

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) nella Regione Sardegna

1. Premessa	3
2. Scopo e campo di applicazione.....	3
3. Acronimi, termini e definizioni	3
4. Riferimenti normativi e documentali	4
4.1 Livello regionale.....	4
4.2 Livello nazionale e internazionale	5
5. Modalità di rappresentazione del PDTA: diagrammi di flusso e matrici di responsabilità	5
5.1 Diagramma di flusso (Flow chart).....	5
5.2 Matrice delle responsabilità.....	6
5.2.1 Matrice delle responsabilità: attività ambulatoriali	7
5.2.2 Matrice delle responsabilità: percorso lilla.....	9
5.2.3 Matrice delle responsabilità: ricovero ospedaliero.....	9
6. Fasi del PDTA: modalità operative (azioni e decisioni).....	11
6.1 Accettazione (Allegato 2).....	11
6.2 Prima visita in ambulatorio (Allegato 3 Adulti e 3 Minori)	11
6.3 Conferma DNA:	11
6.4 Malnutrizione per eccesso (Allegato 5).....	11
6.5 Malnutrizione per difetto (Allegato 4 Adulti e 4 Minori).....	11
6.6 Interventi ambulatoriali (Allegato 5 Adulti e 5 Minori)	12
6.7 Ricovero in reparto internistico (Allegato 6 Adulti-Minori).....	12
6.8 Percorso residenziale (Allegato 7 Adulti-Minori)	12
6.9 Dimissione.....	13
7. Percorso lilla in PS (Allegato 8).....	13
8. ALLEGATI:	15

1. Premessa

Il PDTA nasce dalla necessità di uniformare livelli di assistenza su tutto il territorio regionale e definire modalità di intervento condivise tra gli operatori delle diverse ASL.

Il 22 dicembre 2021 la Commissione Bilancio del Senato ha stabilito l'inserimento dei DNA nei Livelli essenziali di assistenza (LEA); nelle more dell'aggiornamento dei LEA è stato finanziato un fondo nazionale per la costituzione di un Piano di attività biennale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sulla "Organizzazione e implementazione della Rete dei Servizi della Regione Sardegna dedicati ai DNA", di cui all'Intesa Rep. Atti n. 122/CRS del 21 giugno 2022, recepita in Sardegna con D.G.R. n. 35/45 del 22.11.2022.

Il presente PDTA, ideato in ambito regionale con la collaborazione del "Tavolo tecnico di confronto per il monitoraggio sull'adeguatezza dell'investimento del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, istituito ai sensi dell'art. 1, comma 688, della legge 30 dicembre 2021, n. 234" di cui alla determinazione dirigenziale n. 472 del 04.05.2023, è oggetto di recepimento integrale da parte di questa ASL, è oggetto di recepimento da parte di tutte le otto ASL, delle AOU di Sassari e Cagliari e dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari.

2. Scopo e campo di applicazione

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità operative e le responsabilità in merito all'accesso, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dei Servizi che si occupano di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione per gli adulti e per minori.

La presente procedura, esplicitata in modalità uniforme in ambito regionale è applicata da tutti i componenti del personale coinvolto nel processo. Il presente PDTA è formalmente e integralmente recepito da questa ASL, sulla base del medesimo documento approvato in ambito regionale, ex D.G.R. n. 10/20 del 18/02/2025.

3. Acronimi, termini e definizioni

Descrizione dell'articolazione organizzativa

Acronimo

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

DNA

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

DSMD

Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

NPIA

Descrizione dell'articolazione organizzativa	Acronimo
Centro di Salute Mentale	CSM
Medico di Medicina Generale	MMG
Pediatra di libera scelta	PLS
Bassa complessità assistenziale	BCA
Media complessità assistenziale	MCA
Alta complessità assistenziale	ACA
Anoressia Nervosa	AN
Bulimia Nervosa	BN
Binge Eating Disorder	BED
Avoidant/restrictive food intake disorder (disturbo evitante restrittivo)	ARFID
Other specified feeding or eating disorder (disturbo alimentare con altra specificazione)	OSFED
Body Mass Index	BMI
Nutrizione enterale	NE
Servizio di Riabilitazione Residenziale Semiresidenziale Psichiatrica	SRRSP
Struttura Residenziale Semiresidenziale Disturbi del Comportamento Alimentare	SRSDCA

4. Riferimenti normativi e documentali

4.1 Livello regionale

- Piano di attività biennale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sulla "Organizzazione e implementazione della Rete dei Servizi della Regione Sardegna dedicati ai DNA", di cui all'Intesa Rep. Atti n. 122/CRS del 21 giugno 2022 - Delib.G.R. n. 35/45 del 22.11.2022.
- Determinazione ATS del Direttore ASSL Cagliari N 2026 1/6/2018-; Successiva integrazione Determinazione Direttore ASSL N 55 del 15/01/2019.
- Atti Aziendali ASL Cagliari (Del. DG N 25 del 01/02/2023); Atti Aziendali ASL Sassari (Del. DG N 28 del 23/01/2023).

- Determinazione ATS ASSL Sassari n. 6256 del 8/11/2021.
- Del. D.G. ASL Sassari n. 131 20/2/23.
- Del. DG ASL Nuoro n. 524 del 03/07/2023.
- Del. DG ASL Ogliastra n. 77 del 14/03/2023 e n. 403 del 20/10/2023.
- Del. DG ASL Oristano n. 351 del 31/07/2023.
- Del DG ASL Sulcis Iglesiente n. 136 del 20/02/2024.
- Del. DG ASL Medio Campidano n. 272 del 11/04/2024.

4.2 Livello nazionale e internazionale

- Linee di indirizzo nazionali su Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione (Quaderni del Ministero della Salute del 2013 (n. 17/22 luglio-agosto 2013).
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" (QMS, n. 29 settembre 2017).
- Documento MARSIPAN (Management of Really Sick Patient with Anorexia Nervosa, 2010).
- Linee guida National Institute for Clinical Excellence (NICE 2017).

5. Modalità di rappresentazione del PDTA: diagrammi di flusso e matrici di responsabilità

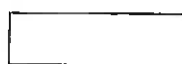
5.1 Diagramma di flusso (Flow chart)

È una rappresentazione grafica della sequenza delle attività all'interno di un processo, realizzato secondo alcune modalità standard, in modo da rendere più semplice ed immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte.

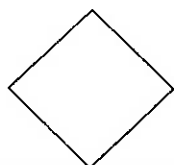
I simboli adottati nei diagrammi di flusso (flow chart) allegati al del presente PDTA sono i seguenti:



indica l'inizio e la fine di un processo;



rappresenta il simbolo di un'attività o di un compito all'interno del processo; rappresenta ogni tipo di attività esecutiva;



indica il punto corrispondente ad una fase decisionale. Da questa forma possono partire due linee di flusso, una nella parte inferiore e l'altra su un lato, ciascuna delle quali è contrassegnata da una delle opzioni possibili, quali Sì e No oppure Vero e Falso; tali linee possono anche indicare opzioni alternative;

—————→ rappresenta la direzione di flusso da un'attività alla successiva e il momento di connessione con un'altra fase del processo.

