
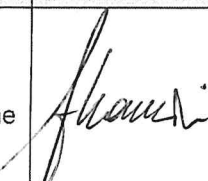
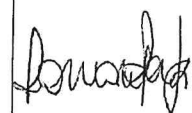




	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022  Pag. 1 di 22

### UOC TUTELA SALUTE MATERNO INFANTILE

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza Dott. F. Mancini		UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dott. Maurizio Musolino	Direzione Sanitaria Aziendale Dott.ssa Assunta De Luca
Centro Disturbi del Comportamento Alimentare – DCA Dott.ssa R. Bonifazi		 UOS Governo Clinico e Sistema Qualità Dott.ssa Antonella Stefania Morgante	
UOS Governo Clinico e Sistema Qualità Dott.ssa A. S. Morgante			



*Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.*

#### Gruppo di lavoro:

Direzione Sanitaria Aziendale – Dott.ssa A. S. Morgante  
 Staff UOC Risk Management e Qualità – Dott.ssa C. Graziani  
 Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) – Dott.ssa R. Bonifazi  
 UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza – Dott. F. Mancini  
 Direttore UOC Medicina Interna – Dott. L. Moriconi  
 Servizio di Nutrizione Clinica – Dott. A. Salandri  
 Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia – Dott. C. Oliva  
 Direttore UOC Tutela Salute Materno-Infantile – Dott. V. Spina  
 Direzione Medica Ospedaliera – Dott. M. Angelucci  
 Responsabile UOSD Pediatria e neonatologia – Dott. M. De Martinis  
 Direttore UOC GPA – Dott.ssa A. Barsacchi  
 Assistenti Sociali – Dott.ssa M. C. Petrini  
 Dirigente Medico Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza – Dott.ssa R. Ruzzetti  
 Responsabile UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – Dott. M. Bustini  
 Responsabile UOSD Laboratorio Analisi – Dott. S. Venarubea



#### STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
18/08/2022	0	Prima stesura

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b>  <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 2 di 22

## INDICE

1.	PREMESSA GENERALI E INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DEI DNA.....	3
2.	OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....	7
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
4.	ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	7
5.	MODALITA' OPERATIVE.....	8
5.1	CLASSIFICAZIONE ED INDICI DI GRAVITA' E COMPORTAMENTI PATOLOGICI.....	8
5.2	VALUTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO.....	9
6.	SEGN E SINTOMI.....	11
6.1	SINTOMI INDICATIVI DI RISCHIO CLINICO.....	11
6.2	SEGN CLINICI INDICATIVI DI RISCHIO CLINICO.....	12
6.3	INDICI DI GRAVITA' DELLO STATO DEL PAZIENTE.....	13
6.4	ALTRI SEGN E SINTOMI INDICATIVI DELLO STATO DI GRAVITA' DEL PAZIENTE.....	15
6.5	VALUTAZIONE CLINICA IN EMERGENZA.....	15
6.6	INDICATORI CHE VENGONO SUGGERITI PER L'AMMISSIONE AL RICOVERO OSPEDALIERO .....	16
6.7	PRINCIPALI COMPORTAMENTI DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE CHE CAUSANO COMPLICANZE FISICHE.....	16
7.	TRATTAMENTO CLINICO-TERAPEUTICO.....	17
8.	IL COORDINATORE SERVIZIO DNA.....	18
9.	DIMISSIONE PAZIENTE E PRESA IN CARICO DA PARTE DEL SERVIZIO DNA.....	18
10.	DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	20
11.	MATRICE DI RESPONSABILITA'.....	21
12.	MODALITA' DI MONITORAGGIO.....	22
13.	MODALITA' DI DIFFUSIONE.....	22
14.	MODALITA' DI AGGIORNAMENTO.....	22
15.	RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	22

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022  Pag. 3 di 22

## 1. PREMESSE GENERALI E INQUADRAMENTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DEI DNA

I disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono sindromi psichiatriche caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti connessi all'alimentazione che determinano un alterato consumo di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale. Caratteristiche tipiche dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono l'ambivalenza nei confronti del trattamento, la scarsa consapevolezza di malattia e la sottovalutazione della gravità dei sintomi clinici da parte degli individui. Ciò, anche in presenza di un evento acuto, può ostacolare il riconoscimento che il Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione sia alla base dei sintomi (riferiti e rilevati) e rendere più difficili il corretto inquadramento e l'adeguato trattamento.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono patologie frequenti negli adolescenti e nei giovani adulti che possono influire negativamente sullo sviluppo corporeo e sulla salute fisica e psicosociale, comportando, a volte, gravi problemi medici, sia acuti sia cronici. I pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione possono accedere al Pronto Soccorso con sintomi vari, sia psicopatologici sia organici. Gli studi disponibili indicano che molte di queste persone non ricevono una diagnosi e un trattamento appropriato. Soprattutto l'accesso in emergenza può rappresentare per il paziente l'avvio di un percorso terapeutico specialistico.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, comunemente conosciuti come Disturbi del Comportamento Alimentare, costituiscono oggi una delle emergenze sanitarie più preoccupanti del mondo occidentale, con una diffusione rapida ed una rilevanza sconcertanti tali da assumere le caratteristiche di una epidemia sociale: l'espansione è direttamente proporzionale al diffondersi di nuovi modelli, stili di vita e di cultura del corpo.



L'insorgenza è da attribuirsi in età evolutiva, con un abbassamento sempre più rilevante dell'età, andando a coinvolgere la fase preadolescenziale: circa il 20% delle nuove diagnosi riguarda la fascia 8-14 anni (Banchieri, G., 2020), con prevalenza dell'Anoressia Nervosa (AN) intorno allo 0,2-0,8% e della Bulimia Nervosa (BN) intorno al 3%, con un'incidenza dell'AN di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui mentre per la BN di 9-12 casi per anno su 100.000 individui.

Dal lockdown imposto dalla pandemia SARS-Cov-2/Covid-19 ad oggi, gli accessi in Pronto Soccorso per patologie alimentari sono quadruplicati, proporzionalmente all'incremento evidenziato del 30% di nuovi casi di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, specie nella fascia preadolescenziale e adolescenziale.

Le statistiche parlano di 3,5-4 milioni di italiani (il 5% della popolazione, di cui il 70% adolescenti) affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA) che, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, rappresentano la seconda causa di morte (dopo gli incidenti stradali) con circa 4 mila decessi all'anno per le ragazze nella fascia d'età tra i 12 e i 25 anni. Secondo i dati della prima indagine epidemiologica nazionale sul tema, diffusi lo scorso febbraio dal Ministero della Salute, l'incidenza di anoressia e bulimia è aumentata del 30% per effetto della pandemia (+50% delle richieste di prime visite ambulatoriali/DH), con un picco soprattutto tra i giovanissimi (12-17 anni di età di entrambi i sessi), colpiti fino a quattro volte di più rispetto al periodo pre-Covid a causa dell'isolamento, della permanenza forzata a casa, della chiusura delle scuole e dell'annullamento delle iniziative di coinvolgimento sociale.

L'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) si manifestano in Italia tra i 15 e i 18 anni, con un'età media di insorgenza con due picchi (15 e 18 anni); negli ultimi anni si è però assistito ad un notevole abbassamento dell'età di esordio, 8-12 anni di età, con conseguente elevato rischio di danni permanenti, secondari soprattutto allo stato di malnutrizione.

Il 70% delle persone affette è in età adolescenziale e pre-adolescenziale. Il 30 % delle persone che vivono con un DCA è adulta.

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b>  <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 4 di 22

L'Anoressia Nervosa è un disturbo prevalentemente femminile con un rapporto 10:1 tra femmine e maschi; la prevalenza lifetime nelle femmine è di circa lo 0,9% per AN, 1,5% per la BN e 3,5% per il Binge Eating Disorder (BED). 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.

