



PERCORSO *LILLA* IN PRONTO SOCCORSO



REGIONE ABRUZZO

ANNO 2025

Direttore ASR Abruzzo
Dott. Pierluigi Cosenza

ASR Abruzzo

Dott.ssa Anita Saponari
Dott.ssa Giorgia Fragassi
Dott. Vito Di Candia

Dipartimento Sanità

Dott. Franco Caracciolo
Dott.ssa Paola Sonsini

Gruppo Tecnico di Lavoro

Dott. Paolo Di Berardino - Referente Regionale DNA
Dott.ssa Maria Pia Legge - ASL 201
Dott. Angelo Flavio Mucciconi - ASL 201
Prof.ssa Maria Teresa Guagnano - ASL202
Dott. Giulio Ferrante - ASL202
Dott.ssa Gina Vespucci - ASL203
Dott.ssa Luisa Andreacola - ASL203
Dott.ssa Maria Costanza Turi - ASL 203
Dott.ssa Silvia Di Battista - ASL 204
Dott.ssa Anna Rita Gabriele - ASL 204

Si ringrazia, inoltre, per la collaborazione il Dott. Andrea Lupinetti.

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. EPIDEMIOLOGIA.....	5
3. CLASSIFICAZIONE	8
4. CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PERCORSO LILLA IN PRONTO SOCCORSO	9
5. FORMAZIONE	21
6. MONITORAGGIO	21
ALLEGATO 1	22

1. INTRODUZIONE

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono sindromi psichiatriche complesse, caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti alimentari alterati che danneggiano la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale.

Come definito nel DSM-5TR, i DNA più frequenti includono:

- Anoressia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Disturbo da binge eating (BED);
- Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo.

Questi disturbi possono portare a complicanze internistiche, comorbidità psichiatriche e rischio suicidario. Gli studi disponibili indicano che molte persone affette da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione non ricevono una diagnosi e un trattamento appropriato; rivolgersi al PS può quindi costituire una forma, per quanto impropria o forzata, di richiesta di aiuto. Soprattutto l'accesso in emergenza può rappresentare una preziosa occasione di ingaggio del paziente per l'avvio di un percorso terapeutico specialistico.

Per garantire una presa in carico tempestiva e multidisciplinare dei pazienti con DNA che accedono al Pronto Soccorso (PS), il Ministero della Salute nel 2020 ha emanato il documento "Percorso Lilla in Pronto Soccorso". Questo documento fornisce indicazioni operative per l'attivazione presso ciascun PS della Regione di un percorso dedicato per il triage, la valutazione e la presa in cura dei con DNA che si presentano in PS in condizioni di urgenza, sottolineando l'importanza di un approccio integrato con i servizi territoriali.

Interventi della Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo ha adottato diverse misure per la presa in carico dei pazienti con DNA, tra cui:

- Pianificazione di attività specifiche a livello regionale.
- Recepimento delle direttive nazionali.
- Promozione di un approccio multidisciplinare.

Con la DGR n. 38 del 22.01.2025, da ultimo, la Regione ha approvato il Piano per il Contrasto dei DNA – fondo 2024, che definisce le attività delle ASL e ripartisce le risorse del Fondo 2024.

Scopo del documento

In linea con l'obiettivo generale 3 del Piano di attività, il presente documento definisce il percorso Lilla in pronto soccorso per garantire una presa in carico rapida ed efficace dei pazienti con DNA.

Attraverso un approccio multidisciplinare, il documento si propone di:

- Individuare precocemente i pazienti con sospetto DNA;
- Valutare la gravità della condizione clinica e il rischio di complicanze;
- Stabilizzare il paziente dal punto di vista medico e psichiatrico;
- Definire il setting assistenziale più appropriato;
- Formare il personale sanitario.

2. EPIDEMIOLOGIA

I DNA 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. Solitamente esordiscono in età evolutiva e colpiscono maggiormente la popolazione femminile.

