



# *Ministero della Salute*

## **INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

### ***“RACCOMANDAZIONI IN PRONTO SOCCORSO PER UN CODICE LILLA”***

**Gruppo di lavoro:**

*Giuseppe Ruocco, Denise Giacomini, Giovanna Romano, Ministero della salute.*

*Esperti: Donatella Ballardini, Armando Cotugno, Laura Dalla Ragione, Riccardo Dalle Grave, Angela Emanuele, Giorgio Galanti, Valerio Galeffi, Giovanni Gravina, Patrizia Iacopini, Palmiero Monteleone, Andrea Pezzana, Paolo Santonastaso, Rosa Trabace, Massimo Vincenzi.*

*26 marzo 2018*

# INTRODUZIONE

## DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

**Definizione:** i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti connessi all'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale. Caratteristiche tipiche dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono l'ambivalenza nei confronti del trattamento, la scarsa consapevolezza di malattia e la sottovalutazione della gravità dei sintomi clinici da parte dei pazienti. 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.

**Epidemiologia:** i pazienti ammessi ai dipartimenti di emergenza in età compresa fra 14 e 20 anni hanno evidenziato tramite questionario validato una prevalenza del 16% di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione associati a basso peso, il 19,3% a sovrappeso e l'11.5% a obesità.

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 che cronici. I pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione possono accedere al Pronto Soccorso con sintomi vari, sia psicopatologici che organici

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.

## CLASSIFICAZIONE ed INDICI GRAVITÀ E COMPORTAMENTI PATOLOGICI

### **Classificazione**

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
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da Binge-Eating
- Altri disturbi dell'alimentazione: Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione con Specificazione e senza Specificazione
- Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo
- Pica e Disturbo da ruminazione

Il DSM-5 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 ( $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ ), 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) per settimana ( $n^\circ/\text{sett}$ ):  
lieve 1-3/ $\text{sett}$ .; moderato 4-7/ $\text{sett}$ .; grave 8-13/ $\text{sett}$ .; estremo  $>14/\text{sett}$ .
- Per il Disturbo da Binge-Eating si evidenziano 4 livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di abbuffata a settimana ( $n^\circ/\text{sett}$ ):  
lieve 1-3/ $\text{sett}$ ; moderato 4-7/ $\text{sett}$ ; grave 8-13/ $\text{sett}$ ; estremo  $>14/\text{sett}$ .

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

Ai fini di una corretta valutazione è importante acquisire informazioni anamnestiche al riguardo di:

- Restrizione alimentare persistente
- Digiuno e semidigiuno
- Riduzione o eccesso di apporto idrico
- Episodi di abbuffata
- Vomito autoindotto
- Uso improprio di lassativi

- Uso improprio di diuretici
- Autolesionismo
- Esercizio fisico eccessivo
- Rialimentazione troppo rapida
- Assunzione di materiale non alimentare (Pica)
- Ideazione suicidaria

I sintomi e i comportamenti sopradescritti possono essere diversamente associati fra di loro e tale associazione può determinare un aumento del rischio di complicanze.

### ***Indici per stabilire la gravità dello stato del paziente***

- \*Peso corporeo. Rischio alto se IMC inferiore a 16,0. Rischio altissimo se inferiore a 14,0; intervento medico d'emergenza da considerare se IMC < 13,0.
- Modalità della perdita di peso. Rapido calo ponderale (es. 1 kg a settimana per almeno sei settimane o > del 10% del peso abituale in 2/3 mesi) o costante calo ponderale nonostante un adeguato trattamento per 12 settimane. La malnutrizione acuta è comunque un'emergenza medica.
- \*Pressione Arteriosa. Rischio alto per PA sistolica < 90 mmHg e PA diastolica < 60-mm Hg; altissimo rischio per PA sistolica < 80 mmHg, PA diastolica < 50 mmHg; rischio alto per calo PA >10 mmHg in ortostatismo; rischio altissimo per calo PA >20 mmHg in ortostatismo.
- La frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico (insufficienza renale, ipokaliemia).
- \*Frequenza cardiaca. Rischio altissimo se < 40 bpm o > 110 bpm o significativa tachicardia posturale (aumento di più di 10 battiti in ortostatismo).
- \*Temperatura corporea. Rischio alto se < 35.5° con estremità fredde e cianotiche; rischio altissimo se < 35° con estremità fredde e cianotiche.
- ECG. 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha una eziologia cardiaca (includendo torsione di punta e morte improvvisa). Pazienti con polso aritmico e/o QTc >450 msc sono ad alto rischio. Le più comuni cause di allungamento del QT sono l'ipokaliemia, l'ipomagnesemia e l'assunzione di farmaci come gli SSRI e gli antidepressivi triciclici.
- Glicemia. Rischio alto per valori < 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo per valori < 2.5 mmol/L (50 mg/dl).
- Na. Rischio alto per valori < 130 mmol/L; rischio altissimo per valori < 125 mmol/L.
- K. Rischio alto se < 3.5 mmol/L; rischio altissimo se < 3 mmol/L.
- Mg. Rischio alto se 0.7-1 mmol/L; rischio altissimo se < 0.7 mmol/L.
- P. rischio alto se valori di 0.8 mmol/L; rischio altissimo se < 0,8 mmol/L.
- Urea. Rischio alto se > 7 mmol/L; rischio altissimo se > 10 mmol/L.

