

**I.MEU**

RUOLO.TALENTO.PASSIONE.IDEE

XIII congresso nazionale

**simeu**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024



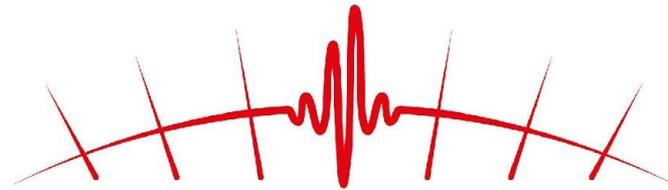
**Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari**  
Provincia Autonoma di Trento

**Relatore: Dott.ssa Mjriam Sanò**



*Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento*

**Dirigente medico U.O. Medicina D'Urgenza e Pronto Soccorso Ospedale S. Chiara Trento APSS Trento**



XIII congresso nazionale

**SIMEU**

**GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024**



# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

Autore: dott. M.Sanò Coautori: dott.ssa M.Marchiori Direttore ff Ps Trento, *dott.ssa W.A. Di Napoli dirigente medico responsabile CSM Trento*



XIII congresso nazionale

**SIMEU**

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024





### I luoghi di gestione dell'emergenza psichiatrica



La legge 180/833 del 1978, declamata come riforma psichiatrica, riguardava la immediata disattivazione dell'Ospedale Psichiatrico e di tutte le strutture, pubbliche e private, di degenza fino allora in funzione, quali le case di cura psichiatriche.

Dal 1978 per effetto di tale riforma il legame tra PRONTO SOCCORSO e PSICHIATRIA è diventato istituzionale.

# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

## IL PROBLEMA

In tutte le regioni italiane oltre l'86% di assistiti con disturbi mentali ha un solo accesso nell'anno; percentuali oscillanti tra 6 e 9 % hanno 2 accessi e circa il 2% ha 3 accessi; residuale la quota di coloro che hanno 4 o più accessi (Di Cesare et al., 2017).

Il ricorso ai servizi di emergenza per problemi psichiatrici, in epoca post covid, è in aumento ,in PS Trento nel 2022 e 2023 si è notato un aumento di circa il 10% degli accessi per problematica psichiatrica, agitazione psicomotoria, disturbi comportamentali e stato di intossicazione da sostanze.

Sempre più spesso gli operatori del DEA hanno a che fare con la valutazione e il trattamento di soggetti in crisi che, talora, restano in osservazione per lunghi periodi e all'interno di ambienti di cura sovraffollati, rumorosi e frenetici (boarding psichiatrico nel DEA).Il sovraffollamento del PS (crowding) trasforma il DEA in una sorta di reparto di degenza “atipico”, snaturato nelle finalità e nella capacità di assistenza

# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

## Introduzione

La gestione dell'attesa di Pronto Soccorso attualmente si avvale di una differenziazione dei malati secondo codifica che ne determina il grado di priorità secondo le condizioni d'ingresso e il rischio evolutivo; tuttavia in alcuni cluster di pazienti è proponibile un percorso clinico più attinente alle esigenze cliniche d'ingresso con risposta sanitaria aderente alle necessità del malato.





## Discussione

I pazienti con problematica psichiatrica accedono al PS di Trento in autonomia o con intervento dei mezzi di soccorso. Fino alla fine del 2021 il normale flusso del sistema di soccorso prevedeva il trasporto del paziente al Pronto Soccorso (PS). Il paziente veniva quindi valutato in PS e solo successivamente si considerava la possibilità di un invio al CSM, in autonomia o con mezzo ambulanza. Questa modalità operativa porta alla gestione di patologie psichiatriche in sub acuzie in contesti ospedalieri, caratterizzati da un ambiente più formale e medicalizzato, meno rispondente alle esigenze sanitarie del malato, con conseguente possibile allungamento dei tempi di attesa e di gestione sanitaria. Comporta un prolungamento dei tempi necessari prima dell'effettivo accoglimento del paziente da parte della struttura idonea, rallentando l'attivazione sul territorio di percorsi di cura specialistici continuativi, aggravando il carico di lavoro sia del sistema di soccorso del trasporto sia del PS.

# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica: Materiali e Metodi

Il progetto sperimentale di gestione dei pazienti noti al Centro Salute Mentale (CSM) di Trento prevede l'individuazione fin da triage di PS di un bisogno del malato che può trovare risposta adeguata presso il CSM. A seconda dell'aderenza del malato ai criteri di inclusione condivisi (pazienti con età  $\geq 18$  anni, di pertinenza territoriale del CSM di Trento ed ivi residenti o domiciliati), che presentino problematiche psichiatriche meritevoli di valutazione medico-specialistica, in assenza dei criteri di esclusione, verrà inviato direttamente in valutazione al CSM in modalità fast-track evitando il permanere dei pazienti negli ambienti di PS.



# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

## Materiali e Metodi

### Criteri di esclusione

- pazienti con quadri di intossicazione acuta da sostanze psicoattive
- pazienti in condizioni psicofisiche instabili e/o con quadro di gravità tale da non rendere opportuna la valutazione al CSM (scompensi acuti, stati di agitazione psicomotoria, situazioni fisiche precarie o comunque meritevoli di ulteriori interventi indagini)
- pazienti con necessità di altri approfondimenti diagnostici per sintomatologia in diagnosi differenziale con quadri organici (demenze, traumi, eventi acuti, patologie metaboliche.)
- pazienti non deambulanti e non accompagnati, per difficoltà nella dimissione a domicilio



## Procedura per la gestione dell'urgenza psichiatrica: dal PS al CSM



### Perché farla?

- Per favorire un'accoglienza specialistica in ambienti dedicati;
- Per facilitare la continuità della cura nei Servizi deputati a prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici;
- Per abbattere lo stigma
- Per evitare affollamento dei DEA;
- Per scoraggiare accessi impropri nei PS;

L'invio può essere fatto anche successivamente una volta valutato da medico di PS.

# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

## Materiali e Metodi

### Scale di valutazione

- Rischio Escalation Agitazione Psicomotoria: Broset Violence Check List (BVC)
- 4 Classi di Rosen riadattata Gail nella valutazione del paziente con problematica psichiatrica nell'età evolutiva (working progress...)

Broset Violence Checklist (BVC)		
Indicatore	Punteggio	
	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale		





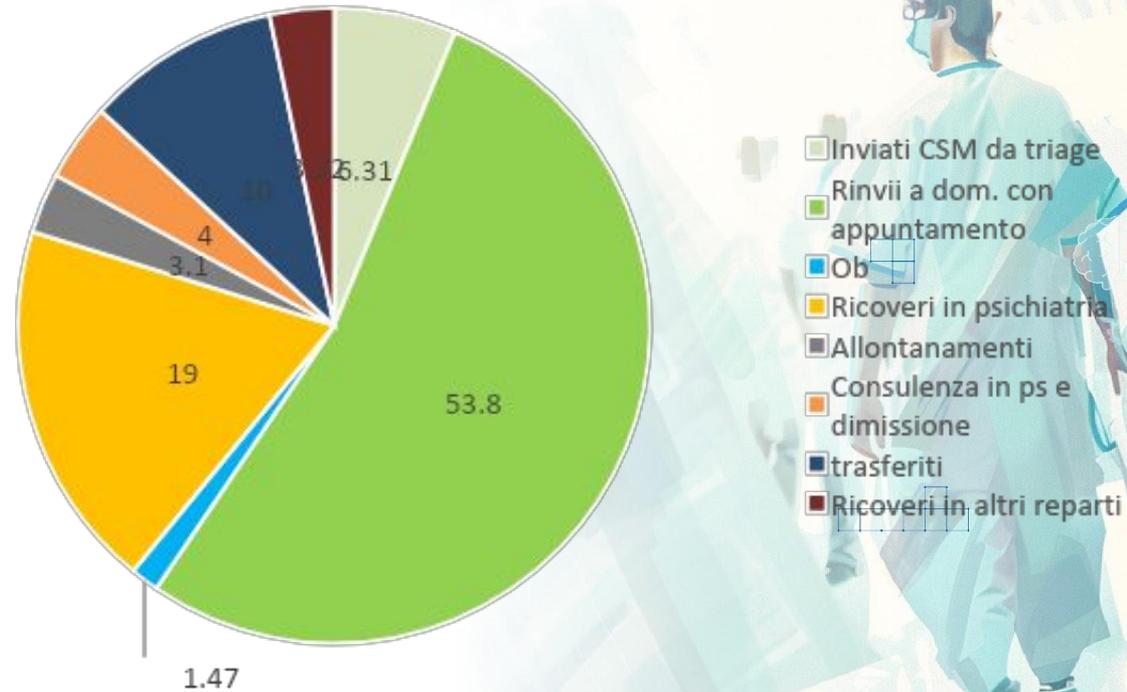
Modello organizzativo gestionale  
ospedale-territorio dei pazienti con problematica  
subacuta psichiatrica  
RISULTATI