Si stima che in Italia oggi più di tre milioni di persone soffrano di DNA e decine di milioni di giovani e di adulti nel mondo si ammalano ogni anno. La pandemia ha peggiorato ulteriormente la situazione, con un incremento di casi stimato di almeno il 30-35% e un abbassamento dell'età di esordio.

I DNA stanno iniziando, infatti, a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile con bambini di 8-9 anni che presentano sintomi di DNA tipico dell'età adolescenziale e adulta, soprattutto di tipo anoressico e non più disturbi alimentari propri dell'età infantile.

I dati relativi alla Survey epidemiologica - Le ospedalizzazioni in Italia per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione condotta a livello nazionale nell'ambito del Progetto "Piattaforma per il contrasto alla malnutrizione in tutte le sue forme (triplo burden: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)" finanziato dal Ministero della Salute e conclusosi a febbraio 2021, hanno mostrato un aumento della patologia diffuso su tutto il territorio nazionale e che l'accesso alle cure non è ancora uniforme in tutte le regioni con un possibile peggioramento della prognosi.

I dati del 2020 confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Nel primo semestre 2020 sono stati rilevati nei diversi flussi informativi 230.458 nuovi casi contro i 163.547 del primo semestre 2019. Il carico assistenziale globale dei nuovi casi e casi in trattamento è stato

rilevato nel 2020 nel numero di 2.398.749 pazienti, un dato sottostimato poiché esiste in questa patologia una grande quota di pazienti che non arriva alle cure.

I DNA sono in aumento come causa di accesso al PS nei giovani da 0 a 25 anni (Tabella 1).

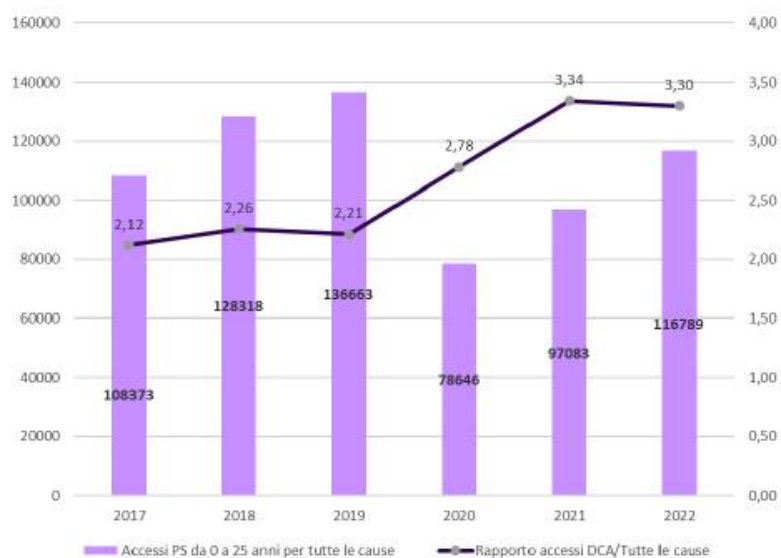
Tabella 1: Accessi al PS dal 2017 al 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Accessi PS per "Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare" da 0 a 25 anni	2297	2901	3023	2187	3245	3855
Accessi PS da 0 a 25 anni per tutte le cause	108373	128318	136663	78646	97083	116789
Rapporto accessi "Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare" da 0 a 25 anni" / Accessi per tutte le cause	2,12	2,26	2,21	2,78	3,34	3,30

Fonte dati: Ministero della Salute

Inoltre, come si può osservare nel grafico seguente, la percentuale di accessi riconducibile ai DNA ha avuto un'impennata dal 2020 in poi, nonostante il crollo di accessi al PS registrato, in quell'anno, per tutte le altre cause.

Grafico 1: Accessi al PS riconducibili ai DNA



Fonte dati: Ministero della Salute

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.

3. CLASSIFICAZIONE

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

- 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.