←—————→ rappresenta la direzione di flusso tra servizi che lavorano in collaborazione

————— rappresenta il punto di unione dei percorsi; due attività confluiscono nello stesso percorso.

5.2 Matrice delle responsabilità

È una tabella a doppia entrata che indica, per ciascuna figura professionale in ciascuna fase del PDTA, il livello di coinvolgimento richiesto, secondo la seguente leggenda:

- [R] persona responsabile di una specifica attività;
- [C] persona coinvolta in quanto fornisce un contributo essenziale di attività o informazioni;
- [I] persona che sarebbe opportuno/necessario informare.

Per la rappresentazione del presente PDTA sono state elaborate matrici delle responsabilità per le attività ambulatoriali, per il percorso lilla e per il ricovero ospedaliero.

5.2.1 Matrice delle responsabilità: attività ambulatoriali

ATTIVITÀ	Medico Psichiatra/ NPI	Medico Internista/Nutr izionista	Psicologo	Infermiere	Assistente Sociale	Educatore/TRP /TNPEE	Biologo Nutrizionista
1-ACCETTAZIONE	C	C	C	R	R	R	I
1.1- TRIAGE E APPUNTAMENTI	R/C	R/C	I	R	R/I	R/I	I
2-PRIMA VISITA IN AMBULATORIO (2.1)	R	R	R	I/C	I	I	I
2.2 - APERTURA CARTELLA CLINICA	R	I/C	I	C	I	I	I
2.3- PROGRAMMAZIONE ESAMI CLINICI E STRUMENTALI/ VALUTAZIONE TESTOLOGICA	R/C (se psy)	R/C (se organici)	R (test)	I	I	I	I
3 - CONFERMA DIAGNOSI DNA	R	C	C	I	I	I	I
4- INVIO PRESSO AMBULATORIO OBESITA'	R	C	I	I	I	I	I
5-6 - INTERVENTI AMBULATORIALI 5.1	R (se psichiatrico- psicotp)/I	R (se internistico- nutriz)/I	R (se psicotp)/I	I	I	I	I

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ATTIVITÀ	Medico Psichiatra/ NPI	Medico Internista/Nutr izionista	Psicologo	Infermiere	Assistente Sociale	Educatore/TRP /TNPEE	Biologo Nutrizionista
5.2 - INVIO PRESSO REPARTO OSPEDALIERO: SPDC O MEDICINA INTERNA. COINVOLGIMENTO MMG PER CURE DOMICILIARI	R/C	R/C	I	C	C	I	I
5.2.1 - COLLABORAZIONE CON REPARTO OSPEDALIERO E CURE DOMICILIARI	R/C	R/C	C	C	C	C	C
6 - INTERVENTI INFERMIERISTICI - SOCIALI -RIABILITATIVI- RIABILITAZIONE-NUTRIZIONALE	I/C	I/C	I	R (se inferm)/I	R (se social)/I	R (se riabilitat)/I	R (se riab-nutriz)/I
7- INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA	R	R	C	I/C	C	C	I/C
8- FORMULAZIONE PTAI	R	R	C	I/C	C	I/C	I
10- MONITORAGGI PTAI	R	R	R	C	C	C	I/C
9- DIMISSIONE DAL SERVIZIO DNA	R	R	C	I/C	I	I	I

5.2.2 Matrice delle responsabilità: percorso lilla

Attività	Medico PS	Infermiere PS	OSS PS
ACCETTAZIONE/ TRIAGE	I	R	I
VALUTAZIONE CLINICA	R	I/C	I
RICHIESTE CONSULENZE	R	I/C	I
PRESCRIZIONE ESAMI EMATICI E STRUMENTALI	R	C	I
ESECUZIONE ESAMI EMATICI E STRUMENTALI	C	R	I
RICOVERO OSPEDALIERO	R	I/C	I
DIMISSIONI	R	I/C	I

5.2.3 Matrice delle responsabilità: ricovero ospedaliero

Attività	Medico	Infermiere	OSS
ACCETTAZIONE	R	C	I
ASSEGNAZIONE POSTO LETTO	R	C	C

Attività	Medico	Infermiere	OSS
PRESCRIZIONE ESAMI EMATICI STRUMENTALI	E R	C	C
ESECUZIONE ESAMI EMATICI STRUMENTALI	E C	R	I
PRESCRIZIONE TERAPIA	R	C	I
SOMMINISTRAZ. TERAPIA	I	R	I
SOMMINISTRAZ. PASTI	I	R	C
PRESCRIZIONE N.E.	R (consulenze Servizio DNA)	C	I
POSIZIONAMENTO SONDINO N.E.	R/C (eventuali collaborazioni con Chirurgia, Gastroenterologia, Radiologia per verifica posizionamento)	C/R	I
MONITORAGGIO N.E.	R/C (EVENTUALI COLLABORAZIONI DI CUI SOPRA)	C/R	I
RICHIESTE CONSULENZE SPECIALISTICHE	R	C	I
VERIFICA EVACUAZIONI, URINE, IGIENE PERSONALE	I	C	R
DIMISSIONI	R	C	I

6. Fasi del PDTA: modalità operative (azioni e decisioni)

L'invio del paziente avviene su richiesta da parte dei PLS/MMG, altre unità operative del DSMD, specialisti ambulatoriali, reparti ospedalieri e qualsiasi altro operatore del settore che lo ritenga opportuno, tramite la compilazione e trasmissione della Scheda Invio (Allegato 1). Nel caso in cui il paziente arrivi al servizio di propria iniziativa la struttura procede direttamente alla fase di accettazione.

6.1 Accettazione (Allegato 2)

- L'operatore disponibile compila la scheda di accoglienza (Allegato 2) o per via telefonica o in presenza.
- Entro dieci giorni, l'operatore dedicato all'accettazione, acquisisce la richiesta in entrata con le informazioni dell'utente e sottopone la richiesta all'attenzione dell'equipe.
- Il medico dell'area psichiatrica/NPI o dell'area nutrizionale, valutata la priorità, fissa la data della prima visita psichiatrica/NPI e internistico-nutrizionale, entro quattro settimane; la data viene comunicata all'utente o alla famiglia in caso di minore.

6.2 Prima visita in ambulatorio (Allegato 3 Adulti e 3 Minori)

- Prima visita psichiatrica/NPI, prima visita internistico-nutrizionale/dietologica;
- apertura cartella clinica;
- Programmazione valutazione testistica/esami clinici e strumentali e valutazioni successive.

6.3 Conferma DNA:

- in caso di grave comorbidità psichiatrica e grave disregolazione, si valuta una eventuale presa in carico congiunta col CSM/NPI, SerD o altri Servizi del DSM;
- si definisce l'intensità del percorso, laddove necessario il pz viene messo in lista d'attesa in base alla priorità clinica.

6.4 Malnutrizione per eccesso (Allegato 5)

Eventuale collaborazione Ambulatori specifici per l'Obesità.

6.5 Malnutrizione per difetto (Allegato 4 Adulti e 4 Minori)

a) pz in equilibrio metabolico-elettrolitico, con BMI ≥ 14 o < in pz collaborante e/o buon supporto familiare: BCA AMBULATORIO DNA;

b) pz in squilibrio metabolico-elettrolitico, con BMI < 14, non collaborante e con scarso supporto familiare: ricovero in reparto internistico (Allegato 6 Adulti e 6 Minori).

