

**PROCEDURA AZIENDALE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE
INTERDIPARTIMENTALE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLA
NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

Rev. 0 Del 16.01.2024	Approvata dal Comitato per il Rischio Clinico	Verificato dal Responsabile della U.O.S. Rischio Clinico e Qualità Dr. Giovanni Ruta	Autorizzato alla diffusione dalla Direzione Strategica Aziendale Commissario Straordinario Dott. Fabrizio Russo
Pagine 15			



Indice

1. Background.....	3
2. Obiettivi e campo di applicazione	4
3. Responsabilità	5
4. Modalità operativa.....	6
PROCEDURA ASSISTENZIALE	7
5. Riferimenti bibliografici	15

Allegato

1. Background

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), includono quadri clinici complessi che presentano una genesi multifattoriale in cui si intrecciano con modalità e gravità diverse, aspetti nutrizionali e organici, psichici e sociali, che rendono necessario un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Secondo la classificazione del DSM-5 i più frequenti sono: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da *binge eating* (BED), disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo. Tali disturbi possono essere associati a una maggiore frequenza di complicanze internistiche, comorbidità psichiatrica e rischio suicidario.

Solitamente i DNA esordiscono in età evolutiva e colpiscono maggiormente la popolazione femminile. I disturbi dell'alimentazione sono uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e nei giovani adulti dei Paesi occidentali, rappresentando la seconda causa di morte in età giovanile. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza lifetime 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 (0.8 per gli uomini) in un anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, 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.

La pandemia da Covid-19 ha ulteriormente intensificato l'incidenza e la prevalenza dei DNA, con un aumento orientativo di circa il 30-40 %. A fronte di un esponenziale aumento dei casi in età preadolescenziale e adolescenziale, con un notevole impatto sui servizi di cura ospedalieri e territoriali, anche i casi relativi all'età adulta hanno presentato recidive e peggioramenti clinici con aumento della morbilità/mortalità.

I disturbi alimentari sono patologie particolarmente complesse e di lunga durata, talvolta con esiti non prevedibili. Per tale motivo appare rilevante riconoscerne i segnali precocemente, intercettare il profondo disagio ed evitare la cronicizzazione delle problematiche fisiche e psicologiche.

Nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, la multifattorialità dell'intervento ha un ruolo cruciale. Ciò significa che nella cura dei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, il percorso di cura deve integrare gli interventi psicologi, medici, nutrizionali e socio-ambientali.

Le Linee di indirizzo regionali del 2017 per l'organizzazione dei percorsi clinici ed assistenziali per i DNA, prevedono l'attivazione di ambulatori dedicati per minori e adulti presso i Dipartimenti di Salute Mentale con equipe multiprofessionali, adeguatamente formate, al fine di garantire interventi in linea con i più recenti protocolli operativi e terapeutici.

Secondo le linee di indirizzo regionale ogni équipe multiprofessionale deve includere i seguenti operatori:

- medico psichiatra/neuropsichiatra infantile
- medico internista/pediatra
- psicologo clinico /psicoterapeuta
- dietista
- assistente sociale
- tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore
- infermiere

Le figure sopra indicate si intendono presenti in ogni ambulatorio (minori e adulti).

Ove non sia possibile strutturare servizi completamente dedicati, le linee di indirizzo del Ministero della Salute (cfr. Quaderno n. 29/sett. 2017) indicano che, a seconda delle realtà esistenti, si possono realizzare servizi organizzati a “matrice” o “lean” ovvero utilizzo di risorse professionali esistenti, impiegate anche in ambiti diversi e debitamente selezionate per expertise, specializzazione e aggiornamento, “a chiamata”, ovvero “attivabili” e “disattivabili” in base al reale bisogno di cura sul piano quantitativo (numero di pazienti) e qualitativo (complessità dei casi). Si realizza in tal modo un modello basato sulla condivisione delle competenze tra persone che appartengono a diverse aree funzionali.

2. Obiettivi e campo di applicazione

La procedura ha lo scopo di definire percorsi assistenziali per i minori (0-17 anni e 11 mesi) e per giovani adulti (dai 18 anni) affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, attraverso la creazione di una rete assistenziale integrata, adottando il modello a “matrice”, basato sulla collaborazione interdipartimentale e integrazione fra servizi ambulatoriali e ospedalieri della ASP di Ragusa: Dipartimento di salute mentale (U.O.C. NPI, SERT, U.O.C. Psichiatria), Ambulatorio per l'obesità infantile e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, Dipartimento Materno Infantile (U.O.C. Pediatria ospedaliera), Dipartimento di Medicina Interna, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, U.O.S. di Lungodegenza.

