiente scolastico, lavorativo</p> <p>monitoraggio dell'andamento del percorso terapeutico e verifica dei risultati e delle criticità</p>	<p>cartella clinica condivisa</p> <p>riunione di equipe giornaliera</p> <p>supervisione del gruppo curante (da attivare)</p>	<p>tutta l'equipe</p> <p>professionista esperto esterno</p>	<p>30-60</p> <p>almeno 3 ore al mese</p>
DIMISSIONE	valutazione degli esiti del trattamento	riunione di equipe	psichiatra	

Modello operativo per la presa in carico dei pazienti adulti affetti da Bulimia Nervosa

Fasi del percorso	Attività	Strumenti	Professionista Coinvolto	Tempo in minuti*
Primo contatto	<p>filtro dell'accesso con verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -delle motivazioni della richiesta -del consenso dell'interessata (spesso a contattarci è un familiare) <p>valutazione delle modalità di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -diretto -dal Medico di Medicina Generale -da altro Servizio - per transizione dalla Neuropsichiatria Infantile (secondo il modello operativo codificato in delibera n.1160 del 23/09/2025) <p>raccolta di informazioni preliminari</p> <p>istruzioni sugli aspetti formali di accesso al servizio(diretto o prescrizione del medico curante,modalità di prenotazione, pagamento ticket)</p>	colloquio telefonico o front-office	Infermiere	5-15
Accoglienza	<p>acquisizione del consenso informato e privacy</p> <p>raccolta dei dati anagrafici</p> <p>decodifica della richiesta di aiuto</p> <p>coinvolgimento eventuale dei familiari (nel rispetto delle regole della privacy)</p> <p>ingaggio iniziale</p>	<p>intervista semi-strutturata</p> <p>apertura cartella clinica</p>	infermiere	20-30

FASE DIAGNOSTICA				
valutazione psicopatologica	anamnesi esame psichico rilevazione di comorbidità psichiatriche quali -ansia -depressione -ADHD -disturbi di personalità e di eventuali comportamenti a rischio quali -elevata frequenza delle abbuffate e delle condotte di eliminazione - autolesionismo - ideazione suicidaria -abuso di alcool o di sostanze - stupefacenti indagine sulla presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo certificazione codice 005	colloquio individuale eventualmente allargato ai familiari	psichiatra psicologo psichiatra	45-60
valutazione dello stato nutrizionale e di eventuali	raccolta di informazioni su - abitudini alimentari -'apporto idrico	esame obiettivo : Indice di massa corporeo	medico nutrizionista coadiuvato da biologa nutrizionista	

complicanze internistiche	<ul style="list-style-type: none"> - storia del peso -modalità e frequenza delle condotte di eliminazione <p>valutazione del rischio fisico quali</p> <ul style="list-style-type: none"> -obesità -sindrome metabolica -diabete -disturbi elettrolitici -lesioni gastro-esofagee 	<p>bioimpedenziometria</p> <p>indagini bioumorali e strumentali</p> <p>programmazione di visite specialistiche (gastroenterologo, ginecologo, endocrinologo, cardiologo)</p> <p>diario alimentare</p>	biologa nutrizionista	
valutazione psicologica	<p>studio del profilo di personalità e del funzionamento cognitivo emotivo e relazionale con individuazione dei fattori di mantenimento del disturbo quali vergogna ,bassa autostima,ricorso al cibo per la regolazione emotiva.</p> <p>presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo</p>	<p>colloquio psicologico</p> <p>tests psicodiagnostici (EDE,EDE-Q, EDI 3,CIA, MMPI-2, tests di livello ,etc ,a seconda dei casi,in base al giudizio del clinico)</p>	psicologo	
valutazione del contesto familiare e sociale, delle competenze e abilità relazionali	<p>indagine conoscitiva-</p> <ul style="list-style-type: none"> - sulla qualità delle relazioni familiari,scolastiche,lavorative e gruppo dei pari -abitudini familiari relative alla modalità di consumo dei pasti 	intervista non strutturata	terapista della riabilitazione	