L'incidenza dell'Anoressia Nervosa è stimata per il sesso femminile in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, e fra lo 0.02 e 1.4 nuovi casi per 100.000 persone nel sesso maschile. Quella della Bulimia Nervosa (BN) è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per il genere maschile. L'AN è la seconda causa di morte tra gli adolescenti dopo gli incidenti stradali. Secondo uno studio di HAY et al. 2017, l'AN rappresenta l'8% dei casi, il disturbo dell'alimentazione evitante-restrittivo il 5% dei casi, il Binge Eating disorder il 22% dei casi e i disturbi dell'alimentazione con altra specificazione il 47% dei casi.

Nell'Anoressia Nervosa, il tasso di remissione è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio, 70-80% dopo 8 o più anni. Nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita.

La prevalenza nella vita di AN non è risultata associata con genere e status socioeconomico dei soggetti affetti, scolarità e stato civile del genitore (Swanson et al., 2011). Nello studio statunitense di Hudson et al. (2007), AN è risultata 3 volte più frequente nelle donne che negli uomini.

### **Le ospedalizzazioni in Italia per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:**

Il trend del tasso di ricovero per DNA in Italia negli anni 2014-2018, considerando tutte le diagnosi per DNA nel loro complesso, ha un andamento pressoché costante nel tempo. Si assiste a un moderato calo dell'età mediana e della proporzione di ricoveri di sesso femminile rispetto a quelli maschili. Si evidenzia che il numero medio di giorni di degenza rimane pressoché costante nel tempo ed è sempre maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

Prendendo in considerazione le diagnosi scorporate nelle varie forme di DNA, emerge in termini assoluti una prevalenza di ricoveri per Anoressia Nervosa. La diagnosi principale "Disturbo alimentare, non specificato" risulta, per il numero e la percentuale di ricoveri, seconda per rilevanza.

Si evidenzia un lieve incremento nel tempo nella percentuale dei ricoveri per DNA in diagnosi principale e/o secondaria in regime di ricovero ordinario rispetto al ricovero diurno, andamento che non si rileva se si considerano solo i ricoveri per DNA in diagnosi principale.

I ricoveri sono rappresentati, in maniera costante nel tempo, da circa il 95% di pazienti di nazionalità italiana. Si sottolinea un trend crescente nel tempo della percentuale di cittadini di Cina, Francia e Nigeria.



Gli accessi diretti dal Pronto Soccorso sono in calo e risultano una percentuale compresa tra il 20% e il 10%.

Nella popolazione maschile il tasso di ospedalizzazione è più alto nelle fasce d'età più giovani (<10 e 10-14 anni) rispetto alle femmine e segue un andamento decrescente, mentre nelle femmine il tasso è più alto nella fascia 15-19 anni e segue una distribuzione normale.

Prendendo in considerazione il livello di istruzione, non si rilevano particolari differenze né tra il sesso femminile e quello maschile, né tra le prime tre diagnosi principali di disturbo alimentare.

Per quanto riguarda la provenienza, cioè l'invio al ricovero ospedaliero o diurno, si evince che la maggior parte dei ricoveri proviene da un ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura (34,4%), da un invio dell'istituto di cura con proposta di un medico (21,9%), da altri



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022  Pag. 5 di 22

invii non tracciati (21,4%). Si evidenzia come i ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso o dall'osservazione breve siano solo il 15% circa.

La diagnosi principale più frequente risulta essere l'Anoressia Nervosa, in quanto presenta più rischio di acuzie e quindi necessità di ricovero ospedaliero. al secondo posto troviamo i disturbi dell'alimentazione non specificati e al terzo posto emerge la diagnosi di obesità grave.

Emerge che i reparti dove vengono ricoverati più frequentemente pazienti con DNA risultano essere quelli di recupero e riabilitazione funzionale, psichiatria e medicina generale. Inoltre al quarto e quinto posto si trovano i reparti di pediatria e neuropsichiatria infantile, a conferma del dato di abbassamento dell'età di insorgenza dei DNA.

Analizzando le prime 20 diagnosi secondarie dei ricoveri con diagnosi principale di Anoressia Nervosa si evidenzia come, dopo il primo posto, troviamo due disturbi psichiatrici, quali disturbo ossessivo compulsivo e disturbo di personalità borderline, riconosciute in letteratura come due tra le più frequenti comorbidità psichiatriche dell'Anoressia Nervosa. Analizzando le prime 20 diagnosi secondarie dei ricoveri con diagnosi principale di bulimia, troviamo conferma nei dati della letteratura che ci indicano la presenza in comorbidità di disturbi di personalità e dell'umore.

Per quanto riguarda la variabilità dei tassi di ospedalizzazioni nelle diverse regioni italiane, emergono forti differenze tra una regione e l'altra.

#### **Gli accessi in pronto soccorso in Italia per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**

Considerando tutte le diagnosi per DNA nel loro complesso si assiste a un aumento del tasso di accesso in Pronto Soccorso nel tempo, quasi raddoppiato dal 2014 al 2018 (5,0 per 100.000 abitanti vs 9,0). Tale aumento è più evidente nei maschi (si passa dal 3,8 nel 2014 all'8,0 nel 2018, +110%) rispetto alle femmine (6,1 vs 10,0, +64%). Questo andamento differisce da quello rilevato per i ricoveri ospedalieri dove il tasso di ricovero è rimasto pressoché costante nel tempo.

Contrariamente ai ricoveri ospedalieri, dove si rileva un tasso di ricovero maggiore per diagnosi di Anoressia Nervosa, nel caso degli accessi al Pronto Soccorso le diagnosi prevalenti sono "Altri disturbi dell'alimentazione" e "Disturbo alimentazione, non specificato".

Il numero e la percentuale di accessi per diagnosi principale nel tempo mostra un incremento dal 2014 al 2018, sia nei maschi sia nelle femmine.

Gli accessi sono rappresentati, in maniera costante nel tempo, da circa il 93% di pazienti di nazionalità italiana.



Nella popolazione femminile il tasso di accesso al Pronto Soccorso è più alto che nei maschi. Questo andamento si rileva in tutte le fasce di età, fatta eccezione per la fascia <10 anni. Si evidenzia la rilevanza dei tassi di accesso dei pazienti minorenni, a testimonianza dell'abbassamento di età di esordio dei DNA.

La diagnosi principale più frequente risulta essere "Altri disturbi dell'alimentazione", seguita dalla diagnosi per "Disturbi dell'alimentazione non specificati" e al terzo posto "Anoressia nervosa".

Considerando la diagnosi di Anoressia Nervosa, si evince che nella popolazione femminile il tasso di accesso al Pronto Soccorso è più alto che nei maschi. Il tasso di accesso risulta più alto per pazienti nella fascia d'età 15-19. Si evidenzia la rilevanza dei tassi di accesso dei pazienti minorenni, a testimonianza dell'abbassamento di età di esordio dei DNA.

#### **Tasso di mortalità e cause di morte in Italia per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:**

Considerando tutte le cause di morte per DNA nel loro complesso si nota un andamento decrescente nel tempo del tasso di mortalità. Si può osservare, per tutte le diagnosi, un'età mediana situata nella fascia di età adulta, o di anzianità.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022
		Pag. 6 di 22

Prendendo in considerazione le cause di morte scorporate nelle varie forme di DNA emerge in termini assoluti una prevalenza di decessi per Anoressia Nervosa.

Tra i più forti predittori di una morte precoce sono risultati essere: una diagnosi di Anoressia Nervosa, la cronicità del disturbo e una più tarda età di esordio.

L'eziologia multifattoriale di tali disturbi si manifesta attraverso un insieme di sindromi con elementi psicopatologici comuni, che si evidenziano con alterazioni fisiche nonché affettive, cognitive e comportamentali. La diagnosi tempestiva, anche in sede ospedaliera, è necessaria al fine di evitare gravi conseguenze sia sul piano psicologico che su quello organico; la ricerca scientifica degli ultimi anni ha dimostrato che il trattamento di queste patologie risulta tanto più efficace quanto più precoce è l'intervento multidisciplinare altamente strutturato e protratto.