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

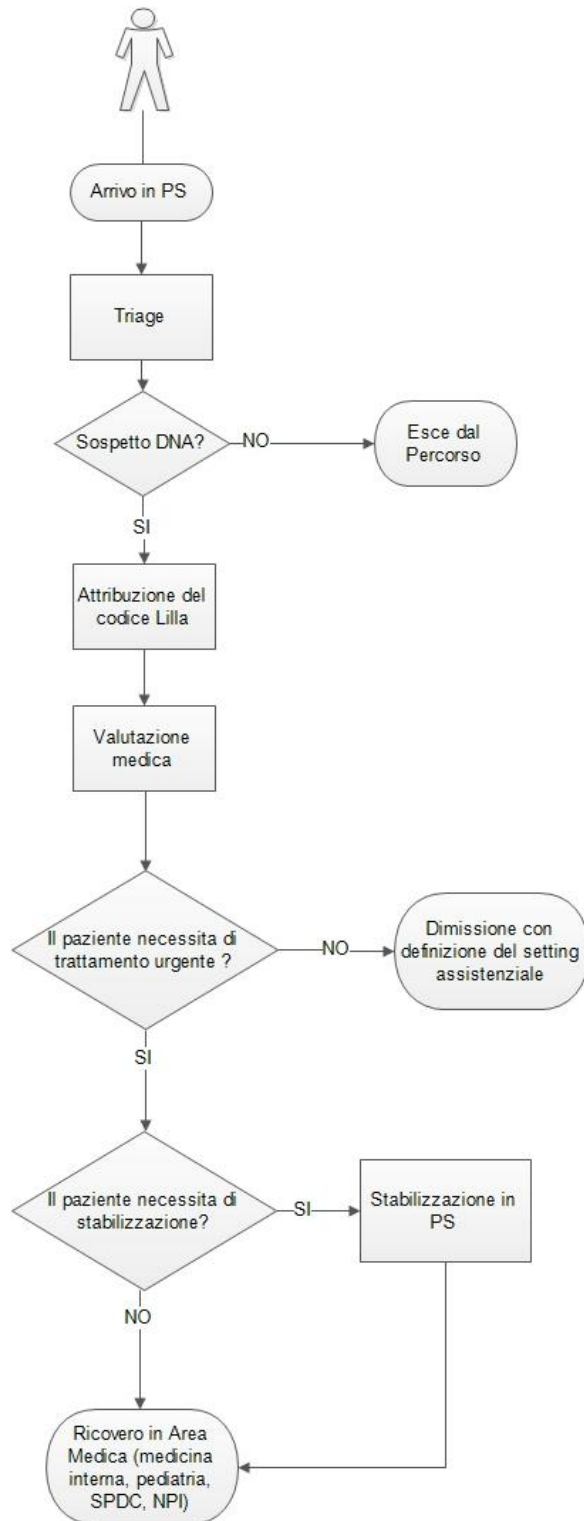
- Per l'Anoressia Nervosa il criterio è rappresentato dal valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC= kg/m²), per cui si evidenziano 4 livelli di gravità:
 - lieve IMC > 17,0; moderato IMC 16-16,99; grave IMC 15-15,99; estremo IMC<15;
- Per la Bulimia Nervosa si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di inappropriate condotte compensatorie (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) per settimana (n°/sett):
 - lieve 1-3/sett.; moderato 4-7/sett.; grave 8-13/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°/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-5TR, 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.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PERCORSO LILLA IN PRONTO SOCCORSO

Il presente percorso si riferisce ai pazienti con DNA che accedono al PS (Figura 1).

Figura 1: Percorso Lilla in PS



Accoglienza

Caratteristiche tipiche dei DNA sono la scarsa consapevolezza di malattia e la tendenza a sottovalutare la gravità dei sintomi clinici. Per molti pazienti l'accesso al PS spesso è la prima occasione di richiesta di aiuto e può rappresentare una preziosa occasione di ingaggio del paziente per l'avvio del percorso terapeutico.