Glossario

DNA: Disturbi della Nutrizione e dell'alimentazione

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

U.O.C. Psichiatria: Modulo dipartimentale di Salute Mentale per adulti

U.O.C. NPI: Unità Operativa Complessa Neuropsichiatria Infantile

SerT.: Servizio per le dipendenze patologiche.

PS: Pronto Soccorso

P.A.: Pressione arteriosa

B.M.I.: *Body mass index* (Indice di massa corporea)

F.C.: frequenza cardiaca

ECG: Elettrocardiogramma

D.H.: Day hospital

BED: *Binge eating disorder*

3. Responsabilità

L'unità ambulatoriale specialistica ha il compito di definire la diagnosi internistico-nutrizionale, la diagnosi psicologico-psichiatrica e stabilire i livelli di trattamento (ambulatorio e/o ricovero) in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente.

Ruoli:

Medico psichiatra/neuropsichiatra infantile: responsabile della valutazione psicopatologica e della definizione della diagnosi psichiatrica; insieme agli specialisti di area internistico/nutrizionale e agli psicologi clinici definiscono il programma di trattamento e svolgono, con gli psicologi, attività di psicoterapia.

Medico specialista in area internistica o pediatrica: valuta lo stato nutrizionale e delle condizioni cliniche del paziente attraverso indagini cliniche, strumentali e di laboratorio; individua la presenza di complicanze con prescrizione di opportuni trattamenti farmacologici; stabilisce tempi e modalità di controlli clinici con lo scopo di arrivare a una stabilizzazione medica che possa consentire il percorso psicoterapeutico senza rischi per la salute fisica.

Psicologo: partecipa alla fase di valutazione psicodiagnostica del paziente anche attraverso l'uso di specifici strumenti psicometrici; insieme agli altri specialistici contribuisce a definire la diagnosi e il progetto terapeutico; effettua interventi psicoterapeutici

Dietista: coinvolto in tutto l'iter dalla valutazione iniziale, la fase riabilitativa, il follow-up, effettua interventi di psicoeducazione alimentare, gestione del vitto e assistenza ai pasti in collaborazione con educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica, ove presenti.

Infermiere: gestione di primo contatto/triage, lista d'attesa e prenotazione, assistenza infermieristica e contributo alla realizzazione del programma di trattamento in day hospital o intervento ambulatoriale intensivo.

Assistente sociale/operatore opportunamente formato: gestione di primo contatto, lista d'attesa e prenotazione, colloquio con famiglie e interventi socio-ambientali.

E' di fondamentale importanza promuovere la "formazione continua" degli operatori coinvolti.

4 Modalità operativa

PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE MINORE

La procedura assistenziale riguarda l'intervento ambulatoriale per i minori della fascia di età 0-17aa 11 mesi .

Il livello di intervento ambulatoriale prevede una fase diagnostica con valutazioni internistiche/nutrizionali, neuropsichiatrica e psicologica e la successiva elaborazione di un progetto individuale di presa in carico per il trattamento (supporto farmacologico di eventuali complicanze internistiche, terapia nutrizionale e rieducazione alimentare, psicofarmacologia, psicoterapia individuale e/o familiare, intervento psicoeducativo con i familiari) coordinato da un case manager.

Si accede al percorso ambulatoriale attraverso invio da parte del Pediatra di libera scelta o del Medico di Medicina Generale o tramite accesso diretto, telefonando al seguente numero 0932/740209, nei giorni di Martedì e Giovedì dalle 12.00 alle 13.00, presso Ambulatorio di Obesità infantile e dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

L'operatore dedicato compila una scheda di primo contatto effettuando un triage telefonico per individuare la priorità di accesso e inserimento in lista d'attesa.(Vedi Allegato).

La prima visita è effettuata dall'equipe dell'ambulatorio della nutrizione e dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (pediatra, psicologo, dietista) con successivo invio all'equipe di U.O.C NPI del distretto territoriale di competenza del paziente (Modica- Ragusa- Vittoria).