Il Servizio Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) della ASL di Rieti, afferente alla UOC Tutela della Salute Materno Infantile, propone l'attuazione del percorso "Codice Lilla" come indicato dal Ministero della Salute nella revisione degli ***"Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con Disturbi della Nutrizione e dell'alimentazione"*** del 2020.

#### DATI DI ATTIVITA' DELL'AMBULATORIO DCA RIETI DA SETTEMBRE 2019 A GIUGNO 2022

PAZIENTI	TOTALI
PAZIENTI AFFERITI DA SETTEMBRE 2019 AD OGGI	127
NUOVI ACCESSI GENN-GIUGNO 2022 PRESSO IL CENTRO DCA	38
PAZIENTI IN CARICO AD OGGI	55

#### Genere

SESSO	N° PAZIENTI
Maschi	18
Femmine	109
Totale	127

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022
		Pag. 7 di 22

### Fasce di età

ETÀ	TOTALI
<9	1
9-13 anni	11
14-24	75
25-35	21
>35	19
Totale	127

### Diagnosi

PATOLOGIA	TOTALI
Anoressia Nervosa	37
Bulimia Nervosa	11
Binge Eating Disorder	33
DAN con Altra Specificazione	23
Evitante Restrittivo	1
No DNA	22
Totale	127

## 2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Con il presente documento si vogliono fornire le linee di indirizzo per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento in emergenza-urgenza del paziente con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.



## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata da tutto il personale sanitario che presta servizio presso le UU.OO di Pronto Soccorso, Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, UOSD di Pediatria, Dipartimento di Medicina e da tutte le ulteriori figure di supporto e riferimento per l'attuazione del presente percorso di presa in carico e trattamento.

## 4. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

**UU.OO.:** unità operative

**DNA:** Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 8 di 22

**MRGE:** malattia da reflusso gastroesofageo

**IMC:** Indice di Massa Corporea (in inglese Body Mass Index – BMI)



**DCA:** Disturbi del Comportamento Alimentare

## 5. MODALITÀ OPERATIVE

### 5.1 Classificazione ed indici gravità e comportamenti patologici

Il Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) definisce e distingue i diversi quadri di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Di questi i principali sono:

- **Anoressia Nervosa** (F50.01 tipo restrittivo; F50.02 Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione). Le persone che soffrono di Anoressia Nervosa limitano drasticamente l'assunzione di cibo e hanno un'intensa paura di ingrassare nonostante stiano perdendo peso e/o abbiano raggiunto un grave sottopeso. Ai comportamenti di restrizione alimentare si possono accompagnare episodi di abbuffata, vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo, uso improprio di farmaci lassativi e diuretici. Nelle donne il ciclo mestruale è perlopiù assente. Lo stato di salute e l'accrescimento sono gravemente compromessi.
- **Bulimia nervosa** (F50.2) Le persone con Bulimia Nervosa presentano episodi ricorrenti di abbuffata caratterizzati dal mangiare, in un periodo definito di tempo (per es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili, e dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa o quanto si sta mangiando). Gli episodi di abbuffata sono seguiti da ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo. Anche nella Bulimia Nervosa i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo e lo stato di salute può essere gravemente compromesso.
- **Disturbo da Binge-Eating** (F50.81). Le persone con Disturbo da Binge-Eating, come quelle con Bulimia Nervosa, presentano episodi ricorrenti di abbuffata, ma questi non sono seguiti da condotte compensatorie. Gli episodi di abbuffata sono associati ad almeno tre delle seguenti caratteristiche: mangiare molto più rapidamente del normale; mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni; mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati; mangiare da soli perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando; sentirsi disgustato di se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'abbuffata. Inoltre è presente marcato disagio nei confronti degli episodi di abbuffata. Il disturbo si accompagna spesso a sovrappeso o a obesità e può associarsi alla sindrome metabolica.
- **Disturbi della nutrizione o dell'Alimentazione con Specificazione o senza Specificazione** (F 50.89). Vi è un ampio gruppo di disturbi in cui le modalità con cui si presentano i sintomi non soddisfano tutti i criteri dei quadri prima descritti o per come essi si associano fra di loro o per il fatto che si presentano con una modalità o una frequenza diverse da quelle indicate per le diagnosi principali. Non si deve pensare, tuttavia, che tali disturbi mettano meno a rischio la salute o che siano meno problematici: risulta sempre necessaria una diagnosi specialistica e una valutazione clinica accurata.
- **Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo (ARFID)** (F50.89). E' un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali con conseguente perdita di peso e alterazioni della crescita; si può realizzare un quadro medico-nutrizionale sovrapponibile a

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022
		Pag. 9 di 22

quello dell'Anoressia Nervosa. Le alterazioni del comportamento alimentare possono essere caratterizzate da mancanza d'interesse per il cibo, evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo, preoccupazione relativa a possibili conseguenze negative nel mangiare. A differenza degli altri disturbi alimentari come l'Anoressia Nervosa, non si ritrovano preoccupazioni significative sull'immagine corporea e desiderio di perdere peso. Si tratta perlopiù di un disturbo ad esordio precoce (età inferiore ai 13 anni) e che presenta una maggiore percentuale di maschi rispetto agli altri disturbi alimentari.

- **Pica** (negli adulti F50.89). Caratterizzata da persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibile.

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

- Per l'Anoressia Nervosa il criterio è rappresentato dal valore dell'Indice di Massa Corporea ( $IMC = Kg/m^2$ ), per cui si evidenziano 4 livelli di gravità:  
lieve  $IMC \geq 17,0$ ; moderato  $IMC 16-16,99$ ; grave  $IMC 15-15,99$ ; estremo  $IMC < 15$ .
- Per la Bulimia Nervosa si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di inappropriate condotte compensatorie (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) per settimana ( $n^\circ/sett$ ):  
lieve 1-3/sett.; moderato 4-7/sett.; estremo  $> 14/sett$ .
- Per il Disturbo da Binge-Eating si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di abbuffata a settimana ( $n^\circ/sett$ ):  
lieve 1-3/sett.; moderato 4-7/sett.; grave 8-13/sett.; estremo  $> 14/sett$ .

Va sottolineato che i livelli di gravità definiti dal DSM-5, pur esprimendo l'intensità sintomatologica, quindi potendo essere indicatori di rischio medico e psichiatrico, non sono di per sé indicatori d'emergenza medica e criteri di ricovero ospedaliero.

## 5.2 Valutazione in Pronto Soccorso



Secondo il documento del Coordinamento Nazionale Triage, *"il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in PS è funzione infermieristica, volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento"*.

Nell'ambito del processo di Triage, quindi, è indispensabile la presenza di personale infermieristico adeguatamente formato, la cui esperienza e specifico *training* consentano non solo la raccolta dei dati e l'identificazione dei bisogni di salute della persona, ma anche il possesso di capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto, al sostegno emotivo e alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca, al fine di far sentire paziente e familiari in una situazione di collaborazione ed appoggio.

In ogni caso, per una corretta raccolta dati al fine di individuare i pazienti con DNA, medici e infermieri devono:

- saper ascoltare le informazioni fornite dai parenti o altri eventuali accompagnatori;
- il medico del Pronto Soccorso dovrebbe vedere la/il paziente adulta/o da solo e, nel caso sia una/un minore, chiedere ai genitori di poterlo fare con il loro consenso. L'approccio individuale con la/il paziente facilita, di fatto, l'esplorazione della sua prospettiva sulla consultazione e sulla natura del suo problema e getta le basi per lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa;



 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b>  <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 10 di 22

- se il paziente è già in cura, è utile contattare il medico o il pediatra curante o gli specialisti che hanno in cura la/il paziente, in particolare quando si pongano ostacoli ad una corretta valutazione del quadro clinico;
- bisogna saper cogliere rapide modificazioni del peso corporeo;
- bisogna saper cogliere un improvviso rifiuto del cibo;
- bisogna saper valutare la presenza di inappropriati comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, supplementi tiroidei, eccessivo esercizio fisico);
- indagare episodi di abbuffata e vomito autoindotto incontrollabili;
- valutare la comparsa e aumento di sintomi psichici quali ansia, irritabilità, insonnia, depressione;
- approfondire l'eventuale anamnesi positiva per uso di alcool e sostanze;
- valutare le eventuali scelte di vegetarianismo e veganesimo soprattutto in giovani donne.