Il paziente può accedere al PS:

- di sua volontà;
- inviato dal MMG/PLS;
- Inviato dal Medico Specialista;
- Trasportato con ambulanza.

Si raccomanda, ove possibile, di accogliere il paziente in uno spazio idoneo dove poter avviare il percorso lilla.

Comunicazione

- 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.

Triage:

Al triage la presenza di personale infermieristico adeguatamente formato deve consentire non solo la raccolta dei dati e l'identificazione dei bisogni di salute della persona, ma anche l'acquisizione di capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto, al sostegno emotivo e alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca.

Anamnesi al Triage:

- Rapide modificazioni del peso corporeo (es. 1 kg per settimana per almeno 6 settimane o perdita > 10% peso abituale in 2-3 mesi) e/o improvviso rifiuto del cibo (rischio altissimo: adulti digiuno per 5 giorni consecutivi o più; età < 18 anni apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 giorni consecutivi);

- Presenza di episodi di abbuffata e/o metodi compensatori nelle ultime 4 settimane (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

Qualora il paziente presenti un quadro clinico compatibile con i DNA è prevista l'attribuzione del **Codice Lilla** che rappresenta il primo filtro ed intervento per rispondere alla complessità di tali disturbi. In tal caso, si raccomanda di attribuire un codice di priorità non inferiore a 3, indipendentemente dal quadro clinico del paziente.

Visita del medico di PS (Allegato 1)

Successivamente il medico di PS valuta il paziente adulto da solo e, nel caso sia un minore, chiede ai genitori di poterlo fare con il loro consenso. L'approccio individuale con il paziente facilita 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.

È consigliabile, quando possibile, ascoltare le informazioni fornite dai parenti (o altri eventuali accompagnatori), sia nei minori, ma anche nei maggiorenni quanto vi sia una scarsa collaborazione da parte del paziente (secondo e compatibilmente alla normativa sulla tutela della privacy).

Il medico conferma il sospetto di DNA con anamnesi idonea:

- 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 e molto selettive;
- Riduzione o eccesso di apporto idrico;
- Episodi di abbuffata (oggettivi e soggettivi) e altre abitudini alimentari disfunzionali;
- 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

Il medico di Ps somministrerà anche il test del rischio per eventuale conferma o meno.

Il medico di PS visita il paziente per la ricerca di segni e sintomi, esplicitati di seguito:

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 o storia di tentato suicidio.

Il medico di PS dopo aver visitato il paziente con il supporto di consulenze specialistiche decide di:

1. stabilizzare il pz, se sono presenti delle criticità mediche che possono essere ristabilite in breve tempo;
2. ricoverare il paziente, se sono presenti criteri di urgenza medica;
3. dimettere il paziente con definizione del setting assistenziale (presa in carico attraverso ambulatorio dedicato e/o strutture residenziali di riabilitazione nutrizionale)

1) 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 grave la salute fisica o psichica del paziente (o situazioni di rischio per sé stessi o per gli altri).

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 può gradualmente 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 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 parenterale. 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 (con 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). La nutrizione parenterale necessita di una prescrizione e gestione da parte di centri con ampia esperienza; la via parenterale, in PS, andrebbe riservata a terapie istituite a sostegno del circolo o per il riequilibrio elettrolitico.

Le diverse indicazioni in letteratura riportano di iniziare la rialimentazione con 5-10 kcal/kg di peso corporeo attuale: questa è l'indicazione più sicura qualora vi sia la possibilità e sia necessario avviare presso il PS la rialimentazione.

Il *refeeding* è il primo passo importante per il recupero dall'anoressia nervosa. L'obiettivo primario del *refeeding* dei pazienti ricoverati è di invertire la malnutrizione e le sue complicanze. Tuttavia, la necessità di aumento di peso deve tener conto delle complicazioni mediche potenzialmente fatali della sindrome da rialimentazione, che possono manifestarsi con aritmia cardiaca, insufficienza cardiaca o arresto, anemia emolitica, delirio, convulsioni, coma e morte improvvisa.