# RISULTATI

Nel periodo esaminato 1 gennaio 2023- 1 aprile 2024, nel PS di Trento sono acceduti 1841 (erano gli accessi al PS di Trento) per problematica psichiatrica, agitazione psicomotoria, disturbi comportamentali e stato di intossicazione da sostanze; 475 gli accessi per sola problematica psichiatrica: 256 rinviati al domicilio con appuntamento al CSM di competenza, 30 inviati da procedura triage di invio direttamente al CSM di Trento, 7 trattenuti in Osservazione Breve e poi inviati per presa in carico al CSM di competenza.



## Esiti accessi pz con sola problematica psichiatrica





**Modello organizzativo gestionale  
ospedale-territorio dei pazienti con  
problematica subacuta psichiatrica**

Conclusioni

# Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

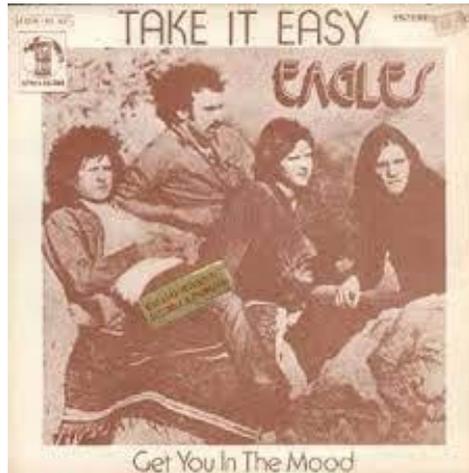
## PERCORSO DIDATTICO

- **PROCEDURA PER L'ACCESSO DIRETTO AL CSM DI TRENTO DA P.S. PER PAZIENTI CON PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE, ADULTI , RESIDENTI SUL TERRITORIO DI COMPETENZA E VALUTATI IDONEI**
- **ESCALATION AGITAZIONE PSICOMOTORIA E COME RICONOSCERLA (SCALA BVC )**
- **TECNICHE COMUNICATIVE DI DESCALATION AGITAZIONE PSICOMOTORIA E LORO APPLICABILITA' NEL DEA**
- **PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE: il paziente minaccioso, il paziente bizzarro, il paziente revolving door, il paziente con rischio autolesivo , il paziente mutacico**
- **PREMs ( Patients Reported Experience mEasures) -PROMS ( Patients Reported Outcome Measures)**

## Modello organizzativo gestionale ospedale-territorio dei pazienti con problematica subacuta psichiatrica

Sia i PROMs che i PREMs possono essere dei validi strumenti per misurare rispettivamente il punto di vista dei pazienti sul proprio stato di salute e la loro esperienza durante le cure.

- I PROMs (Patient-reported outcome measures): misure di esito riportate direttamente dal paziente, utilizzate per indagare la percezione che quest'ultimo ha sul suo stato di salute. Valutano, per esempio, i sintomi e il dolore, l'ansia, il livello di depressione e il grado di affaticamento.
- I PREMs (Patient-reported experience measures ): misurano la percezione dei pazienti rispetto alla loro esperienza durante la ricezione delle cure. Possono considerare aspetti quali la qualità della comunicazione, il supporto ottenuto per la gestione delle condizioni a lungo termine o ancora il tempo trascorso in attesa di ricever l'assistenza e la facilità di accesso a quest'ultima.



## Conclusioni

La possibilità di invio e gestione nei CSM territoriale dei pazienti con problematica psichiatrica a codifica minore riduce notevolmente i tempi di gestione nei PS. E' stata possibile in alcuni casi anche la presa in carico di pazienti non noti al servizio migliorando la qualità della prestazione.

- Linee guida ACEM ed ACEP (<https://www.acem.org.au>)
- "Psichiatria in Medicina d'Urgenza" Mistura S.2003;
- "Behavioral Emergencies for healthcare providers" Leslie S. Zun et al 2021
- "Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review" Kendra K. Anderson,\*, Carole E. Jensonb; Archive of Psychiatric Nursing 6 settembre 2018