Nella gestione di questi pazienti occorre utilizzare capacità comunicative particolari. Bisogna:

- mostrare empatia;
- essere consapevoli che i sintomi presentati sono l'espressione di un disturbo mentale, non di una volontà del paziente;
- essere sensibili all'ambivalenza nei confronti del trattamento;
- non stigmatizzare;
- ascoltare il punto di vista del paziente;
- non commentare le assunzioni del paziente;
- informare il paziente sugli obiettivi della valutazione;
- far scegliere il paziente;
- creare un dialogo.

È fondamentale che il personale sanitario, già dal primo accesso del paziente in Pronto Soccorso, adotti uno stile terapeutico ingaggiante in una relazione consapevole e strutturata, al fine di gettare le basi, già in questo primo momento, per lo sviluppo di una presa in carico futura e di un percorso d'aiuto collaborativo, volto a promuovere l'empowerment del paziente, la sua capacità di autodeterminarsi e di affidarsi sentendosi parte attiva nel processo di cura.

Un approccio non giudicante, non intimidatorio, sensibile all'ambivalenza dei pazienti e alla funzione psicologica positiva che essi attribuiscono al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, può aiutare, in una fase così impattante e acuta per il paziente, a creare uno spazio supportivo e contenitivo propedeutico alla creazione di un'alleanza terapeutica e di un'aderenza alle cure nell'immediato e nel futuro.

Il primo accesso (e approccio) in PS può rappresentare uno strumento importantissimo sia per la diagnosi precoce e tempestiva DCA con invio verso il Servizio di competenza di quei pazienti non trattati, sia per una presa in carico precoce: l'intervento precoce permette una maggiore remissione sintomatologica, con un margine più ampio di ripresa e minori rischi di cronicizzazione.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022
		Pag. 11 di 22



In caso di paziente con diagnosi di DNA attivare consulenza specialistica psichiatrica/neuropsichiatrica per conferma o al fine di valutare l'indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico (es. in presenza di grave depressione e rischio suicidario). L'esito positivo della consulenza attiverà il percorso di ricovero presso il Reparto di Medicina/Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per pazienti con età  $\geq 18$  anni o presso il Reparto di Pediatria per pazienti con età  $< 18$  anni. Nei casi a rischio alto il ricovero ospedaliero è indicato. Nei casi a rischio altissimo il ricovero è sempre indicato e riguarda esplicitamente il trattamento medico in acuzie.

**In caso di minori affetti da DNA, con situazioni più gravi, il DEA di riferimento è quello dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma con una UOS Disturbi Alimentari e Anoressia, centro di riferimento DCA della Regione Lazio. La stessa UOS si occupa delle situazioni più gravi successivamente alla dimissione prendendo in carico i pazienti che non possono essere seguiti da ambulatori a bassa complessità assistenziale (DCA Asl Rieti). Il ricovero presso il nostro Ospedale o il trasferimento presso il DEA di secondo livello Policlinico A. Gemelli (in caso di pazienti maggiorenni) o Struttura Residenziale sarà caso-specifico, alla luce delle condizioni organiche (necessità di stabilizzare i parametri) e psicologiche del paziente e, verrà valutato dall'equipe DCA in collaborazione con i colleghi ospedalieri.**

## 6. SEGNI E SINTOMI

### 6.1 Sintomi indicativi di rischio clinico



SINTOMI indicativi di rischio clinico	CONDIZIONE PATOLOGICA sottostante
Cardiopalmo Astenia severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrizione proteico-energetica</li> <li>• Squilibri idro-elettrolitici</li> <li>• Ipovitaminosi (B1)</li> <li>• Insufficienza cardiaca (deficit di pompa da malnutrizione grave)</li> </ul>
Capogiri in ortostatismo e al passaggio da clino ad ortostatismo Pre-lipotimia, lipotimia Vertigini	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Severa disidratazione con riduzione del volume circolante efficace e crollo della pressione arteriosa sistemica</li> <li>• Alterazioni dell'apparato cardiovascolare da malnutrizione e squilibri idro-elettrolitici</li> <li>• Alterazioni del sistema nervoso autonomo (risposte autonomi che) da malnutrizione, deficit vitaminici (B1, B12), squilibri idro-elettrolitici</li> </ul>
Dolore toracico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- retrosternale</li> <li>- monolaterale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MRGE grave, S. di Mallory-Weiss (dolore retro sternale)</li> <li>• Pneumotorace spontaneo (dolore dal lato colpito)</li> </ul>
Dolore addominale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrome del compasso aorto-mesenterico: perdita del cuscinetto adiposo interposto a formare l'angolo tra arteria mesenterica superiore, aorta addominale e porzione prossimale del duodeno e conseguente perdita dei rapporti anatomici con compressione del duodeno.</li> <li>• Pneumoperitoneo da perforazione gastrica (vomito ad alta frequenza)</li> <li>• Ileo paralitico (coprostasi, disidratazione e/o atonia intestinale da severa malnutrizione)</li> <li>• Ileo meccanico (occlusione intestinale da severa</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022
		Pag. 12 di 22

	disidratazione e/o coprostasi, associate ad assottigliamento delle pareti intestinali per severa malnutrizione)
Ematemesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerazioni esofagee, S. di Mallory-Weiss (vomito autoindotto di lunga durata)</li> </ul>
Sindrome di Wernike-Korsakoff Confusione mentale e/o annesia Convulsioni Vomito (associato al suddetto quadro neurologico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficit di tiamina/Vit. B1 (malnutrizione, <i>refeeding</i>)</li> <li>Disidratazione grave</li> <li>Alterazioni elettrolitiche severe ed acute</li> </ul>
Segni di autolesionismo Ideazione suicidaria, storia di tentato suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grave patologia psichiatrica sottostante</li> </ul>
Sanguinamenti rettali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emorroidi</li> <li>Prolasso rettale (da uso improprio di lassativi, coprostasi, eccessivo reiterato sforzo al ponzamento)</li> </ul>
Fratture/storia di fratture spontanee o per piccoli traumi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osteoporosi (da malnutrizione, deficit ormonali)</li> </ul>