- Enzimi epatici. Rischio alto se mediamente elevati; rischio altissimo se marcatamente elevati (AST e/o ALT > 500 U/L).
- Emocromo. Rischio alto se neutrofili < 1500/mmc; rischio altissimo se < 1000/mmc.
- Albumina. Rischio alto se < 35 g/L; rischio altissimo se < 30 g/L

\* *parametri identificabili con il semplice esame obiettivo*

È da considerare tuttavia che un'alterazione dei compartimenti idrici e fenomeni di adattamento legati al deficit nutrizionale possono falsare gli usuali esami ematochimici e mostrare risultati apparentemente normali.

### ***Criteria di ammissione al ricovero ospedaliero***

Uno o più dei seguenti:

- Peso corporeo minore del 75% del peso ideale
- Rapida, persistente, incontrollata perdita di peso (10-15% nei 30 giorni precedenti il ricovero)
- Ripetuti episodi sincopali
- Temperatura corporea < 36,1
- Gravi alterazioni degli esami di laboratorio (Es: K< 2,5 mmo/L, NA< 125 mmol/L, Glicemia < 2.5 mmol/L; Mg < 0.7 mmo/L); compromissione dei parametri epatici e renali
- Alterazioni significative del ritmo cardiaco e/o della frequenza cardiaca (FC <50 nell'adulto; <45 paziente pediatrico o adolescente)
- Significativa ipotensione (PA <90/50 mmHg)
- Tendenze suicidarie
- Prolungata mancanza dell'accrescimento atteso o dello sviluppo corporeo (pazienti pediatrici o adolescenti)

In presenza di grave depressione e rischio suicidario, l'indicazione al ricovero urgente in ambiente psichiatrico viene valutata con una consulenza psichiatrica urgente.

Le indicazioni al ricovero urgente in ambiente ospedaliero vengono valutate anche in relazione alla disponibilità nell'ambito del territorio di servizi specialistici per i disturbi alimentari che siano in grado di erogare trattamenti intensivi a livello ambulatoriale e/o di day-hospital.

*Nei casi a rischio alto il ricovero ospedaliero è indicato. Nei casi rischio altissimo il ricovero è assolutamente richiesto e riguarda esplicitamente il trattamento medico in acuzie.*

***Vi sono quadri in cui i diversi segni e sintomi associati possono presentare un particolare pericolo***

- Adulti. Frequenza cardiaca < 50 bpm; temperatura < 36.1°; PA < 90/50mmHg; glicemia <60 mg/dL; K < 2.5 mEq/L; Na <125 mEq/L
- Bambini e adolescenti. FC < 40 bpm, PA < 80/50mmHg, ipokaliemia, ipomagnesiemia, ipofosfatemia
- Disidratazione, compromissione epatica, renale, cardiovascolare
- Peso corporeo. Peso <75% del peso ideale; rapido calo ponderale nei 30 gg precedenti
- Rischio suicidario. Specifici progetti di morte o intenti rivolti a tale finalità; depressione; precedenti tentativi di suicidio
- Comportamenti lesivi verso se stessi o altri
- Situazioni di stress psicosociali. Relazioni familiari compromesse; traumi sessuali

## **VALUTAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA**

All'accoglienza vanno raccolti 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.

### ***IMPORTANZA del RUOLO dell'INFERMIERE:***

Per un percorso clinico-assistenziale completo ed efficace fondamentale è il lavoro in team tra le diverse figure professionali. Indispensabile, nell'ambito del processo di triage, 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 davvero paziente e familiari in una situazione di collaborazione ed appoggio.

- 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 del Pronto Soccorso dovrebbe vedere il paziente adulto da solo e, nel caso sia un minore, chiedere 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. Con gli adolescenti va comunque sempre eseguito un incontro congiunto con il paziente e i genitori per chiedere il loro consenso informato sulle procedure diagnostiche e terapeutiche da intraprendere.
- Un'altra strategia, che può aiutare a ingaggiare il paziente, in particolare gli adolescenti, consiste nel sottolineare che l'esclusiva preoccupazione del medico sia il suo bene e non quello di altri, e che egli opererà solo per conto suo e non dei genitori e di altri significativi.
- È utile, quando possibile, contattare il medico o il pediatra curante o gli specialisti che hanno in cura il paziente, in particolare quando si pongano ostacoli ad una corretta valutazione del quadro clinico

### **Comunicazione**

- Mostrare empatia
- Essere consapevoli che i sintomi presentati sono l'espressione di una malattia, 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
- Fare scegliere al paziente
- Creare un dialogo.