In condizioni critiche sia organiche che psichiatriche si renderà necessaria una valutazione congiunta al PS tra i medici dell'SPDC e del reparto internistico sull'appropriatezza e sulla destinazione di ricovero; ogni reparto dovrà garantire successiva collaborazione durante il ricovero. Il quadro clinico preponderante sarà determinante nella scelta dell'Unità Operativa in cui il paziente verrà ricoverato, sebbene per i minori il ricovero

è sempre nella clinica di NPIA e solo in casi prevalentemente organici e in assenza di posti disponibili in NPI il ricovero può avvenire in pediatria (Allegato 6 Minori).

c) pz in equilibrio metabolico-elettrolitico, con BMI < 14, con buon supporto familiare: MCA AMBULATORIO DNA, con interventi settimanali.

Al miglioramento clinico i pz verranno seguiti in Ambulatorio DNA (MCA, BCA).

6.6 Interventi ambulatoriali (Allegato 5 Adulti e 5 Minori)

a) pazienti:

- valutazione, diagnosi, cura, riabilitazione psico-nutrizionale;
- visite psichiatriche, psicoterapia, visite internistico-nutrizionali, tp individuali, gruppi psicoterapici;

b) familiari, sulla base della gravità clinica e del consenso del pz:

- psicoterapia e/o gruppi psico-educazionali.

6.7 Ricovero in reparto internistico (Allegato 6 Adulti-Minori)

Vedi criteri di ammissione al ricovero ospedaliero (Percorso Lilla in PS- Allegato 8).

Si garantisce stretta collaborazione tra reparto ospedaliero e specialisti DNA territoriali

In presenza di miglioramento clinico - stabilizzazione metabolico-elettrolitica o incremento ponderale in pz che aveva un BMI critico: torna in MCA Ambulatorio DNA.

ADULTI: posizionamento NE (Nutrizione Enterale), in pz in cui persiste BMI critico: attivazione Cure Domiciliari da MMG (collaborazione con specialisti DNA territoriali) e rivalutazione a tre mesi oppure inserimento in CT (Comunità Terapeutica)

a) il pz raggiunge un BM ≥ 14 , collaborante, con buon supporto familiare → esce dalle Cure Domiciliari

b) il pz non raggiunge gli obiettivi → valutazione per eventuale ricovero residenziale in CT DNA; rivalutazioni periodiche dopo tre mesi

MINORI: posizionamento NE, in pz in cui persiste BMI critico; la dimissione avverrà dopo lo svezzamento dal sondino o per inserimento in CT con caratteristiche specifiche su valutazione congiunta delle équipes multidisciplinari Ospedale e Territorio.

Dopo opportuno percorso, il pz torna all'Ambulatorio DNA

6.8 Percorso residenziale (Allegato 7 Adulti-Minori)

Qualora il paziente non risponda al trattamento Ambulatoriale BCA MCA per un periodo di 12 settimane si valutano le condizioni fisiche, psichiatriche e sociali. Sulla base di queste, organizzate in cluster, si definirà l'appropriatezza all'inserimento:

- **Alta priorità** se saranno presenti tre criteri su tre (elevato rischio fisico, elevato rischio psichiatrico, elevato rischio psicosociale). Tale condizione presuppone un ricovero in reparto internistico o psichiatrico in base alle aree cliniche più compromesse, prima dell'inserimento in struttura.
- **Media priorità** se saranno presenti due criteri su tre, dopo un periodo di 4 settimane in MCA.
- **Bassa priorità** di inserimento se è presente un solo criterio su tre, da valutarsi dopo un periodo di 4 settimane in MCA.

Stesura PTAI con definizione del progetto riabilitativo, invio SRRSP che collabora con il Servizio DNA per la ricerca della Struttura Residenziale.

Inserimento in Comunità: si prevedono visite periodiche, anche in tele-medicina, presso la struttura dell'equipe DNA inviante, per garantire continuità terapeutica nei vari livelli di assistenza.

- Raggiungimento obiettivi del PTAI e dimissione previa valutazione multidisciplinare, rientro presso servizi invianti BCA o MCA a seconda del profilo clinico riscontrato alla dimissione. Mancato raggiungimento degli obiettivi del PTAI, valutazione multidisciplinare e proroga percorso residenziale o invio presso altri livelli di cura, ricovero, centro diurno, cure domiciliari, MCA.
- In caso di lunga lista di attesa o di pz che non accetta l'inserimento in CT, si prevede un'intensità di cura MCA con eventuale attivazione delle CURE DOMICILIARI da parte del MMG in caso di pz con NE.

6.9 Dimissione

- a. In caso di remissione protratta e continuativa di sintomi psicopatologici e clinici.

Follow-up a 1 mese, a 2 mesi, a 3 mesi e a 6 mesi per due anni.

- b. In caso di remissione dei sintomi legati solo alla sintomatologia del DNA ma persistenza di sintomi psichiatrici, rinvio agli altri servizi del DSM.

Prosegue i Follow-up come da indicazioni precedenti.

7. Percorso lilla in PS (Allegato 8)

Qualora un pz si presenti in PS con lipotimia, scompensi elettrolitico-metabolici, anomalie ECG, sintomi gastroenterologici, sarà necessario verificare la presenza dei seguenti criteri:

- Peso corporeo BMI < 12 kg/m²
- Pressione arteriosa sistolica PAS < 80 mmHg
- Ipotensione ortostatica
- Diminuzione della PAS > 20 mmHg al passaggio da clino- ad ortostatismo

- Frequenza cardiaca $FC \leq 40$ bpm oppure > 120 bpm; oppure tachicardia posturale (incremento di $FC > 20$ bpm rispetto al basale, al passaggio da clino- ad ortostatismo)
- Temperatura corporea $T < 35^{\circ} C$ 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 $< 2,5$ 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
 - GFR: < 60 ml/min/1.73m² o rapidamente discendente (calo del 25% in una settimana)
 - Albumina: < 30 g/L
 - Enzimi Epatici: marcatamente elevati (AST o ALT > 500 U/L)
 - Neutrofili: $< 1 \times 10^9/L$

La presenza di uno solo dei sopra elencati punti rappresenta Criterio di ammissione al ricovero ospedaliero (Modificata da RANZCP Guidelines 2014).

Sarà necessario provvedere in PS alla stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio, al bilanciamento del quadro elettrolitico, alla risoluzione di pericolose aritmie cardiache, con successivo Ricovero Ospedaliero per la Nutrizione Enterale, alla stabilizzazione dei parametri ematici e clinici, al miglioramento del BMI critico, all'eventuale stabilizzazione delle acuzie psichiatriche.

Durante il ricovero è prevista una stretta collaborazione tra equipe DNA e reparto ospedaliero.

Dopo la risoluzione del quadro clinico si prevede l'invio all'Ambulatorio/Servizio DNA.

Se non sono presenti sintomi/segni di cui sopra, il pz può essere inviato all'Ambulatorio/Servizio DNA di competenza territoriale.