2) Il ricovero urgente in ambiente ospedaliero in area medica (medicina interna, pediatria, NPI, SPDC) è indicato in presenza di segni e sintomi di rischio clinico come esplicitati nelle seguenti tabelle.

Sintomi indicativi di rischio clinico

SINTOMI indicativi di rischio clinico	CONDIZIONE PATOLOGICA sottostante
Cardiopalmo Astenia severa	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrizione proteico-energetica - Squilibri idro-elettrolitici - Ipovitaminosi (B1) - Insufficienza cardiaca (deficit di pompa da malnutrizione grave)
Capogiri in ortostatismo e al passaggio da clinoad ortostatismo Pre-lipotimia, lipotimia Vertigini	<ul style="list-style-type: none"> - Severa disidratazione con riduzione del volume circolante efficace e crollo della pressione arteriosa sistemica; - Alterazioni dell'apparato cardiovascolare da malnutrizione e squilibri idro-elettrolitici; - Alterazioni del sistema nervoso autonomo (risposte autonome) da malnutrizione, deficit vitaminici (B1, B12), squilibri idro-elettrolitici
Dolore toracico: - retrosternale - monolaterale	<ul style="list-style-type: none"> - MRGE grave, S. di Mallory-Weiss (dolore retro-sternale) - Pneumotorace spontaneo (dolore dal lato colpito)
Dolore addominale	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Pneumoperitoneo da perforazione gastrica (vomito ad alta frequenza); - ileo paralitico (coprostasi, disidratazione e/o atonia intestinale da severa malnutrizione); - ileo meccanico (occlusione intestinale da severa disidratazione e/o coprostasi, associate ad assottigliamento delle pareti intestinali per severa malnutrizione)
Ematemesi	<ul style="list-style-type: none"> - Lacerazioni esofagee, S. di Mallory-Weiss (vomito autoindotto di lunga durata)
Sindrome di Wernike-Korsakoff Confusione mentale e/o amnesia Convulsioni Vomito (associato al suddetto quadro neurologico)	<ul style="list-style-type: none"> - Deficit di tiamina/Vit. B1 (malnutrizione, <i>refeeding</i>) - Disidratazione grave - Alterazioni elettrolitiche severe ed acute
Segni di autolesionismo Ideazione suicidaria, storia di tentato suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Grave patologia psichiatrica sottostante

Sanguinamenti rettali	<ul style="list-style-type: none"> - Emorroidi - Prolasso rettale (da uso improprio di lassativi, coprostasi, eccessivo reiterato sforzo al ponzamento)
Fratture/ storia di fratture spontanee o per piccoli traumi	<ul style="list-style-type: none"> - Osteoporosi (da malnutrizione, deficit ormonali)