## 6.2 Segni clinici indicativi di rischio clinico

Alterazioni della frequenza cardiaca: <ul style="list-style-type: none"> <li>bradicardia sinusale</li> <li>tachicardia e tachicardia posturale</li> <li>aritmie (rilievo ECG di QTc allungato, anomalie tratto ST e onda T piatta e onda U)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrizione proteico-energetica</li> <li>Alterazioni idro-elettrolitiche</li> <li>Farmaci (antipsicotici, psicofarmaci)</li> <li>Versamento pericardico: <ul style="list-style-type: none"> <li>insufficienza cardiaca (indotta dalla malnutrizione e dagli squilibri idro-elettrolitici)</li> <li>pericardite (favorita dalla compromissione, malnutrizione-indotta, dal sistema immunitario)</li> <li>alterazioni dell'osmolarità plasmatica (correlate alla malnutrizione)</li> </ul> </li> </ul>
Ipotensione Ipotensione ortostatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disidratazione</li> <li>Alterazioni elettrolitiche</li> <li>Severa malnutrizione proteico-energetica</li> </ul>
Confusione mentale, disorientamento, amnesia Letargia Sindrome di Wernike-Korsakoff Convulsioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disidratazione</li> <li>Alterazioni elettrolitiche</li> <li>Severa malnutrizione proteico-energetica</li> <li>Deficit vitamina B1 (malnutrizione grave, <i>refeeding</i> cioè il processo di ri-introdurre cibo dopo malnutrizione o fame)</li> <li>Uso improprio di farmaci (diuretici, lassativi, psicofarmaci)</li> </ul>
Edemi declivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insufficienza cardiaca (da malnutrizione, alterazioni idro-elettrolitiche)</li> <li>Disproteidemia (da malnutrizione)</li> </ul>
Estremità fredde e cianotiche (acrocianosi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterazione del controllo centrale della temperatura indotta dalla malnutrizione/denutrizione</li> </ul>
Temperatura corporea < 36°	Malnutrizione: <ul style="list-style-type: none"> <li>perdita pressoché completa del tessuto adiposo</li> <li>alterazione del controllo centrale della temperatura</li> </ul>
Sanguinamenti del cavo orale, lacerazioni del cavo orale. Peteccie, mazzette, ulcerazioni nella regione periorale Erosione dentale, retrazione gengivale, gengiviti/parodontiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vomito autoindotto e pratiche ad esso correlate (utilizzo delle mani o di altri strumenti come le stoviglie per indurre il vomito e/o assunzione di liquidi ad elevata acidità come aceto, succo di limone ecc.)</li> <li>Malnutrizione proteico-energetica e ipovitaminosi</li> <li>Deficit immunitari dovuti alla malnutrizione</li> </ul>
Peteccie congiuntivali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sforzo da vomito autoindotto</li> <li>Alterazione del sistema della coagulazione (deficit di fattori della coagulazione da compromissione della funzionalità</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022 Pag. 13 di 22

	epatica dovuta alla malnutrizione)
Porpora	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trombocitopenia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Da "consumo" (sanguinamento, tipicamente dal tratto gastrointestinale)</li> <li>Ipoplasia midollare da malnutrizione</li> </ul> </li> <li>Alterazione del sistema della coagulazione (deficit di fattori della coagulazione da compromissione della funzionalità epatica dovuta alla malnutrizione)</li> </ul>
Alterazione dei riflessi osteotendinei, deficit di forza muscolare	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrizione e deficit neurologici correlati</li> </ul>

### 6.3 Indici di gravità dello stato clinico della/del paziente



**Peso corporeo:** l'IMC (Indice di Massa Corporea) risulta essere un indice importante per la valutazione della gravità dello scadimento dello stato nutrizionale anche se non va considerato come parametro unico e sufficiente per definire la gravità delle condizioni cliniche della/del paziente. In particolare viene definito un rischio moderato se  $IMC < 15.0 - > 13.5 \text{ Kg/m}^2$ , rischio alto per  $IMC < 13 \text{ Kg/m}^2$  e rischio altissimo se  $< 12.0 \text{ Kg/m}^2$ ; per pazienti in età pediatrica rischio moderato per  $ICM < 3^\circ$  percentile  $> 1^\circ$  percentile di crescita per età e sesso, rischio alto per  $ICM < 1^\circ$  percentile.

**Modalità di perdita di peso:** da considerare critico un rapido calo ponderale (ad es. 1 Kg per settimana per almeno 6 settimane o perdita  $> 10\%$  del peso abituale in 2-3 mesi) o costante calo ponderale negli ultimi 3 mesi. Dovrebbero inoltre essere presi in considerazione per la loro gravità rapidi cali ponderali come aggravamento di un quadro già persistente, quindi in soggetti con uno stato di salute già molto compromesso, ma anche rapida e intensa perdita di peso in soggetti precedentemente in sovrappeso o obesi, il genere. La malnutrizione acuta è comunque un'emergenza medica. E' associata a rischio altissimo una condizione di digiuno per 5 o più giorni consecutivi in un soggetto adulto, oppure un apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 giorni consecutivi in un soggetto di età inferiore a 18 anni.

**Pressione arteriosa:** rischio alto se PA sistolica  $< 90 \text{ mmHg}$  e PA diastolica  $< 60 \text{ mmHg}$ ; altissimo rischio per PA sistolica  $< 80 \text{ mmHg}$  e PA diastolica  $< 50 \text{ mmHg}$ ; rischio alto per calo PA sistolica  $> 10 \text{ mmHg}$  in ortostatismo o incremento FC di 10bpm. Da considerare come indicatori di rischio i valori pressori in ortostatismo (ipotensione ortostatica), in particolare rischio altissimo sia per il soggetto adulto che in età evolutiva per calo in ortostatismo di 20 mmHg di PA sistolica e/o calo di 10 mmHg di Pa diastolica entro i 3 minuti al passaggio da clino ad ortostatismo, o incremento di 20 bpm. Valutare il sintomo vertigini posturali e la storia di episodi sincopali.

**Frequenza cardiaca:** rischio alto se frequenza  $> 110 \text{ bpm}$ ; rischio altissimo se frequenza  $< 40 \text{ bpm}$  oppure se frequenza  $> 120 \text{ bpm}$ ; da valutare il genere, la presenza di tachicardia posturale (rischio alto per aumento di 10 battiti in ortostatismo, altissimo per aumento di 20 battiti o più).

**ECG:** 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha un'eziologia cardiaca, incluse torsione di punta e morte improvvisa. Da considerarsi indicatore di gravità qualsiasi aritmia incluso il prolungamento del QTc, alterazioni specifiche del tratto ST o anomalie dell'onda T, inclusa l'inversione, o onde T bifasiche. Pazienti con polso aritmico e/o QTc  $> 450 \text{ ms}$  sono ad alto rischio. Il rischio è elevato per valori di QTc  $\leq 470 \text{ ms}$  nei maschi e QTc  $\leq 480$  nelle femmine, il rischio è elevatissimo per QTc  $> 500 \text{ ms}$ . Le più comuni cause di allungamento del QT sono l'ipokaliemia,

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022  Pag. 14 di 22

l'ipomagnesemia, l'assunzione di farmaci come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli antidepressivi triciclici.

**Glicemia:** rischio alto per valori inferiori a 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo per valori inferiori a 2.5 mmol/L (45 mg/dl).

**Alterazioni idroelettrolitiche:** la frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico (es. ipokaliemia) e delle associate complicanze cardiache e renali. Va sempre osservato lo stato di idratazione, sia per le possibili perdite idriche collegate alle condotte di eliminazione, sia perché la restrizione dell'acqua può essere un sintomo del disturbo. La disidratazione è critica per tutti i soggetti, ma particolarmente grave in età pediatrica. Le alterazioni elettrolitiche rappresentano sempre un quadro da considerarsi gravissimo quando associate ad alterazioni metaboliche acute come l'ipoglicemia, l'ipoalbuminemia e bassi livelli di pre-albumina. Per quanto riguarda i livelli dei diversi elettroliti vengono riportati diversi gradi di rischio, anche se valori anche di poco sottosoglia devono essere considerati un evento negativo. Le alterazioni di K, Mg, P si associano a rischio altissimo se presenti alterazioni dell'ECG (da considerare in particolare il valore del QTc).

- **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 per valori <3,5 mmol/L; rischio altissimo per valori <2,5 mmol/L.
- **Mg.** Rischio alto per valori <0,7 mmol/L; rischio altissimo per valori <0.5 mmol/L.
- **P.** Rischio alto se valori <0.8 mmol/L; rischio altissimo per valori <0.3 mmol/L.

**Urea:** rischio alto se >7 mmol/L; rischio altissimo se >10 mmol/L. Un basso valore può essere indice di malnutrizione proteica.



**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. Va valutata la presenza di trombocitopenia (eventuale presenza di porpora). Può essere presente anemia sostenuta da diverse cause (ridotta capacità emopoietica del midollo osseo; ipoplasia midollare), esaurimento delle riserve marziali, deficit vitaminici (vitamina B12, acido folico), emolisi (*refeeding*, iatrogena, ischemia mesenterica da basso flusso nel circolo omonimo).