Protocollo di metodologia diagnostica di base

- Esame clinico con valutazione dello stato di nutrizione (peso corporeo, BMI, circonferenza vita, circonferenza braccio, P.A, F.C., esame obiettivo completo, esame bioimpedenziometrico)
- Valutazione anamnestica dell'andamento ponderale
- Valutazione quali-quantitativa dell'anamnesi alimentare pregressa e in atto
- Esame neurologico
- Valutazione psicodiagnostica
- Valutazione delle relazioni familiari

Il medico internista prescrive le indagini cliniche di I livello (emocromo, elettroliti sierici, protidogramma, amilasemia, lipasemia, prove di coagulazione, funzionalità tiroidea, prolattinemia, cortisolo e cortisoloria, ECG e visita cardiologica ed altre eventuali MOC secondo necessità clinica) A conclusione del percorso diagnostico, l'equipe multiprofessionale elabora il progetto di presa in carico e contestualmente individua il case manager (pediatra, NPI, psicologo). Il progetto terapeutico viene successivamente condiviso dall'equipe con il paziente e la famiglia.

In caso di necessità di ricovero, in assenza di posti letto presso U.O.C. Ospedaliera di NPIA (centro di riferimento per i DNA – Ospedale di Acireale), si procederà al ricovero presso U.O.C. di Pediatria di ASP RG, nei reparti dei tre distretti secondo disponibilità di posti letto, con collaborazione fra equipe ospedaliera e il case manager del paziente (Responsabile ambulatorio obesità infantile e DNA e/o NPI del distretto territoriale di appartenenza del paziente).

Indicatori di ricovero ordinario

- Astenia e/o algie precordiali
- Pressione arteriosa <80/50 – Bradicardia (FC <40 bpm) o tachicardia (FC>90 bpm)
- ECG: qualsiasi aritmia, allungamento del tratto QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST, anomalie dell'onda T
- T<35,5° o acrocianosi
- Indice di massa corporea (rapportato alle curve dei centili per età e sesso): BMI < 3° percentile >1° percentile di crescita per età e per sesso
- Dimagrimento rapido o brutale
- Arresto alimentare o introito giornaliero <500 Kcal per un periodo di 2 giorni o più, in paziente con età inferiore ai 18 anni
- Alterazioni esami ematochimici: (iponatremia, ipoKalemia, ipoalbuminemia, ipertransaminasemia, ipoglicemia)
- Stato bulimico
- Vomito pluriquotidiano
- Psicopatologia severa
- Gravi disarmonie ambientali
- Rischio suicidario
- Necessità di parentectomia

PROCEDURA ASSISTENZIALE DEGLI ADULTI

La procedura assistenziale riguarda l'intervento ambulatoriale per gli adulti. Tuttavia, appare opportuno per continuità terapeutica accogliere giovani dai 17 anni procedendo con "dimissioni" protette protratte da parte del Servizio di NPI alla U.O.C. Psichiatria/SerT al fine di evitare la "frammentazione" e favorire una transizione atta ad assicurare l'omogeneità e la continuità degli interventi.

Il livello di intervento ambulatoriale prevede una fase diagnostica con valutazioni internistiche/nutrizionali, psichiatrica e psicologica e la successiva elaborazione di un progetto individuale di presa in carico per il trattamento (supporto farmacologico di eventuali complicanze internistiche, terapia nutrizionale e rieducazione alimentare, psicofarmacologia, psicoterapia individuale e/o familiare, intervento psicoeducativo con i familiari) coordinato da un case manager psichiatra.

Si accede al percorso ambulatoriale attraverso invio da parte del Medico di Medicina Generale, NPI, o tramite accesso diretto, telefonando al seguente numero 0932/448906 e 0932/448905, nei giorni di martedì e mercoledì dalle 12.00 alle 13.00, presso il Ser.T di Modica.

L'operatore dedicato (infermiere o assistente sociale formato) compila una scheda di primo contatto effettuando un triage telefonico per individuare la priorità di accesso (Scheda in allegato, per la valutazione di sintomi fisici, comportamentali, psicologici), e l'inserimento in lista d'attesa.

La prima visita è effettuata dal medico psichiatra o dall'internista sulla base di priorità sanitarie di organico o psicologico/psichiatrico già rilevabili durante il primo contatto, attraverso la definizione del livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica e di quella dello stato di salute mentale, secondo le indicazioni APA.