8. ALLEGATI:

- **ALLEGATO 1:** SCHEDA DI INVIO PER SOSPETTO DNA
- **ALLEGATO 2:** SCHEDA ACCOGLIENZA DNA MINORI/ADULTI
- **ALLEGATI 3-6:** PERCORSI MINORI-ADULTI
- **ALLEGATO 7:** RESIDENZIALITA'
- **ALLEGATO 8:** PERCORSO LILLA IN PS

Allegato 1 SCHEDA DI INVIO PER SOSPETTO DNA

**SCHEDA DI INVIO PER SOSPETTO DISTURBO DELLA
NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

Informazioni generali	
Cognome Nome	
Data di nascita	C.F.
Residenza	
Telefono	
Familiare di riferimento	Telefono

Inviante	MMG
	PLS
	ALTRO

IPOTESI DIAGNOSTICA

Peso	Altezza	
FC	PA	
Restrizione alimentare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Perdita di peso	Graduale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Rapida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Presenza di abbuffate	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Mestruazioni	Regolari <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/>	
Condotte di Eliminazione:	Vomito autoindotto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Uso di diuretici/lassativi/clisteri: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Esercizio fisico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Note

NB: Si specifica che il paziente con priorità **URGENTE** (entro 72 h) va inviato al **PS**

Allegato 2 SCHEDA ACCOGLIENZA DNA MINORI/ADULTI

**Check-list per raccolta informazioni per
Accoglienza del paziente con presunto DNA**

Informazioni generali	
Cognome Nome	
Data di nascita	C.F.
Residenza	
Indirizzo	
Contatti	Telefono:
	E-mail:
Scuola (per minori) / Titolo di studio	
Stato civile	
Lavoro	
Familiari referenti	
Minori: Padre	Tel/e-mail
Madre	Tel/e-mail
In caso di genitori separati	Consenso dell'altro coniuge SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AdS o Tutore	
Tel/e-mail	

Inviante	MMG/PLS
	CSM
	ALTRO

Motivo dell'invio/ tipo di disturbo	AN
	BN
	BED

Eventuale Comorbidità Psichiatrica/NPI	
Eventuale Comorbidità Organica	

Esordio DNA	
Ricoveri	
Eventuali farmaci utilizzati	
Uso di sostanze o alcolici	

Informazioni nutrizionali e parametri (eventualmente riportati dal MMG/PLS/Altro)	
Peso attuale:	
Altezza:	
FC	PA TC
Menarca	
Mestruazioni	Regolari <input type="checkbox"/> Dismenorrea <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/>
Modalità perdita di peso e Tempo di dimagrimento:	Graduale <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rapida (specificare) Perdita di peso nell'ultimo mese?
Presenza di abbuffate:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frequenza:
Condotte di Eliminazione:	Vomito autoindotto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° episodi a settimana Uso di diuretici/lassativi/clisteri: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esercizio fisico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frequenza gg/settimana
Stile alimentare attuale:	Digiuno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grignottage Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ortoressia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tende a mangiare da solo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

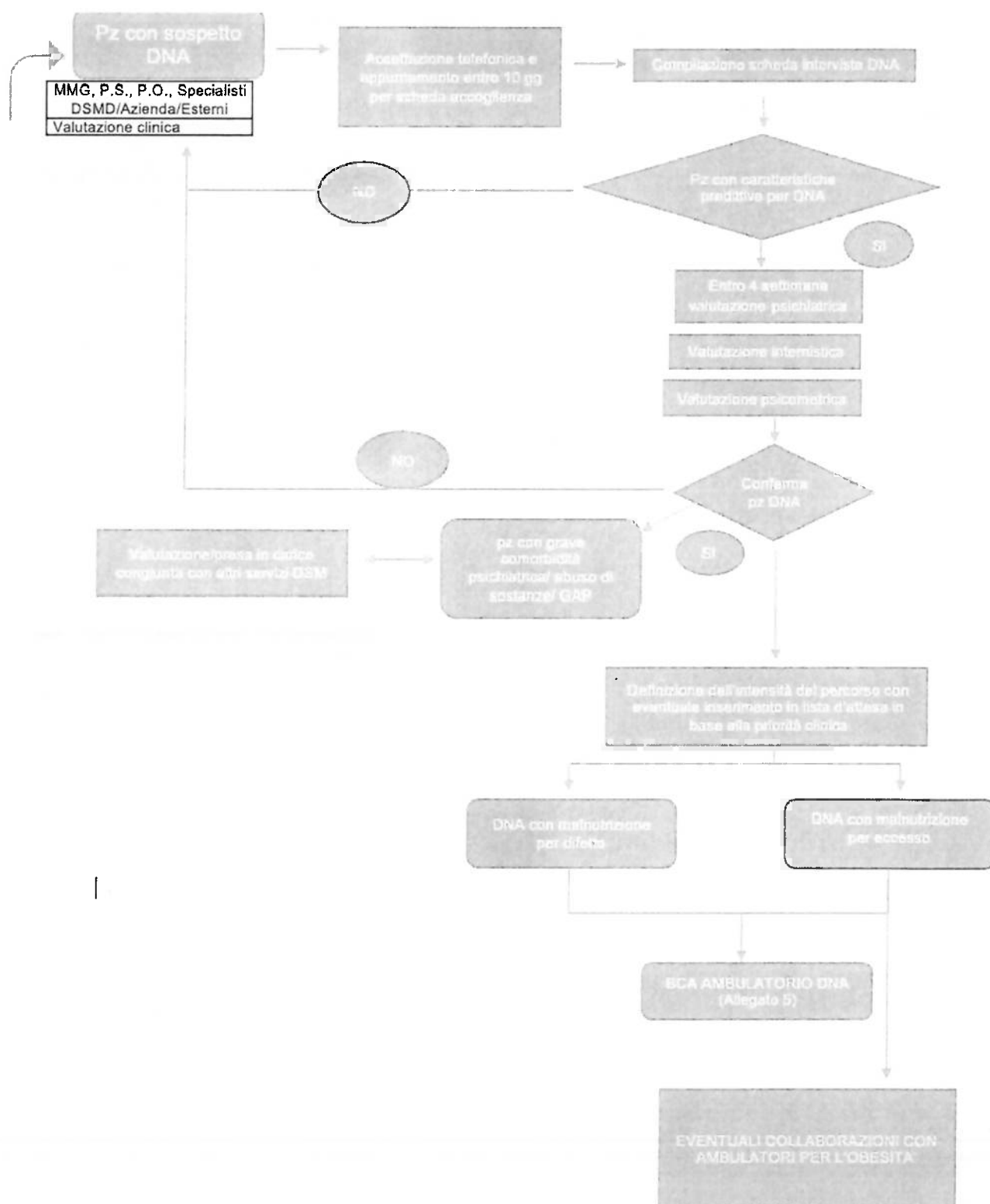
Funzionamento	
Presenta difficoltà nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare quali difficoltà sono segnalate</i>	
Gesti autolesivi o TS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pregressi <input type="checkbox"/> Attuali <input type="checkbox"/>
<i>Se sì, informare lo Psichiatra/NPI</i>	
Presenta problematiche comportamentali e/o alterazioni dell'umore?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare quali difficoltà sono segnalate</i>	
Ha difficoltà nelle autonomie di base?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Note