**Albumina e Prealbumina:** per l'albumina si identifica rischio alto se <35 g/L e rischio altissimo se <30 g/L. Una riduzione dei valori di albumina si associa sempre ad una condizione di gravità; un indice più sensibile è rappresentato dalla Prealbumina per cui bassi valori (VN 18-38 mg/dl) sono estremamente suggestivi di malnutrizione, grazie alla breve emivita (2 giorni, vs 3 settimane dell'albumina); in particolare malnutrizione lieve per valori compresi tra 12-15 mg/dl, moderata per valori compresi tra 8 e 10 mg/dl e severa per valori inferiori a 8 mg/dl.

**CPK:** vi può essere un rialzo dei livelli sierici sia dell'isoforma muscolare che di quella cardiaca. Il significato di fatto riflette l'eccesso di attività fisica (raramente correla un danno miocardio).



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b>  <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	<b>P/110/11/2022</b>  <b>Rev. 0</b>  <b>Del 18 /08/2022</b>
		<b>Pag. 15 di 22</b>

NB. Per quanto riguarda gli esami di laboratorio va considerato che non sempre una normalità degli esami esclude la presenza di criticità, infatti fenomeni di adattamento legati al deficit nutrizionale possono falsare gli usuali esami ematochimici e mostrare risultati apparentemente normali.

#### 6.4 Altri segni e sintomi indicativi dello stato di gravità clinica della/del paziente

Storia di amenorrea	Alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi da malnutrizione proteico-energetica e insufficiente quota di grasso corporeo essenziale
Ipersensibilità al freddo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le variazioni di peso corporeo possono significativamente influenzare la regolazione ipotalamica della temperatura corporea, causando alterazione del controllo centrale della medesima.</li> <li>Perdita dello strato adiposo sottocutaneo ed assottigliamento dell'epidermide-derma.</li> </ul>
Stipsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insufficiente apporto idrico.</li> <li>Ptesi intestinale e assottigliamento ed ipotonia della tonaca muscolare viscerale da malnutrizione.</li> </ul>
Segno di Russel (callosità o lesioni sulle nocche o sul dorso della mano prodotte da ripetuti tentativi di autoinduzione del vomito)	Vomito autoindotto nel lungo periodo
Ipertrofia ghiandole salivari	Vomito autoindotto di lunga durata
Xerosi e xerostomia	Disidratazione (da insufficiente apporto idrico/uso improprio di diuretici e/o lassativi)



#### 6.5 Valutazione clinica in emergenza-urgenza

Elementi di rischio di maggiore rilevanza per effettuare una valutazione clinica in emergenza:

**Principali cause di rischio clinico per l'approccio al paziente grave affetto da Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa o Altri Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che accede alle cure d'emergenza**

Modificato da Paul Robinson & William Rhys Jones, *MARSIPAN: management of really sick patients with anorexia nervosa*, BJPsych Advances, 2018

<b>Evidenze di significativi fattori di rischio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICM <math>&lt;13 \text{ Kg/m}^2</math> nei pazienti adulti (età superiore ai 18 anni) oppure <math>&lt;70\%</math> del BMI mediano secondo i percentili pediatrici, in caso di paziente di età inferiore ai 18 anni.</li> <li>Perdita recente di oltre 1 Kg di peso corporeo per un periodo di almeno 2 settimane consecutive</li> <li>Anamnesi positiva recente per alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi.</li> <li>Digiuno (rifiuto di assumere cibo) oppure introito giornaliero <math>&lt;500 \text{ Kcal}</math> per un periodo di 2 giorni o più, in paziente con età inferiore ai 18 anni.</li> <li>Vomito autoindotto abituale e ricorrente o altre condotte di eliminazione (uso improprio di lassativi, diuretici).</li> <li>Frequenza cardiaca <math>&lt;40 \text{ bpm}</math>.</li> <li>Bassi valori di pressione arteriosa sistemica. Franco riscontro di ipotensione ortostatica (crollo della pressione arteriosa sistolica di <math>20 \text{ mmHg}</math> e/o della pressione arteriosa diastolica di <math>10 \text{ mmHg}</math> entro 3 minuti dal passaggio da clino ad ortostatismo. Presenza di vertigini posturali.</li> <li>Temperatura corporea <math>&lt;35^\circ \text{ C}</math></li> </ul>
-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 16 di 22

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na &lt;130 mmol/L</li> <li>• K &lt;3.0 mmol/L</li> <li>• Transaminasi elevate</li> <li>• Glicemia a digiuno &lt;3 mmol/L</li> <li>• Aumento di urea o creatinina</li> <li>• Anomalie ECG: ad es. bradicardia; QTc &gt;450 ms</li> </ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6.6 Indicatori che vengono suggeriti per l'ammissione al ricovero ospedaliero



Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero. Modificata da RANZCP Guidelines 2014	
Peso corporeo	ICM <12 Kg/m <sup>2</sup>
Pressione arteriosa sistolica	PAS <80 mmHg
Ipotensione ortostatica	Diminuzione della PAS >20 mmHg al passaggio da clino ad ortostatismo
Frequenza cardiaca	FC ≤40 bpm oppure tachicardia posturale (incremento di FC >20 bpm rispetto al basale, al passaggio da clino ad ortostatismo)
Temperatura corporea	T <35°C o estremità fredde/acrocianosi
ECG	Qualsiasi aritmia, incluso allungamento del QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST, anomalie dell'onda T (compresa inversione dell'onda T e onde T bifasiche)
Glicemia plasmatica	Glicemia a digiuno <2,5 mmol/L (45 mg/dl)
Sodio	Na <125 mmol/L
Potassio	K <3,0 mmol/L
Magnesio	Inferiore al range di normalità
Fosfato	Inferiore al range di normalità
eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate)	eGFR <60 ml/min 1,73 m <sup>2</sup> oppure rapido calo (diminuzione ≥25% in 1 settimana)
Albumina	Albumina plasmatica <30 g/L
Enzimi epatici (AST, ALT)	Marcatamente elevati (AST o ALT >500 U/L)
Neutrofili	<1,0 x 10 <sup>9</sup> L

In caso di ricovero il paziente con età ≥18 dovrà essere ricoverato presso il Reparto di Medicina, con età <18 presso il Reparto di Pediatria.

## 6.7 Principali comportamenti dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione che causano complicanze fisiche

Lo stato di nutrizione è la risultante di un equilibrio tra l'apporto e il fabbisogno dei nutrienti. Per malnutrizione si intende uno stato di nutrizione per difetto derivante dalla discrepanza tra i fabbisogni e gli apporti, che sarebbe meglio definire iponutrizione o malnutrizione per difetto per differenziarla dalla malnutrizione per eccesso tipica delle condizioni di sovrappeso e obesità. Peraltro in alcune forme di disturbi dell'alimentazione le importanti fluttuazioni ponderali possono esporre i pazienti alternativamente a entrambe le forme di squilibrio energetico.