La valutazione del rischio dei soggetti adulti con DNA può essere determinata dai seguenti diversi criteri (Quaderni Ministero della Salute settembre 2017, Codice lilla rev. 2020):

1. Gravità fisica → grado di malnutrizione per difetto o per eccesso
→ rapidità della perdita/aumento di peso
→ stato delle condizioni fisiche (compromissione dei parametri vitali,
→complicanze d'organo o generali);
2. Gravità della psicopatologia specifica del DNA e/o della psicopatologia associata e complicata dal DNA, dal grado di motivazione alla cura;
3. Gravità della comorbilità fisica o psichiatrica quali ideazione suicidaria, eventuale presenza di comportamenti autolesivi (APA 2006 livello I, NICE 2004 grado C)
4. Gravità connessa alla presenza di un ambiente familiare e/o sociale problematico o non supportivo.

Protocollo di metodologia diagnostica di base

- Esame clinico con valutazione dello stato di nutrizione (peso corporeo, BMI, P.A, F.C., esame obiettivo completo, esame bioimpedenziometrico)
- Valutazione anamnestica dell'andamento ponderale;
- Valutazione quali-quantitativa dell'anamnesi alimentare pregressa e in atto;
- Valutazione psichiatrica
- Valutazione psicodiagnostica;
- Valutazione delle relazioni familiari.

A conclusione del percorso diagnostico, l'equipe multiprofessionale elabora il progetto di presa in carico e contestualmente individua il case manager (psichiatra, psicologo, medico internista, nutrizionista). Il progetto terapeutico viene successivamente condiviso dall'equipe con il paziente. Utile, se possibile, il coinvolgimento della famiglia.

In caso di necessità di ricovero per alto rischio collegato alla condizione fisica e presenza di condotte e sintomi gravemente a rischio tanto da essere indicatori per il monitoraggio ospedaliero dell'utente prima ancora che diventi altamente instabile dal punto di vista medico, lo specialista predispone il ricovero urgente e gli utenti saranno inviati alle U.O.C. Ospedaliere di Medicina Interna di ASP, nei tre distretti secondo disponibilità di posti letto, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e la stabilizzazione medico-nutrizionale attuabile solo attraverso terapie per fleboclisi, alimentazione con sondino gastrico o la necessità di esami di laboratorio giornalieri, con la collaborazione fra equipe ospedaliera e case manager psichiatra.

In caso di gestione di rischio suicidario, di comorbidità psichiatrica e di necessità di TSO, gli utenti saranno ricoverati presso gli SPDC di Scicli e di Ragusa secondo la disponibilità di posto letto.

Indicatori di ricovero ordinario in UOC Medicina

- Astenia e/o algie precordiali
- Pressione arteriosa <80/50 – Bradicardia(FC<40 bpm) o tachicardia(FC>110 bpm/min)
- ECG: qualsiasi aritmia, allungamento del tratto QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST, anomalie dell'onda T
- T<35,5° o acrocianosi
- Indice di massa corporea: BMI inferiore a 13 Kg/m²
- Dimagrimento rapido o brutale (valutazione sia in termini di velocità della perdita complessiva, sia nelle ultime due settimane): perdita di peso >di 1 Kg alla settimana per due settimane consecutive in un paziente in stato di malnutrizione.
- Arresto alimentare o anamnesi positiva recente per alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi
- Alterazioni esami ematochimici: (iponatremia, ipoKalemia, ipoalbuminemia, ipertransaminasemia, ipoglicemia)
- Stato bulimico
- Vomito pluriquotidiano

Indicatori di ricovero ordinario in SPDC

- Psicopatologia severa
- Autolesionismo
- Gravi disarmonie ambientali
- Uso di sostanze
- Rischio suicidario

ACCESSO PRONTO SOCCORSO- PERCORSO LILLA

I pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono accedere al Pronto Soccorso (PS) con sintomi sia psicopatologici che organici. Per molti pazienti l'accesso al PS spesso è la prima occasione di richiesta di aiuto.

Il ruolo di operatori sanitari in PS adeguatamente formati diventa fondamentale in questa fase e può rappresentare una preziosa occasione per l'avvio di un percorso terapeutico specialistico multidisciplinare.