### **Anamnesi al triage**

- Rapide modificazioni del peso corporeo
- Improvviso rifiuto del cibo
- Presenza di metodi compensatori (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, supplementi tiroidei, eccessivo esercizio fisico)
- Episodi di abbuffata e vomito autoindotto incontrollabili
- Comparsa o aumento di sintomi psichici quali ansia, irritabilità, insonnia, depressione
- Disturbo da uso di alcool o sostanze stupefacenti
- Vegetarianismo o veganesimo soprattutto in giovani donne

## SEGNI CLINICI PIÙ FREQUENTI DA CONSIDERARE IN CORSO DI ESAME OBIETTIVO IN PAZIENTI CON DA

### Generali

- Marcata perdita di peso
- Letargia

### Orali e dentali

- Ipertrofia parotidea
- Carie ed erosioni dentali
- Traumi e lacerazioni orali
- Perimolisi

### Dermatologici

- Colorito giallo della cute
- Lanugo dei capelli
- Calli e cicatrici sul dorso delle mani (segno di Russel)

### Cardiorespiratori

- Aritmie cardiache
- Alterazioni della frequenza cardiaca
- Ipotensione
- Edemi declivi
- Estremità fredde e cianotiche
- Brevità degli atti respiratori
- Pneumotorace spontaneo

### I parametri obiettivi fondamentali ed essenziali restano comunque:

- Misurazione in orto e clinostatismo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca
- Frequenza respiratoria
- Temperatura corporea
- Misurazione dell'altezza, del peso e dell'IMC

## CENNI DI TRATTAMENTO

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 pericolose per se 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 il trattamento*

Evitare infusioni rapide di eccessive quantità di liquidi; potrebbero infatti precipitare una insufficienza cardiaca soprattutto in pazienti con comportamenti purgativi e con compromessa funzionalità. Un regime infusionale di 10 ml/kg/h è solitamente sicuro per evitare le complicanze descritte, e può gradualmente raggiungere 15-20 ml/kg/h 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 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.

## INTERAZIONE PRONTO SOCCORSO e TERRITORIO

### Criteri medici di dimissione

- Stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio
- Bilanciamento del quadro elettrolitico
- Risoluzione di pericolose aritmie cardiache
- Invio al MdMG
- Invio ai PdLS

### Invio del paziente ai centri specialistici per la cura dei disturbi alimentari

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

Nell'invio, si deve tener conto delle difficoltà e delle resistenze di molti pazienti ad accettare le cure proposte e intraprendere un trattamento; in molti casi può essere opportuno che sia il medico stesso a prendere contatti con la struttura specialistica di riferimento più vicina o a fornire comunque un'indicazione precisa e circostanziata a riguardo

### **LA MAPPA NAZIONALE DEI SERVIZI E DELLE ASSOCIAZIONI DEDICATI ALLA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

---

Una **mappa dei servizi e delle associazioni** specificamente dedicati al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare è consultabile al sito [www.disturbialimentarionline.it](http://www.disturbialimentarionline.it).

La sezione "Cerca una struttura" permette la consultazione di tutte le informazioni disponibili (informazioni relative alla localizzazione - ente di appartenenza, indirizzo, recapiti telefonici e di posta elettronica - alle caratteristiche organizzative, agli orari di apertura, ai livelli di trattamento disponibili e alle prestazioni erogate).

La mappa include inoltre le Associazioni che perseguono finalità legate alla prevenzione, al supporto alle famiglie ai pazienti, allo studio e alla ricerca nell'ambito dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. A completamento dell'obiettivo è stata inoltre effettuata una ricognizione della normativa prodotta da ogni Regione in materia di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, allo scopo di dare piena espressione degli specifici provvedimenti e del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione. I risultati della ricognizione sono disponibile nella sezione "Documenti" alla voce "Normativa regionale".

## TABELLA: segni e sintomi frequenti

- Marcata perdita di peso, aumento ponderale o fluttuazione del peso
- Intolleranza al freddo
- Debolezza
- Facile faticabilità o letargia
- Vertigini
- Sincope
- Orali e dentali
  - Traumi e lacerazioni orali
  - Erosioni dentali e carie
  - Perimolisi
  - Ipertrofia parotidea
- Cardiorespiratori
  - Dolore toracico
  - Cardiopalmo
  - Aritmie
  - Brevità degli atti respiratori (“respiro corto”) e dispnea (pneumotorace spontaneo)
  - Edemi declivi
- Gastrointestinali
  - Sazietà precoce, ritardato svuotamento gastrico
  - Reflusso gastroesofageo
  - Ematemesi
  - Emorroidi e prolasso rettale
  - Stipsi
- Endocrine
  - Amenorrea o irregolarità mestruali
  - Perdita della libido
  - Infertilità
  - Osteopenia o osteoporosi con aumentato rischio di fratture ossee
- Neuropsichiatriche
  - Depressione (tristezza, mancanza di piacere nel fare le cose, mancanza di iniziativa); ansia;
  - Pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi

- Insonnia
- Ideazione suicidaria; tentativi di suicidio
- Comportamenti autolesivi (Autolesionismo)
- Perdita di memoria; scarsa concentrazione
- Dermatologiche
  - Lanugo dei capelli
  - Perdita di capelli
  - Colorito giallo della cute
  - Calli o cicatrici sul dorso delle mani (segno di Russell)
  - Ridotta capacità di cicatrizzazione