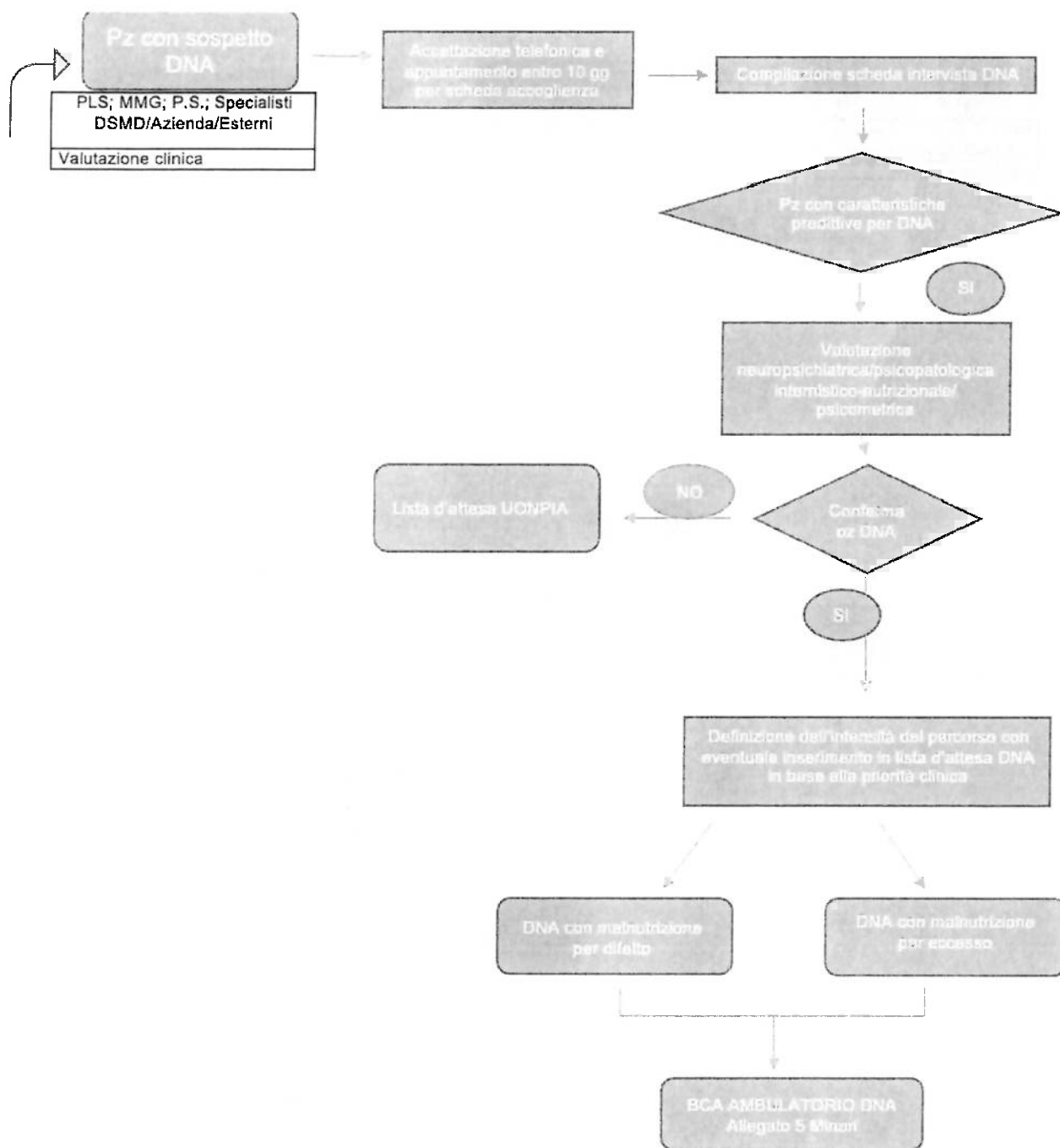
Didascalìa

Data	Operatore
-------------	------------------

Allegato 3 PERCORSI ADULTI PDTA DNA RAS