Il "**percorso Lilla**" in PS, definito nel documento del Ministero della Salute in allegato, è l'indicazione operativa per medici ed infermieri che in condizione di urgenza devono effettuare il triage, valutare i parametri vitali di soggetti affetti da DNA e organizzare la presa in carico con un approccio multidisciplinare e invio alla rete ambulatoriale dedicata (minori/adulti).

PERCORSO LILLA

in Pronto Soccorso



In Pronto Soccorso è importante trovare uno spazio idoneo per l'accoglienza della persona con DNA dove avviare il cosiddetto "Percorso lilla", per accompagnarla dal triage alla presa in cura.

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

Si possono ulteriormente proporre al paziente consulenze psicologiche che lo aiutino a prendere coscienza del problema.

CLASSIFICAZIONE (per la definizione dei relativi stati patologici si rimanda al DSM-5)

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da Binge-Eating
- Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione con Specificazione e senza Specificazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- Pica

ANAMNESI AL TRIAGE

- Rapide modificazioni del peso corporeo (es. 1kg per sett. per almeno 6 sett. o perdita > 10% peso abituale in 2-3 mesi;) e/o improvviso rifiuto del cibo (rischio altissimo: adulti digiuno per 5 gg consecutivi o più; età < 18 anni apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 gg consecutivi).
- Presenza di episodi di abbuffata e/o metodi compensatori ultime 4 sett. (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, supplementi tiroidei, eccessivo esercizio fisico).
- Comparsa o aumento di sintomi psichici quali ansia, irritabilità, insonnia, depressione, ideazione suicidaria, autolesionismo.
- Anamnesi positiva per uso di alcool e/o sostanze.
- Vegetarianismo o veganesimo soprattutto in giovani donne.

SEGNI E SINTOMI

Generali: • Marcata perdita di peso, aumento ponderale o fluttuazione del peso nell'ultimo periodo • Temperatura corporea < 36 ° • Acrocianosi • Ipersensibilità al freddo • Letargia • Fratture/storia di fratture spontanee o per piccoli traumi • Petecchie congiuntivali • Xerosi e xerostomia • Capogiri • Pre-lipotimia e Lipotimia.

Neurologici: Sindrome di Wernike-Korsakoff • Confusione mentale e/o amnesia • Convulsioni • Vomito (associato al predetto quadro neurologico) • Vertigini • Alterazione dei riflessi osteo tendinei • Deficit di forza muscolare.

Orali e dentali: • Traumi e lacerazioni orali • Erosioni dentali e carie • Gengiviti/parodontiti • Ipertrofia ghiandole salivari

Cardiorespiratori: • Dolore toracico • Cardiopalmo • Astenia severa • Aritmie • Bradicardia sinusale • Tachicardia e tachicardia posturale • Edemi declivi • Ipotensione • Ipotensione ortostatica.

Gastrointestinali: • Ematemesi • Emorroidi e prolasso rettale • Sanguinamenti rettali • Stipsi • Dolore addominale • Porpora.

Endocrini: • Storia di amenorrea.

Dermatologici: • Calli o cicatrici sul dorso delle mani (segno di Russell).

Neuropsichiatrici: • Segni di autolesionismo • Ideazione suicidaria • Storia di tentato suicidio.

INDICI PER STABILIRE LA GRAVITÀ DELLO STATO DEL PAZIENTE:

Esame obiettivo (parametri fondamentali ed essenziali):

- **Peso corporeo.** Rischio alto IMC < 13 Kg/m². Rischio altissimo IMC < 12,0 Kg/m²; età pediatrica rischio alto ICM < 1° percentile di crescita per età e sesso.
- **Pressione arteriosa.** Rischio alto: PA sistolica < 90 mmHg e PA diastolica < 60 mmHg; altissimo rischio: PA sistolica < 80 mmHg, PA diastolica < 50 mmHg; rischio alto: calo PA sistolica > 10 mmHg in ortostatismo; rischio altissimo: calo PA sistolica > 20 mmHg in ortostatismo.
- **Frequenza cardiaca.** Rischio alto se > 110bpm (> 10 battiti in ortostatismo); Rischio altissimo se < 40 bpm o > 120 bpm o significativa tachicardia posturale (> 20 battiti in ortostatismo).
- **Temperatura corporea.** Rischio alto se < 35,5° con estremità fredde/acrocianosi; rischio altissimo se < 35° con estremità fredde/acrocianosi.