	- su quanto i sintomi alimentari condizionano la vita del paziente e dei suoi familiari			
ELABORAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO	definizione degli obiettivi clinici e riabilitativi e del livello assistenziale appropriato elaborazione del percorso di cura multidisciplinare integrato	riunione di equipe	equipe multidisciplinare	
proposta del piano terapeutico e promozione dell'alleanza terapeutica	sollecitare la consapevolezza di malattia favorendo il riconoscimento dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, fornendo informazioni sui meccanismi psicologici ad essi sottesi proposta del progetto terapeutico personalizzato illustrandone i modi i tempi e condividendone gli obiettivi a breve e medio e a lungo termine	intervento motivazionale ascolto adozione di atteggiamento non giudicante, empatico offerta di sostegno emotivo che miri a stabilire un rapporto di fiducia comunicazione di informazioni chiare e verifica del livello di comprensione coinvolgimento del paziente e dei familiari nelle scelte terapeutiche	psichiatra psicologo	
PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO				
trattamento psichiatrico	monitoraggio periodico delle condizioni mentali e dell'andamento dei sintomi psichici associati supporto motivazionale sulla continuità	trattamento farmacologico (ansiolitici, serotoninergici quali la fluoxetina)	psichiatra	30

	<p>terapeutica prevenzione delle ricadute</p> <p>rilievo di condizioni di rischio suicidario o di gravi riacutizzazioni della patologia psichiatrica eventualmente associata</p>	<p>indicazione al ricovero in ambiente psichiatrico</p>		
trattamento nutrizionale	<p>monitoraggio periodico dello stato di nutrizione e delle condizioni cliniche</p> <p>rilievo di complicanze internistiche urgenti (squilibri elettrolitici, rottura gastrica o esofagea)</p>	<p>esame obiettivo</p> <p>esami bioumorali e indagini strumentali</p> <p>somministrazione di integratori per prevenire gli squilibri elettrolitici secondari al vomito e all'uso di diuretici e lassativi</p> <p>regime dietetico personalizzato che miri a ridurre il senso di fame e l'eventuale sindrome metabolica</p> <p>invio al ricovero in reparto internistico ospedaliero</p>	<p>medico nutrizionista in collaborazione con il medico di Medicina Generale</p>	
riabilitazione psiconutrizionale	<p>promozione di un adeguato apporto nutrizionale per quantità e qualità</p> <p>ripristino delle normali percezioni di fame e sazietà</p>	<p>utilizzo di strategie e procedure psicologiche</p> <p>pasto assistito (da attivare)</p>	<p>nutrizionista biologa</p> <p>nutrizionista biologa infermiere</p>	

	riduzione delle condotte di eliminazione	gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti e alle famiglie	terapista della riabilitazione psichiatrica	
percorso psicoterapeutico	sostegno psicologico	psicoterapia individuale e/o di gruppo	psicologo psichiatra	45 min
	alfabetizzazione e regolazione emotiva Eventuale lavoro con il gruppo familiare	intervento familiare sulle dinamiche disfunzionali		60-90
percorso riabilitativo	promozione di stili di vita salutar modifica dei comportamenti disfunzionali del paziente e eventualmente dei familiari che determinano eccessiva conflittualità o che contribuiscono al mantenimento del sintomo alimentare lavoro sulle competenze relazionali che aiutino ad uscire da una condizione di isolamento o a superare problematiche scolastiche o lavorative	giochi di role-playing social skills training gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti o, a seconda dei casi, alle famiglie laboratori espressivi esperienziali	terapista della riabilitazione psichiatrica infermiere	30 60
Coordinamento e integrazione dei trattamenti	condivisione di informazioni significative relative al paziente, la famiglia o all'ambiente scolastico, lavorativo monitoraggio dell'andamento del percorso terapeutico e verifica dei risultati e delle criticità	cartella clinica condivisa riunione di equipe giornaliera supervisione del gruppo curante (da attivare)	tutta l'equipe professionista esperto esterno	30-60 almeno 3 ore al mese
DIMISSIONE	valutazione degli esiti del trattamento	riunione di equipe	psichiatra	

Modello operativo per il trattamento in SPDC delle riacutizzazioni psichiatriche o del rischio suicidario nei DCA