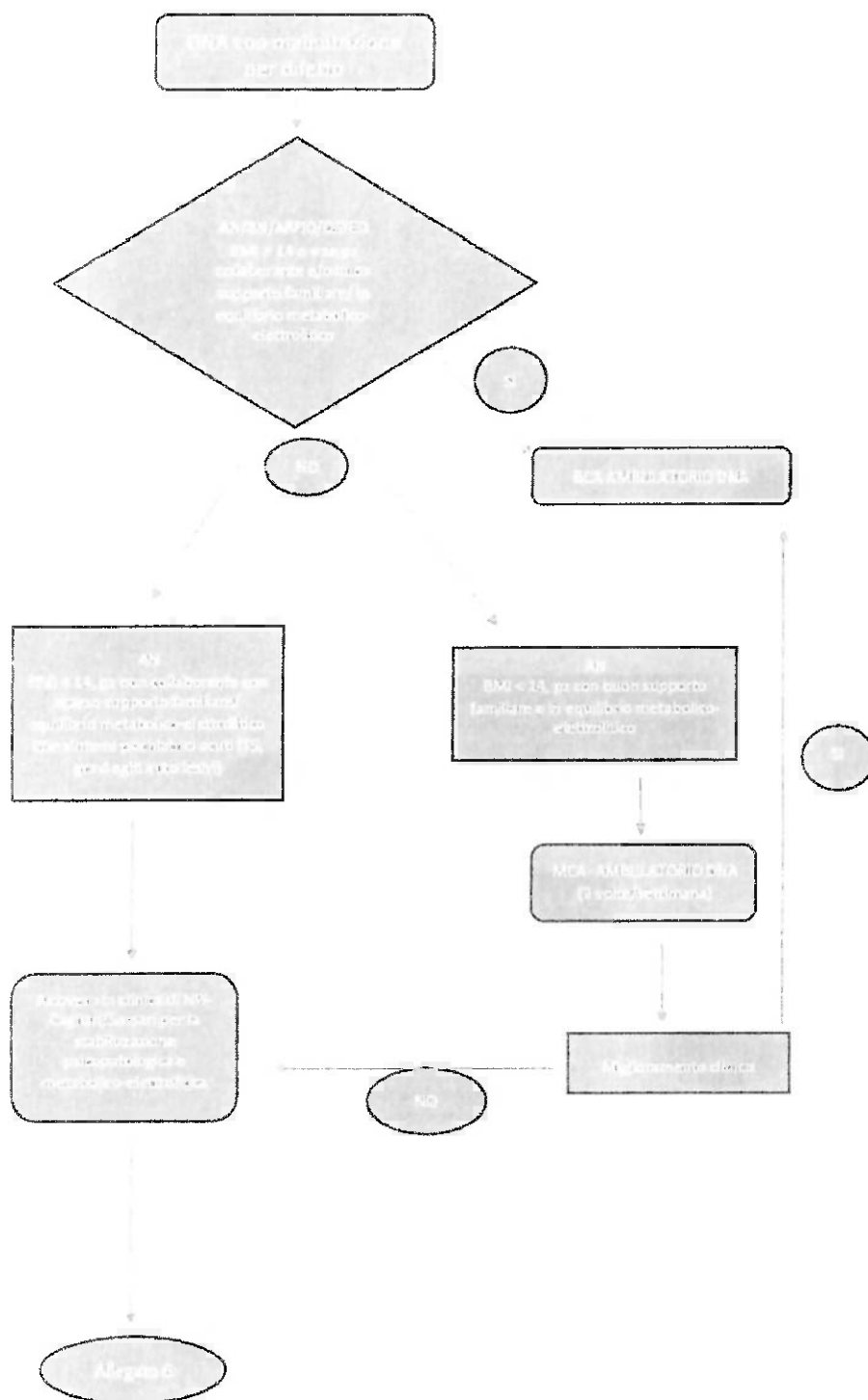


Allegato 3 PERCORSI MINORI PDTA DNA RAS

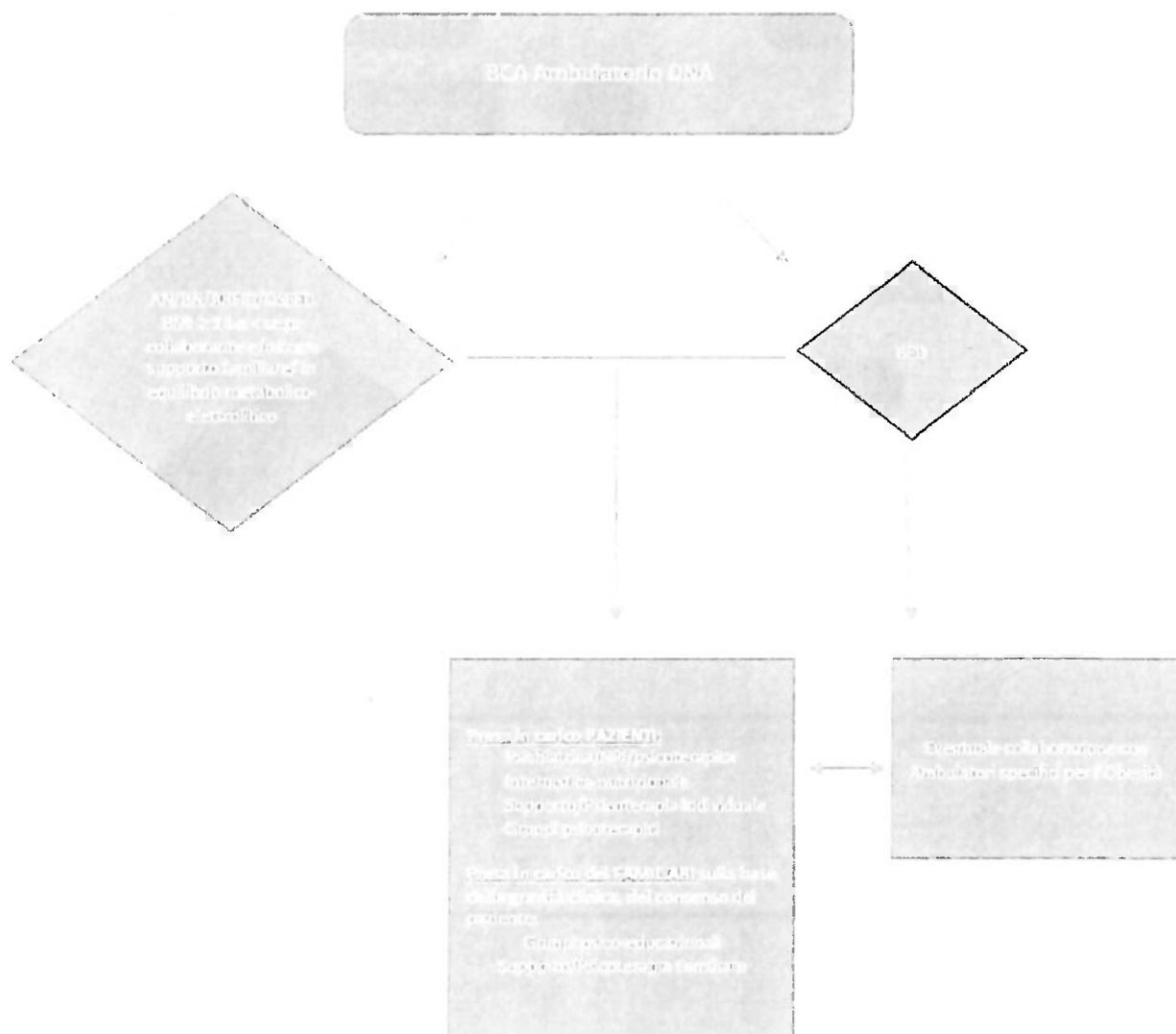




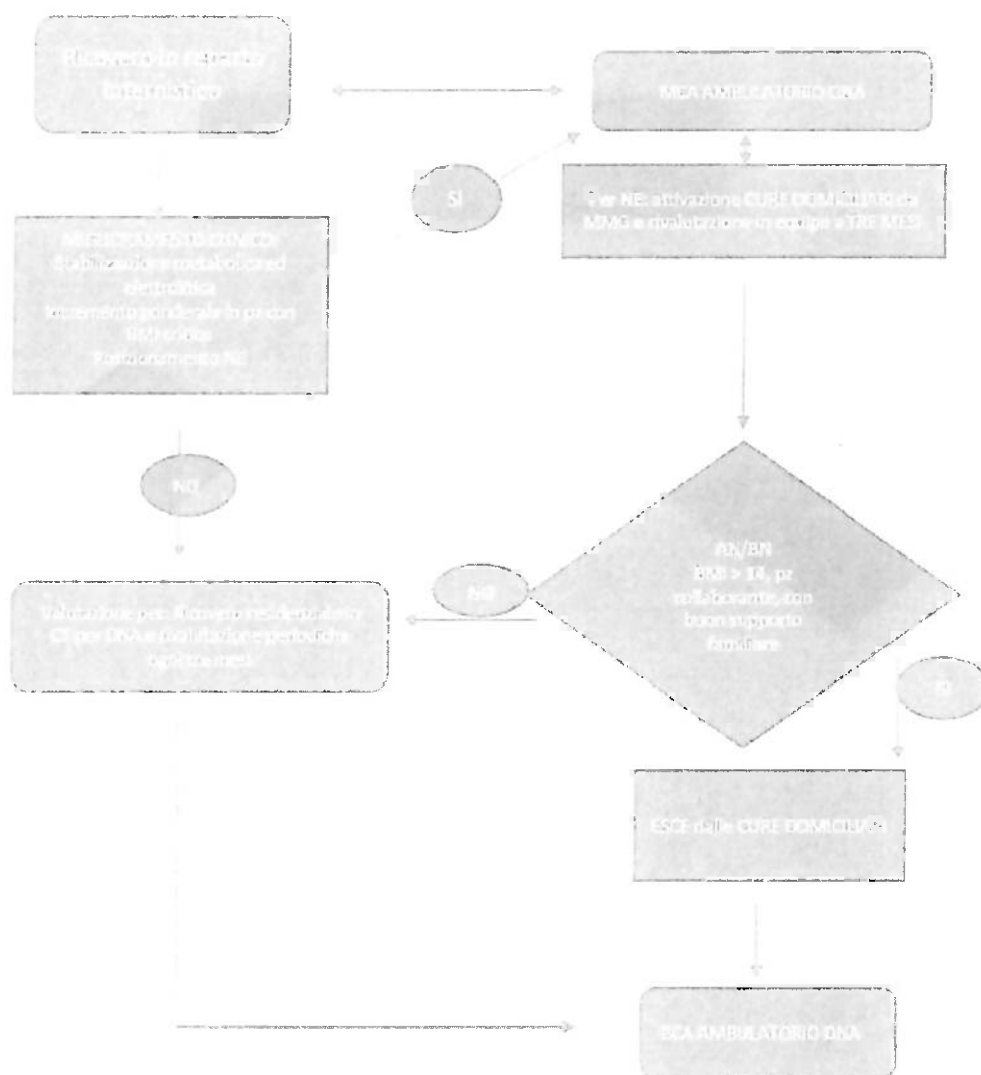