Segni clinici indicativi di rischio clinico

SEGNI clinici indicativi di rischio clinico	CONDIZIONE PATOLOGICA sottostante
Alterazioni della frequenza cardiaca: <ul style="list-style-type: none"> - bradicardia sinusale; - tachicardia e tachicardia postural; - aritmie (rilievo ECG di QTc allungato, anomalie tratto ST e onda T piatta e onda U) 	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrizione proteico-energetica - Alterazioni idro-elettrolitiche - Farmaci (antipsicotici, psicofarmaci) - Versamento pericardico: <ul style="list-style-type: none"> - insufficienza cardiaca (indotta dalla malnutrizione e dagli squilibri idro-elettrolitici) - pericardite (favorita dalla compromissione, malnutrizione-indotta, del sistema immunitario) - alterazioni dell'osmolarità plasmatica (correlate alla malnutrizione)
Ipotensione Ipotensione ortostatica	<ul style="list-style-type: none"> - Disidratazione - Alterazioni elettrolitiche - Severa malnutrizione proteico-energetica
-Confusione mentale, disorientamento, amnesia -Letargia -Sindrome di Wernike-Korsakoff -Convulsioni	<ul style="list-style-type: none"> - Disidratazione - Alterazioni elettrolitiche - Severa malnutrizione proteico-energetica - Deficit vitamina B1 (malnutrizione grave, refeeding) - Uso improprio di farmaci (diuretici, lassativi, psicofarmaci)
Edemi declivi	<ul style="list-style-type: none"> - Insufficienza cardiaca (da malnutrizione, alterazioni idro-elettrolitiche) - Disprotidemia (da malnutrizione)
Estremità fredde e cianotiche (acrocianosi)	<ul style="list-style-type: none"> - Alterazione del controllo centrale della temperatura indotta dalla malnutrizione/denutrizione
Temperatura corporea < 36°	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrizione: <ul style="list-style-type: none"> o perdita pressoché completa del tessuto adiposo; o alterazione del controllo centrale della temperatura
Sanguinamenti del cavo orale, lacerazioni del cavo orale Petecchie, mazzature, ulcerazioni nella regione periorale Erosione dentale, retrazione gengivale, gengiviti/parodontiti	<ul style="list-style-type: none"> - 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.) - Malnutrizione proteico-energetica e ipovitaminosi - Deficit immunitari dovuti alla malnutrizione
Petecchie congiuntivali	<ul style="list-style-type: none"> - Sforzo da vomito autoindotto - Alterazione del sistema della coagulazione (deficit di fattori della coagulazione da compromissione della funzionalità epatica dovuta alla malnutrizione)

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

Altri segni e sintomi indicativi dello stato di gravità 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"> - Le variazioni di peso corporeo possono significativamente influenzare la regolazione ipotalamica della temperatura corporea, causando alterazione del controllo centrale della medesima - Perdita dello strato adiposo sottocutaneo ed assottigliamento dell'epidermide-derma
Stipsi	<ul style="list-style-type: none"> - Insufficiente apporto idrico - Ptosi intestinale e assottigliamento ed ipotonia della tonaca muscolare viscerale da malnutrizione
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)

Tablette di rapida consultazione

La tabella 2 può essere d'utilità, quale rapida consultazione, ai fini di effettuare una valutazione clinica in emergenza prendendo in considerazione gli elementi di rischio di maggiore rilevanza.

La tabella 3 viene aggiunta quale approfondimento degli indicatori che vengono suggeriti per l'ammissione al ricovero ospedaliero, non necessariamente in emergenza, cioè anche per il ricovero ospedaliero programmato quale livello di cura necessario per determinate condizioni di gravità.

Le indicazioni riportate sono derivate dalle principali linee guida internazionali e dal consenso raggiunto dal gruppo di lavoro degli autori.

Tabella 2. Check List riassuntiva, riportante le 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

Evidenze di significativi fattori di rischio	<ul style="list-style-type: none">- ICM <13 kg/m² nei pazienti adulti (età superiore ai 18 anni) oppure <70% del BMI mediano secondo i percentili pediatrici, in caso di paziente di età inferiore ai 18 anni- Perdita recente di oltre 1 kg di peso corporeo per un periodo di almeno 2 settimane consecutive- Anamnesi positiva recente per alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi- Digiuno (rifiuto di assumere cibo) oppure introito giornaliero <500 kcal per un periodo di 2 giorni o più, in paziente con età inferiore ai 18 anni- Vomito autoindotto abituale e ricorrente o altre condotte di eliminazione (uso improprio di lassativi, diuretici)- Frequenza cardiaca <40 bpm- Bassi valori di pressione arteriosa sistemica. Franco riscontro di ipotensione ortostatica (crollo della pressione arteriosa sistolica di 20mmHg e/o della pressione arteriosa diastolica di 10mmHg entro 3 minuti dal passaggio da clinoad ortostatismo. Presenza di vertigini posturali- Temperatura corporea <35 ° C- Na <130mmol/L- K <3.0mmol/L- Transaminasi elevate- Glicemia a digiuno <3 mmol/L- Aumento di urea o creatinina- Anomalie ECG: ad es. bradicardia; QTc> 450ms
---	---