Test di laboratorio

- **Glicemia.** Rischio alto < 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo < 2.5 mmol/L (45 mg/dl).
- **Na.** Rischio alto per valori < 130 mmol/L o > 145 mmol/L; rischio altissimo per valori < 125 mmol/L o > 160 mmol/L.
- **K.** Rischio alto se < 3.5 mmol/L; rischio altissimo se < 2.5 mmol/L.
- **Mg.** Rischio alto se < 0.7 mmol/L; rischio altissimo se < 0.5 mmol/L.
- **P.** Rischio alto se < 0.8 mmol/L; rischio altissimo se < 0,3 mmol/L.
- **Urea.** Rischio alto se > 7 mmol/L; rischio altissimo > 10 mmol/L.
- **Enzimi epatici.** Rischio alto se mediamente elevati; rischio altissimo se marcatamente elevati (AST e/o ALT > 500 U/L).
- **Emocromo.** Rischio alto se neutrofili < 1500/mmc; rischio altissimo se < 1000/mmc.
- **Albumina.** Rischio alto se < 35 g/L; rischio altissimo se < 30 g/L.
- **Prealbumina.** Valori bassi (VN 18-38 mg/dl) sono estremamente suggestivi di malnutrizione (malnutrizione severa < 8 mg/dl).
- **CPK.** Rialzo dei livelli sierici sia dell'isoforma muscolare che di quella cardiaca riflettono l'eccesso di attività fisica.

IMPORTANTE: L'alterazione dei compartimenti idrici e fenomeni di adattamento legati al deficit nutrizionale possono falsare gli usuali esami ematochimici e mostrare risultati apparentemente normali.

Altri esami

ECG. Rischio alto: polso aritmico e/o QTc \geq 470ms nei maschi e \geq 480ms nelle femmine; rischio altissimo: QTc > 500ms. Cause più comuni di allungamento del QT: l'ipokaliemia, l'ipomagnesemia e l'assunzione di farmaci come gli SSRI e gli antidepressivi triciclici.

Esami delle urine: calciuria e fosfaturia (indicatore precoce del rischio di refeeding syndrome).

CRITERI DI AMMISSIONE AL RICOVERO OSPEDALIERO

Uno o più dei seguenti:

- Peso corporeo IMC < 12 kg/m².
- Temperatura corporea < 35°C o estremità fredde/acrocianosi.
- Gravi alterazioni degli esami di laboratorio (K < 2.5 mmol/L, NA < 125 mmol/L, Glicemia a digiuno < 2.5 mmol/L; Mg < range normalità; fosfato < range normalità; compromissione dei parametri epatici e renali).
- Alterazioni significative del ritmo cardiaco e/o della frequenza cardiaca (120bpm < FC \leq 40bpm; incremento FC > 20bpm rispetto al basale in ortostatismo; Aritmie, incluso QTc allungato, anomalie dell'onda T, alterazioni aspecifiche del tratto ST; PAS < 80mmHg; significativa ipotensione ortostatica (calo PAS > 20mmHg in ortostatismo);
- Gravi complicazioni mediche della malnutrizione (es. Sincope, convulsioni, insufficienza cardiaca, insufficienza epatica, renale, pancreatite); marcata disidratazione.

In presenza di grave depressione e rischio suicidario, per l'indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico è indicata una consulenza psichiatrica in PS. Le indicazioni al ricovero urgente in ambiente ospedaliero vengono valutate anche in relazione alla disponibilità nell'ambito del territorio di servizi specialistici per i DNA che siano in grado di erogare trattamenti intensivi a livello ambulatoriale e/o di day-hospital. Rischio alto: il ricovero ospedaliero è indicato. Rischio altissimo: il ricovero è sempre indicato e riguarda esplicitamente il trattamento medico in acuzie.

CRITERI MEDICI DI DIMISSIONE

- Stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio.
- Bilanciamento del quadro elettrolitico.
- Risoluzione di pericolose aritmie cardiache.

È utile, se possibile, contattare il MdmG/PLS, gli specialisti che hanno in cura il paziente o la più vicina struttura specialistica multidisciplinare per DNA.