Allegato 4 PERCORSI MINORI PDTA DNA RAS



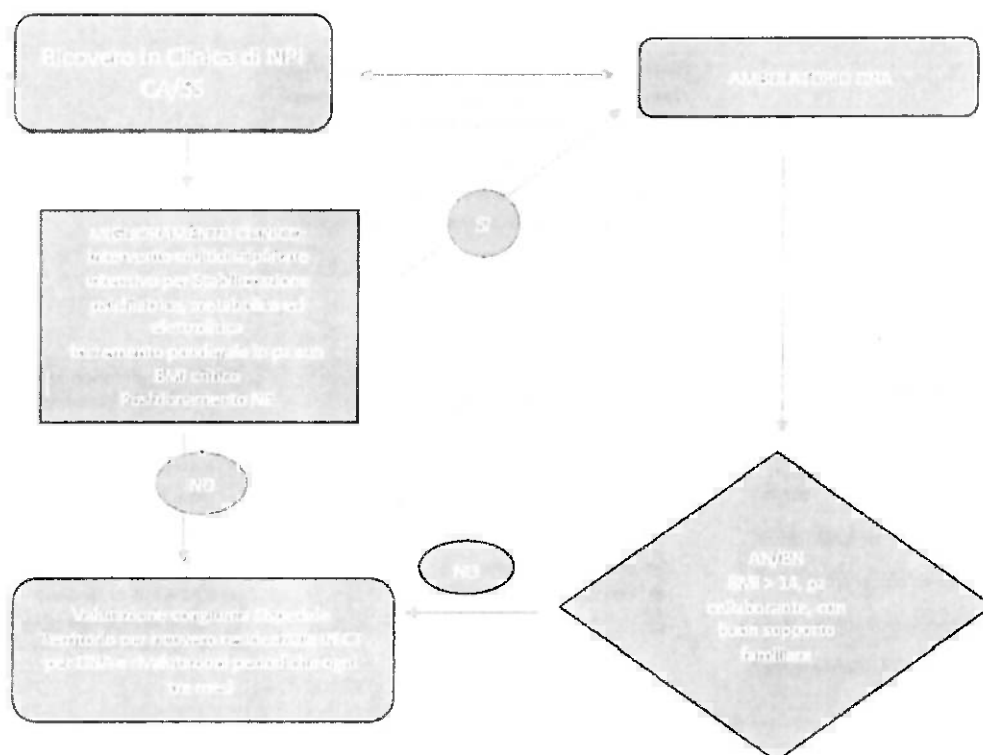
Allegato 5 PERCORSI ADULTI-MINORI PDTA DNA RAS