Nel caso in cui il paziente avesse già iniziato un percorso terapeutico, ai fini di una corretta valutazione è importante, oltre all'acquisizione di informazioni anamnestiche, la raccolta di dati sul percorso terapeutico già eventualmente intrapreso, con particolare riferimento a figure sanitarie che conoscono il paziente e possono essere un'importante fonte di informazioni e approfondimenti. Ambiti critici per la raccolta anamnestica:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022 Pag. 17 di 22

- peso corporeo e modalità e tempistica della perdita di peso;
- frequenza delle mestruazioni;
- preoccupazioni per il proprio peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione;
- paura d'ingrassare in una condizione di sottopeso;
- restrizione alimentare calorica persistente caratterizzata da adozione di regole dietetiche estreme e rigide (es. saltare i pasti, ridurre le porzioni, evitare specifici alimenti, contare le calorie, limitare o evitare l'alimentazione sociale), restrizione alimentare calorica marcata, digiuno, vegetarianesimo e veganesimo allo scopo di perdere peso e/o modificare la forma del corpo;
- riduzione o eccesso di apporto idrico;
- episodi di abbuffata (oggettivi e soggettivi) e altre abitudini alimentari (per es. masticare e sputare il cibo, ruminare, adottare specifici rituali alimentari): frequenza;
- vomito autoindotto (frequenza nelle ultime 4 settimane);
- uso improprio di lassativi (tipo e frequenza nelle ultime 4 settimane);
- uso improprio di diuretici, ormoni tiroidei, psicostimolanti, farmaci dimagranti e supplementi nutrizionali che favoriscono la perdita di peso, abuso di caffè e di bevande con dolcificanti artificiali (frequenza nelle ultime 4 settimane);
- autolesionismo;
- esercizio fisico eccessivo;
- assunzione di liquidi (per es. acqua, alcol, altro);
- fumo e uso improprio di sostanze psicoattive;
- rialimentazione troppo rapida;
- assunzione di materiale non commestibile (Pica);
- ideazione suicidaria.

## 7. TRATTAMENTO CLINICO-TERAPEUTICO

Il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Pronto Soccorso si rende necessario quando sono presenti segni di instabilità dei parametri ematici e clinici tali da mettere a rischio la salute fisica o psichica del paziente (o situazioni a rischio per sé stessi o per gli altri).

### Trattamento medico

#### Obiettivo del trattamento



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 la reidratazione nei casi di grave malnutrizione:

Nel trattamento occorre tener conto sia della reidratazione che dell'apporto nutrizionale; infusioni rapide di eccessive quantità di liquidi potrebbero infatti precipitare una insufficienza cardiaca soprattutto in pazienti con comportamenti purgativi e compromessa funzionalità.

Un regime infusionale di 10-15 ml/Kg di peso attuale/die è solitamente sicuro per evitare le complicanze descritte, e gradualmente può raggiungere 20-25 ml/Kg/die in base all'evoluzione clinica.

Anche in pazienti con normale funzionalità cardiaca, la rapida infusione di liquidi può determinare la comparsa di edemi e di pericolose aritmie cardiache che possono insorgere in pazienti con peso

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO  AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022  Pag. 18 di 22

corporeo inferiore al 70% del peso ideale. Il rischio è legato alla deplezione di potassio e magnesio che determina un aumentato rischio di morte improvvisa da torsioni di punta.

La reidratazione deve essere avviata con soluzione glucosata al 5% supplementata in Potassio, Fosforo, Magnesio con attento monitoraggio dei parametri ematici. I controlli devono essere effettuati frequentemente sia per il rischio di rapide riduzioni delle concentrazioni di elettroliti ematici, prima solo apparentemente normali, che per iniziare a scalarne l'apporto successivamente con la normalizzazione dei parametri ematici.

L'uso di fosforo organico, piuttosto che la miscelazione di Sali organici del fosforo in presenza di altri elementi (Ca, Mg) riduce il rischio di formazione di precipitati e rende la somministrazione più facile e più sicura.

La Tiamina deve essere oggetto di specifica supplementazione per le sue scarse riserve corporee. Una somministrazione profilattica di 200-300 mg per via parenterale è indicata nei gravi malnutriti prima della ripresa della nutrizione/idratazione, seguita da supplementazione per ulteriori 10 giorni, per via orale (se non sussiste malassorbimento) o parentale. Va riferito che sono stati segnalati, in letteratura, in occasione della somministrazione endovenosa di tiamina, eventi avversi quali reazioni allergiche e anafilattiche (con sintomi come prurito, orticaria, angioedema, dolore addominale), per cui va istituita un'adeguata sorveglianza e in caso di anamnesi positiva per ipersensibilità alla tiamina considerare l'inizio della reidratazione con fisiologica (attento monitoraggio della sodiemia) posticipando l'uso della glucosata (meglio se corretta con basse dosi di K, salvo controindicazioni) all'inizio della rialimentazione.

### **Suggerimenti per la rialimentazione nei casi di grave malnutrizione**

Nei casi selezionati in cui sia opportuno, anziché la sola reidratazione, intraprendere da subito una nutrizione artificiale è necessario tener conto di alcuni aspetti rilevanti. I soggetti con anoressia nervosa, rispetto ai soggetti normali, mostrano un fabbisogno metabolico di base ridotto, che in genere aumenta durante la progressiva rialimentazione. Qualora si renda necessaria una rialimentazione tramite nutrizione artificiale, la nutrizione enterale, in genere mediante sondino naso-gastrico (SNG), è preferibile alla nutrizione parenterale, per via venosa periferica o centrale, che è da riservare a condizioni particolari (es. vomito incoercibile con gravi squilibri elettrolitici). Le diverse indicazioni in letteratura riportano di iniziare la rialimentazione con 5-10 Kcal/Kg di peso corporeo attuale.

## **8. IL COORDINATORE DEL SERVIZIO DNA**



Durante il ricovero ospedaliero gli operatori sanitari devono prendere contatto con il coordinatore del servizio DNA per una collaborazione tra il servizio DNA e il reparto di ricovero per l'intera degenza del paziente. affinché lo stesso possa essere supportato già nella prima fase di ingaggio da personale specialistico.

Il contatto tra Servizio DNA e personale sanitario ospedaliero avverrà per le vie brevi telefoniche al numero del Servizio DNA 0746-279288/87 con la Dott.ssa Bonifazi (r.bonifazi@asl.rieti.it) e/o con i membri dell'equipe. Sarà compito del Servizio, dietro richiesta del Reparto ospitante il paziente DCA, organizzare consulenze dietistiche/nutrizionali e psicologiche per l'inquadramento del caso, a supporto del personale ospedaliero durante il ricovero e in modo da organizzare in maniera congrua il post dimissione.

## **9. DIMISSIONE PAZIENTE E PRESA IN CARICO DA PARTE DEL SERVIZIO DNA**

La dimissione dal ricovero ospedaliero segue criteri medici fondamentali:

- stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio;

	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</p>	<p>P/110/11/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 18 /08/2022</p>
		<p>Pag. 19 di 22</p>

- bilanciamento del quadro elettrolitico/alcalosi metabolica;
- risoluzione di pericolose aritmie cardiache;
- ripresa di alimentazione e idratazione per os.

Al momento della dimissione è necessario che il paziente prosegua il trattamento attraverso la presa in carico da parte del Servizio DNA, che stabilirà quale livello assistenziale sia maggiormente indicato per quello specifico paziente (Ambulatorio/DH/Strutture ad Alta Intensità Assistenziale).

Il cambiamento di setting terapeutico riveste particolare importanza: la letteratura scientifica e gli studi di follow-up confermano che la prognosi viene influenzata soprattutto dalla precocità dell'intervento e dalla continuità assistenziale: un passaggio di livello terapeutico gestito in maniera virtuosa evita interventi inappropriati e diminuisce il drop-out, fenomeno molto frequente soprattutto nel delicato momento di passaggio da un livello assistenziale ad un altro, che comporta molto spesso una destabilizzazione del paziente.

Il passaggio di setting terapeutico deve avvenire quindi verso il livello assistenziale più adeguato sulla base delle seguenti condizioni:



- il livello di gravità psicofisica e comorbidità psichiatrica;
- l'impatto della condizione clinica sulla qualità di vita del paziente;
- eventuali, numerosi precedenti percorsi a minore intensità risultati inefficaci.