Tabella 3: Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero. Modificata da RANZCP Guidelines 2014	
Peso corporeo	ICM < 12 kg/m ²
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 > 120 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	eGFR < 60 ml/min /1,73m ² 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 ⁹ /L

3) Quando non si ravvisa la necessità di un trattamento in ambiente ospedaliero è indicato l'invio del paziente all'ambulatorio aziendale dedicato per la presa in carico, sulla base delle procedure definite da ciascuna azienda ASL. Per tale finalità, si raccomanda di attivare delle agende dedicate. Nell'invio, si deve tener conto delle difficoltà e delle ambivalenze di molti pazienti ad accettare le cure proposte e intraprendere un trattamento; per cui è opportuno il medico prenda contatti con la struttura specialistica di riferimento o a fornire comunque ulteriori indicazioni a riguardo.

5. FORMAZIONE

Tutti gli operatori del pronto Soccorso coinvolti nel percorso Lilla devono avere una formazione finalizzata alla valutazione clinica diagnostica e terapeutica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

È opportuno che gli operatori abbiano una conoscenza di base dei criteri diagnostici e degli elementi clinici, relativi alla salute fisica e mentale, che consentano di individuare i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e le possibili complicanze, affinché si possa sempre di più riconoscere le situazioni di emergenza ed evitare ritardi nella diagnosi e nell'inizio delle cure, entrambi fattori in grado di influenzare la prognosi di queste malattie.

A tal riguardo è compito delle ASL promuovere la formazione del personale sanitario sui percorsi assistenziali dei DNA in PS.

6. MONITORAGGIO

INDICATORI ORGANIZZATIVI

- Recepimento del Percorso Lilla regionale in PS: Atto deliberativo aziendale entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto deliberativo di Giunta Regionale;
- Attuazione aziendale del Percorso Lilla in PS: Atto Deliberativo Aziendale entro 60 giorni dall'atto di recepimento.
- Organizzazione di eventi formativi: Realizzazione di eventi formativi rivolti in maniera finalizzata agli operatori del PS nell'ambito del Percorso Lilla: almeno 1/anno
- Monitoraggio accessi al PS per DNA

Si puntualizza che gli indicatori sopra esposti verranno monitorati dall'ASR Abruzzo e potranno essere modificati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte da parte dei professionisti coinvolti nel percorso

Scheda di valutazione per Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)

Data: _____ Ora: _____

Dati Paziente:

- Nome e Cognome: _____
- Età: _____ Sesso: M F
- Inviante (se presente): _____

Anamnesi:

- **Peso:**
 - Peso attuale: _____ kg
 - Altezza: _____ cm
 - BMI: _____
 - Variazione di peso recente (ultimo mese):
 - Aumento Diminuzione Stabile
 - Se variazione, quantificare: _____ kg
 - Calo ponderale negli ultimi 6 mesi: _____ kg
- **Alimentazione:**
 - Restrizione calorica/digiuno: Lieve Medio Grave
 - Riduzione di apporto idrico giornaliero: Sì No
 - Episodi di abbuffata: Sì No
 - Se sì, frequenza: _____ episodi a settimana
 - Vomito autoindotto: Sì No
 - Se sì, frequenza: _____ episodi a settimana
 - Abuso lassativi/diuretici: Sì No
 - Se sì, frequenza: _____ episodi a settimana
 - Vegetarianismo/veganesimo: Sì No
- **Sintomi psichici:**
 - Ansia: Sì No
 - Irritabilità: Sì No
 - Insonnia: Sì No

- Depressione: Sì No
- Ideazione suicidaria: Sì No
- Autolesionismo: Sì No
- Altri sintomi (specificare): _____

• **Fattori di rischio:**

- Uso di alcool e/o sostanze: Sì No
- Altro (specificare): _____