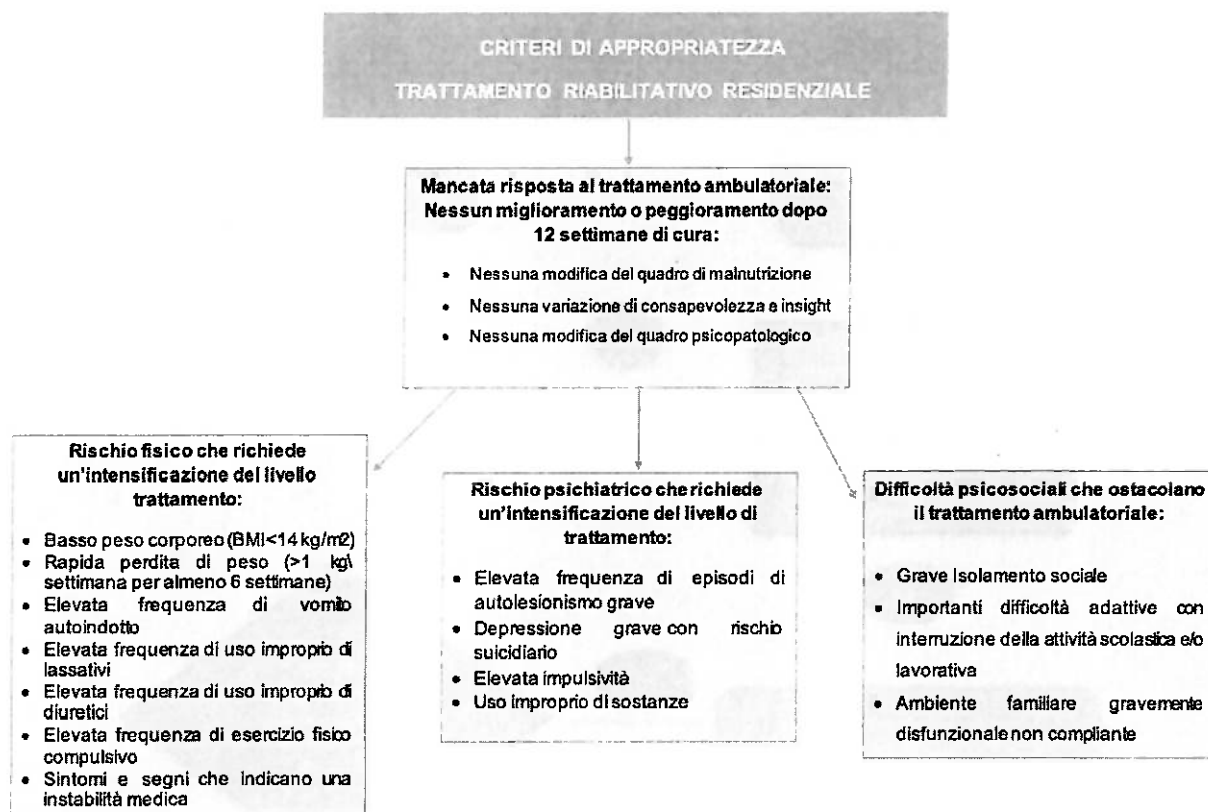
Allegato 6 PERCORSI ADULTI PDTA DNA RAS

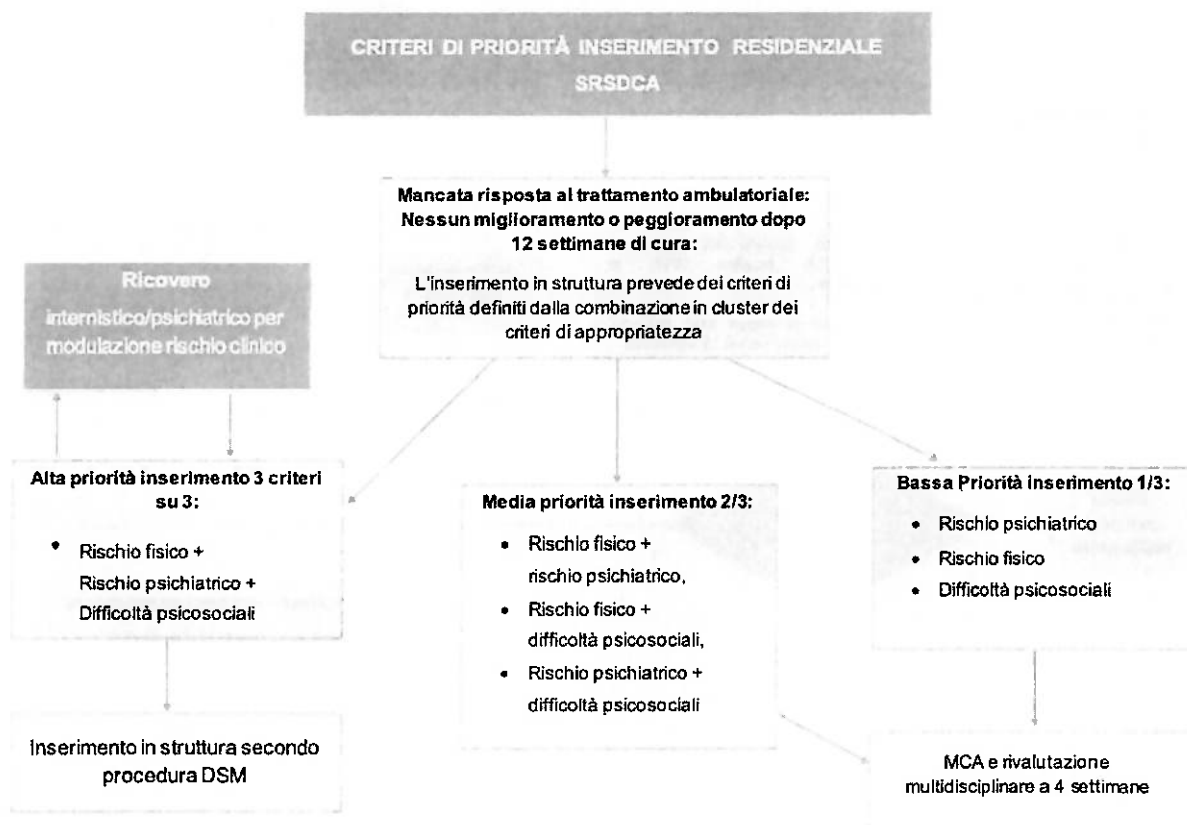


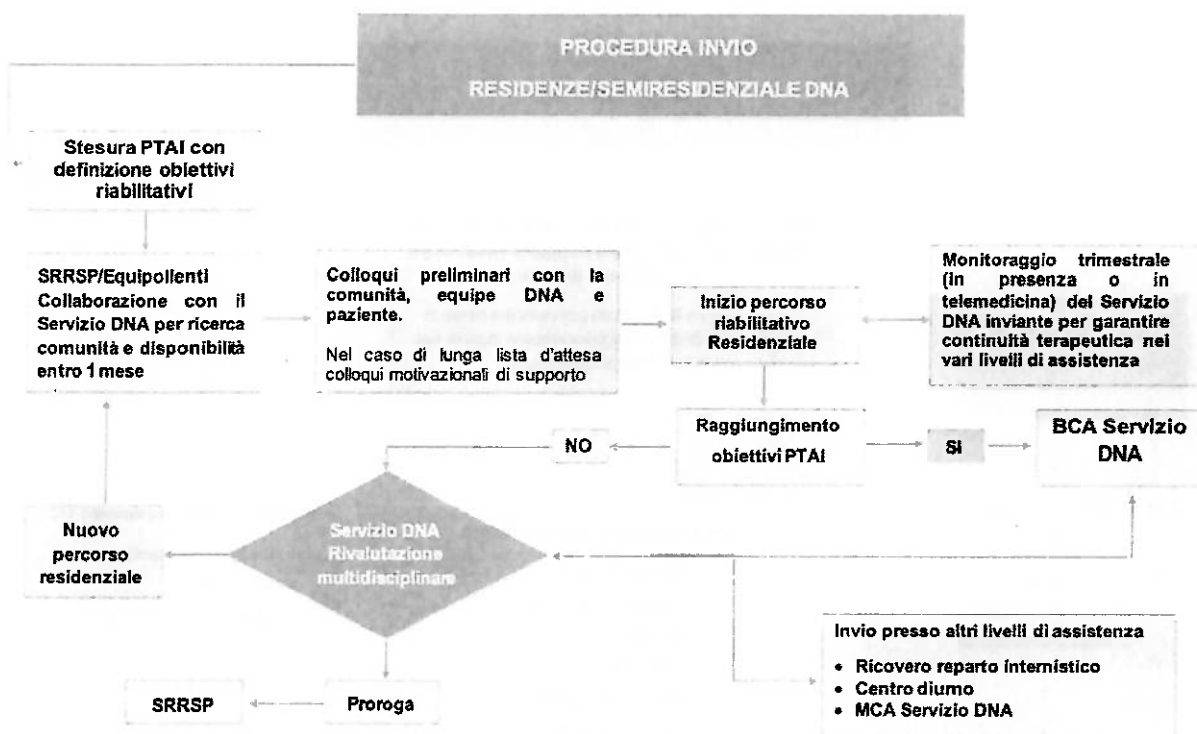
Allegato 6 PERCORSI MINORI PDTA DNA RAS



Allegato 7 RESIDENZIALITÀ







PERCORSO LILLA in PRONTO SOCCORSO

Criteri di ammissione al ricovero ospedaliero. Modificata da RANZCP Guidelines 2014

- Peso corporeo BMI < 32 kg/m²
- Pressione arteriosa sistolica PAS < 80 mmHg
 - Ipotensione ortostatica
- Diminuzione della PAS > 20 mmHg al passaggio da clinico ad ortostatismo
- Frequenza cardiaca FC ≤ 40 bpm oppure > 120 bpm, oppure tachicardia posturale (incremento di FC > 20 bpm rispetto al basale, al passaggio da clinico 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 < 2,5 mmol/L (45 mg/dl)
 - Sodio Na < 125 mmol/L
 - Potassio K < 3,0 mmol/L
 - Magnesio inferiore al range di normalità
 - Creatinina inferiore al range di normalità
- GFR < 60 ml/min / 1,73m² oppure rapido calo (diminuzione ≥ 75% in 1 settimana)
 - Albumina plasmatica < 30 g/L
- Enzimi epatici (AST, ALT) moderatamente elevati (AST o ALT > 500 U/L)
 - Neutrofili < 3,0 × 10⁹ /L