INVIO A STRUTTURE SPECIALISTICHE

Mappa dei servizi specializzati e delle associazioni dedicati alla cura dei DNA: www.disturbialimentarionline.it

Cenni di trattamento medico

Si rende necessario quando sono presenti segni di instabilità dei parametri ematici e clinici tali da mettere a rischio grave la salute fisica o psichica del paziente.

Obiettivo:

Stabilizzazione medica tramite lenta e graduale reidratazione/renutrizione, con particolare attenzione alla prevenzione di pericolose complicanze mediche e al rischio di sofferenze d'organo (cuore e rene principalmente) o di decesso.

Suggerimenti per il trattamento:

- Evitare infusioni rapide di eccessive quantità di liquidi (rischio insufficienza cardiaca in pazienti con comportamenti purgativi e con compromessa funzionalità). Consigliato regime infusionale di 10-15 ml/kg/die.
- La REIDRAZIONE deve essere avviata con soluzione glucosata al 5%, supplementata in potassio, fosforo, magnesio con attento monitoraggio dei parametri ematici. Effettuare frequenti controlli per il rischio di rapide riduzioni delle concentrazioni di elettroliti ematici. Iniziare a scalare l'apporto successivamente con la normalizzazione dei parametri ematici.
- Si consiglia l'utilizzo di FOSFORO ORGANICO, piuttosto che la miscelazione di sali organici del fosforo in presenza di altri elementi (Ca, Mg) poiché riduce il rischio di formazione di precipitati.
- Nei gravi malnutriti prima della ripresa della nutrizione/idratazione, è indicata somministrazione profilattica di 200-300 mg di TIAMINA per via parenterale. Proseguire la supplementazione per altri 10 giorni per via orale (se non sussiste malassorbimento) o parenterale.
- Se necessario il refeeding in PS, preferire nutrizione enterale tramite sondino naso-gastrico, iniziando con 5-10 Kcal/Kg peso corporeo attuale.

INDICAZIONI PER IL PERSONALE DEL PRONTO SOCCORSO

- **Personale infermieristico:** è necessaria adeguata esperienza e specifico training che consentano, nell'ambito del processo di triage, non solo di individuare i bisogni di salute ma anche di utilizzare capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto ed al sostegno emotivo.
- **Personale medico:** dovrebbe vedere il paziente adulto da solo; nel caso di minori, chiedere ai genitori di poterlo fare con il loro consenso.
- **Approccio individuale:** facilita l'esplorazione della prospettiva del paziente sulla consultazione e sulla natura del problema e getta le basi per lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa; È consigliabile tuttavia ascoltare le informazioni fornite dagli accompagnatori, anche nei maggiorenni, a causa della frequente scarsa collaborazione da parte del paziente (compatibilmente alla normativa sulla privacy).

MODALITÀ COMUNICATIVE:

- Informare il paziente sugli obiettivi della valutazione e sottolineare che l'esclusiva preoccupazione sarà il suo bene e che il personale opererà solo per suo conto, su sua volontà.
- Ascoltare il punto di vista del paziente senza commenti.
- Mostrare empatia cercando il dialogo, consapevoli che i sintomi presentati sono l'espressione di una malattia, non di una volontà del paziente.
- Non stigmatizzare.
- Mostrare sensibilità all'ambivalenza nei confronti del trattamento.

Contenuti a cura del GdL che ha redatto il documento:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2961_allegato.pdf

5 Riferimenti bibliografici

- Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei Disturbi dell'alimentazione, Quaderni del Ministero della Salute n. 17/22, Luglio Agosto 2013.
- Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare. Approvazione Standards. D.A. 03/02/2017 GURS 03/03/2017 Parte I N° 9.
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, N. 29, Settembre 2017.
- Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: Raccomandazioni per i familiari. Ministero della Salute 26 marzo 2018.
- Ministero Della Salute. 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.
- The impact of the covid-19 pandemic on eating disorders: a systematic review. Daniel J. Devoe Et Al. International Journal Of Eating Disorders/Early View Wiley Online Library 5/04/2022.
- Approvazione del Documento contenente i nuovi Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e la nuova Rete ambulatoriale regionale per il trattamento dei DNA – Suppl. ord. GURS (p.I) n.46 del 3 novembre 2023 (n. 38)