Fasi del percorso	Attività	Strumenti	Professionista Coinvolto	Tempo in minuti*
PRIMO CONTATTO	<p>attività di consulenza in PS (rif. Codice Lilla 2018 del Ministero della Salute) o in reparto di degenza (attività di consultazione)</p> <p>filtro dell'accesso con verifica: -delle motivazioni della richiesta -del consenso dell'interessata</p> <p>valutazione del tipo di invio: -diretto -da altro servizio -ricovero concordato e condiviso con il centro DCA, previa accettazione ospedaliera di PS</p> <p>raccolta di informazioni preliminari</p>	colloquio clinico e psicologico, eventuale intervento psicoeducazionale	psichiatra	20-40
AMMISSIONE AL RICOVERO	<p>acquisizione del consenso informato e privacy come da procedura di ricovero</p> <p>raccolta dei dati anagrafici</p> <p>decodifica della richiesta di aiuto coinvolgimento eventuale dei familiari (nel rispetto delle regole della privacy)</p> <p>diagnosi di ammissione</p>	<p>apertura cartella clinica</p> <p>colloquio clinico</p> <p>raccolta di informazioni dal</p>	psichiatra	<p>20-30</p> <p>30-60</p>

	definizione degli obiettivi, dei tempi e delle modalità del ricovero ingaggio iniziale	Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare		
APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO	valutazione psichiatrica esame obiettivo esame psichico valutazione dello stato nutrizionale e di eventuali complicanze internistiche valutazione psicologica: -studio del profilo di personalità e del funzionamento cognitivo emotivo e relazionale con individuazione dei fattori di mantenimento del disturbo -presenza di eventi stressanti o traumatici che hanno preceduto il disturbo valutazione del contesto familiare e sociale, delle competenze e abilità relazionali	colloqui individuali quotidiani osservazione delle modalità di comportamento durante la degenza consulenze specialistiche esami bioumorali e indagini strumentali colloquio psicologico tests psicodiagnostici (EDE EDI 3, MMPI-2, tests di livello, etc, a seconda dei casi, in base al giudizio del clinico) intervista non strutturata con il paziente e i familiari	psichiatra infermieri Servizio di Nutrizione Clinica ospedaliera Medicina Interna psicologo psichiatra psicologo	45-60
TRATTAMENTO	sceita della terapia farmacologica	trattamento farmacologico	psichiatra	

PSICHIATRICO	appropriata monitoraggio della risposta clinica al trattamento farmacologico	intervento motivazionale monitoraggio dell'andamento clinico e dell'indagini biomorali	psichiatra infermieri	
TRATTAMENTO PSICOLOGICO	intervento motivazionale intervento di supporto per il paziente e per i familiari lavoro sul riconoscimento e gestione dei sintomi e della disregolazione emotiva	colloqui individuali terapie di gruppo	psicologo psichiatra	
TRATTAMENTO NUTRIZIONALE	eventuale recupero del peso e di un adeguato apporto idrico e alimentare	regime dietetico personalizzato prescrizione di supplementi nutrizionali attività di sostegno e supervisione durante i pasti	nutrizionista clinico psicologo psichiatra infermieri	
TRATTAMENTO RIABILITATIVO	promozione di stili di vita salutar modifica dei comportamenti disfunzionali del paziente e eventualmente dei familiari che determinano eccessiva conflittualità o che contribuiscono al mantenimento del sintomo alimentare lavoro sulle competenze relazionali che aiutino ad uscire da una condizione di isolamento o a superare problematiche scolastiche o lavorative	gruppi psicoeducativi rivolti ai pazienti o, a seconda dei casi, alle famiglie laboratori espressivi	equipe multidisciplinare	30 60
COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE	condivisione di informazioni significative relative al paziente, la famiglia o	riunione di equipe con coinvolgimento del Centro	tutta l'equipe	

DEI TRATTAMENTI	all'ambiente scolastico o lavorativo monitoraggio dell'andamento del percorso terapeutico e verifica dei risultati e delle criticità	DCA		
DIMISSIONE	verifica della risoluzione dell'acuzie psichiatrica con stabilizzazione psichica e invio al Centro DCA per la continuità terapeutica	colloquio con il paziente e con i familiari condivisione con l'equipe ambulatoriale del Centro DCA	psichiatra psicologo	

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il
07 GEN. 2026