Nello specifico, il ricovero riabilitativo presso Strutture residenziali è ritenuto necessario laddove:

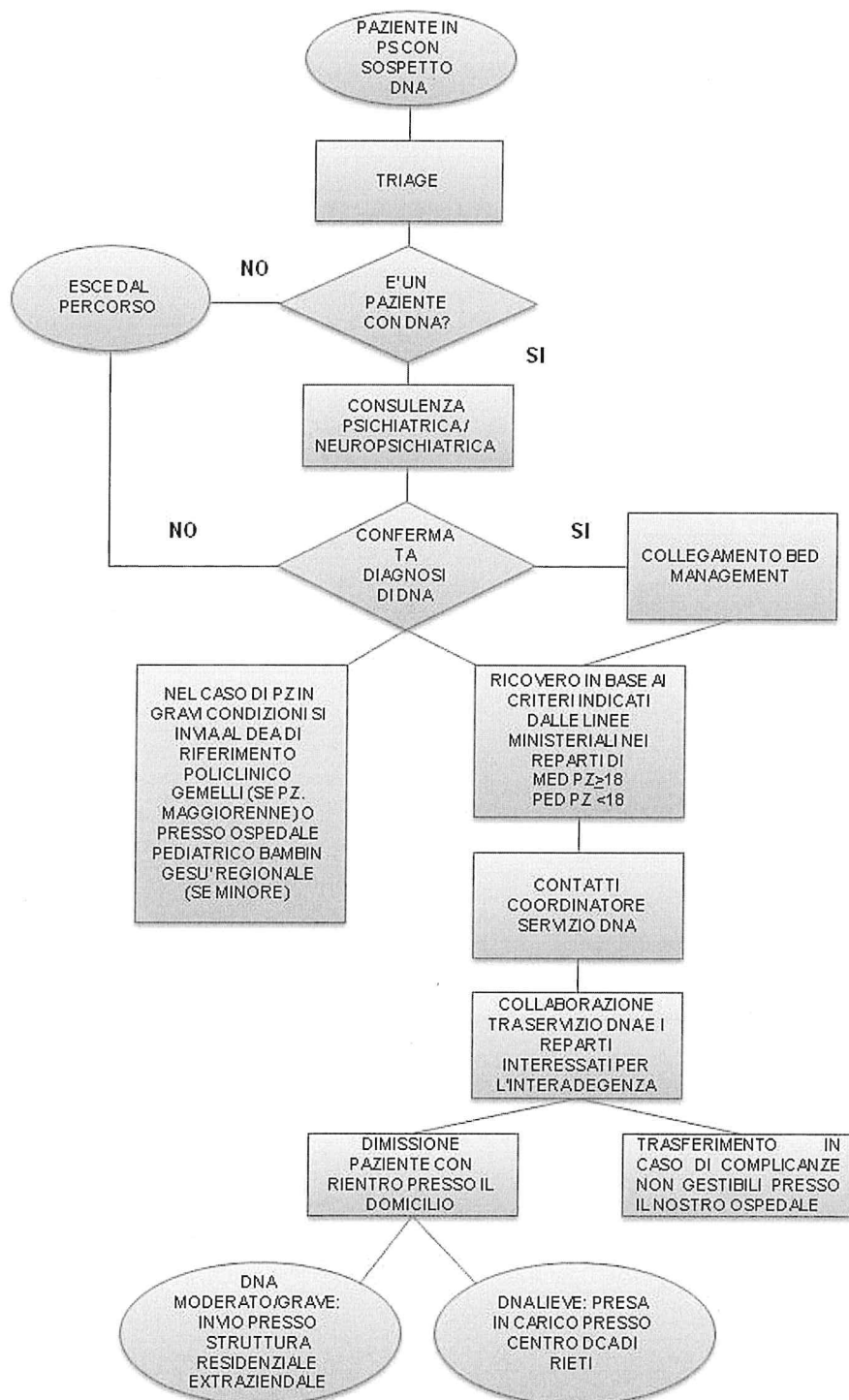
1. ci sia stata una precedente mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo;
2. la presenza di rischio fisico renda inappropriato il trattamento ambulatoriale;
3. la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
4. la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.



Laddove il paziente presenti una buona aderenza al piano di cura e una buona motivazione al trattamento, non presenti gravi condizioni di sottopeso (per es. IMC < 14 kgm-2) né patologie psichiatriche severe in comorbidità (dist. di personalità, organizzazioni psicotiche o borderline con rischi di agiti autolesivi o ideazione anticonservativa), il paziente sarà preso in carico dall'ambulatorio DNA della ASL di Rieti attraverso un percorso integrato e multidisciplinare (psicoterapeuta, psichiatra, medico internista, dietista).



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p> <p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</p>	 <p>P/110/11/2022</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 18 /08/2022</p> <p>Pag. 20 di 22</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 10. FLUSSO OPERATIVO





 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b>  <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"</b>	P/110/11/2022  Rev. 0  Del 18 /08/2022
		Pag. 21 di 22

Nella Flow Chart si è voluto presentare la proposta di un percorso dall'accesso in PS dell'Ospedale di Rieti del paziente con sospetto DNA e/o diagnosi confermata all'avvenuta dimissione, tracciando le fasi intermedie che esiteranno in ricovero presso i reparti di Medicina o Pediatria o in dimissione, sulla base dei criteri indicati dalle linee Ministeriali in materia di "Raccomandazioni in Pronto Soccorso per un Codice Lilla", dalle quali non si può prescindere per l'attuazione di una corretta prassi clinica.

#### 11. MATRICE DI RESPONSABILITA'

Funzione Attività di processo	INFERMIERE DI TRIAGE	MEDICO DI PRONTO SOCCORSO	SPECIALISTA	MEDICO DI REPARTO	INFERMIERE DI REPARTO	AMBULATORIO NUTRIZIONALE OSPEDALIERO	SERVIZIO DNA	BED MANAGEMENT	ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERO
TRIAGE PAZIENTI CON DNA	R								
VALUTAZIONE CLINICA PAZIENTI SOSPETTI O ACCERTATI DNA	C	R							I
ATTIVAZIONE CONSULENZE DI PRONTO SOCCORSO (NUTRIZIONISTA, PSICOLOGO, PSICHIATRA, GINECOLOGO, INTERNISTA, CARDIOLOGO, NEUROLOGO) PER I PAZIENTI CON DNA		R	C						I
INDIVIDUAZIONE POSTO LETTO PER RICOVERO		C		C				R	C
GESTIONE CLINICA DEL RICOVERO				R	C	C	I		I
CONTATTI CON IL SERVIZIO DNA		C		R	C				C
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DNA DOPO DIMISSIONE				I	I		R		
TRASFERIMENTO PRESSO STRUTTURE EXTRAZIENDALI				R (per gli ambiti di competenza)			R (per gli ambiti di competenza)	R (per gli ambiti di competenza)	R (per gli ambiti di competenza)

**Legenda: R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA"	P/110/11/2022 Rev. 0 Del 18 /08/2022 Pag. 22 di 22

## 12. MODALITA' DI MONITORAGGIO

INDICATORI	STANDARD / valore atteso
N. PAZIENTI CON DNA TRATTATI / N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DI PAZIENTI CON DNA	100%
N. PAZIENTI CON DNA DIMESSI / N. PAZIENTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO DNA	100%

## 13. MODALITA' DI DIFFUSIONE

La presente Procedura è pubblicata sul sito aziendale ed è diffuso a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori loro afferenti e dare riscontro dell'avvenuto recepimento alla Segreteria Risk Management attraverso il modulo di distribuzione con le firme di tutti gli operatori.

Il Coordinatore Infermieristico e il Direttore di U.O. hanno la responsabilità di diffondere il presente documento al personale di propria competenza afferente alla propria struttura organizzativa.

## 14. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO

Avverrà periodicamente e ogni volta che ci sarà un nuovo aggiornamento di letteratura o normativo o modifica organizzativa interna.

## 15. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Ministero della Salute "Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" Revisione 2020.
- Ministero della Salute "Raccomandazioni in Pronto Soccorso per un codice lilla" 26 marzo 2018.
- Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna); 17/02/2022, Ministero della Salute