ALLEGATO 1

SCHEDA DI PRIMO CONTATTO

Data Contatto (accesso/telefonata): _____

Dati di chi effettua la richiesta di prenotazione della visita:

Cognome e Nome _____ tel _____

Effettua la richiesta per (se stesso, familiare, altri):

Il paziente è consapevole della richiesta d'intervento SI NO

Il paziente concorda nel richiedere l'intervento SI NO

Dati Anagrafici Paziente:

Cognome e
Nome _____ Età _____ M/F

Domicilio _____ tel _____

Altri contatti _____

Inviante:

MMG/PLS Dr/Dr.ssa _____ telefono _____

Indirizzo mail _____

PARAMENTRI RIFERITI: PESO _____ ALTEZZA _____ IMC _____

Indice di massa corporea (IMC)	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Altissimo
	<15.0->13,5	<13	<12
IMC Minori	< 3° / > 1° percentile *	< 1° percentile	

*percentile di crescita per età e sesso (Codice Lilla, 2020)

Note cliniche: (Instabilità dell'umore, Insonnia, Atti autolesivi, Stati dolorosi riferiti, Svenimenti, Fumo e uso improprio di sostanze psicoattive, Gravi tensioni familiari, altro)

Orientamento

Diagnostico: _____

Esito Accoglienza

	URGENZA/PRIORITÀ	EMERGENZA	NO DNA
LISTA D'ATTESA Livello gravità lieve (la maggior parte dei sintomi riferiti sono di entità lieve/moderata)	(Visita entro 7 giorni) Livello gravità moderato/grave (entità medio/grave dei sintomi, esordio entro 6 mesi, età < 20aa)	(Ricovero ospedaliero) Livello gravità estremo con presenza di sintomi > 3 di entità grave /BMI <14, altre condizioni cliniche riscontrate	(Invio altra struttura)

Data 1ª Visita: _____

*Le voci indicate con asterisco secondo la linea guida del "Codice Lilla" sono indicatori di estrema gravità e indicano la necessità di immediata Valutazione Medica presso Presidio Ospedaliero

Firma operatore

SINTOMO	LIEVE	MEDIO	GRAVE
Restrizione calorica/digiuno: riduzione quantitativa e qualitativa degli alimenti assunti	Restrizione quantitativa, con mantenimento dei pasti principali e assunzione di tutti i nutrienti	Restrizione quantitativa, con esclusione di alcuni nutrienti e sporadico digiuno ai pasti principali	Restrizione severa dell'introito calorico, frequenti digiuni ai pasti
			Alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi *
			Digiuno (rifiuto di assumere cibo) per 2 giorni consecutivi in pazienti di età inferiore a 18 anni *
Riduzione di apporto idrico giornaliero	intake > 1 litro	Intake ≤1 litro	Intake solo dietro stimolazione
Calo ponderale nell'ultimo mese			Perdita recente di oltre 1 kg di peso corporeo per un periodo di almeno 2 settimane consecutive
Calo ponderale negli ultimi 6 mesi	3 - 5 Kg	6 - 10 kg	> 10 kg
Alterazioni del ciclo	Variazioni del flusso e della periodicità	Variazioni del flusso e della periodicità (amenorrea da meno di 6 mesi)	Variazioni del flusso e della periodicità (amenorrea da più di 6 mesi)
Esercizio fisico eccessivo e compulsivo	esercizio fisico quotidiano eccessivo, per durata e intensità, senza compromissione delle normali attività di studio lavoro e socializzazione	esercizio fisico quotidiano eccessivo, per durata e intensità, accompagnato da compulsività, con parziale compromissione delle normali attività di studio, lavoro e socializzazione	Esercizio fisico di durata, frequenza e intensità eccessivi, soggetto a compulsività, potenzialmente dannosi per la salute tale da compromettere le normali attività di studio, lavoro e socializzazione, accompagnato da grave senso di colpa e ansia quando è rimandato
Vomito autoindotto Abituale	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	>7 episodi a settimana
Abuso lassativi/diuretici (specificare)	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana
Abbuffate	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	8-13 episodi a settimana
Interferenza funzionamento psicosociale	Mantenimento principali attività	Riduzione attività principali	Interruzione principali attività
Rischio suicidario	Ideazione assente	Ideazione senza T.S.	Pregressi T.S.
Durata sintomi	< 6 mesi	< 12 mesi	>12 mesi