

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 24 giugno 2022, n. G08249

Approvazione del documento regionale "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero"

OGGETTO: Approvazione del documento regionale *“Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero”*

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”* e successive modifiche e integrazioni, e in particolare:

- l’art. 58 *“Costituzione dei gruppi di lavoro”* che al comma 6 prevede che l’atto di costituzione del gruppo di lavoro stabilisce gli obiettivi, la durata, la composizione del gruppo e il dirigente incaricato di sovrintendere all’attività del gruppo stesso;
- l’art. 68 che al comma 2, lettera c), individua nella *“disposizione”* l’atto di organizzazione da adottare per la costituzione dei gruppi di lavoro;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 24 aprile 2018, n. 203, recante: *“Modifiche al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni e integrazioni” ed, in particolare, l’articolo 4 che prevede l’istituzione della Direzione Regionale “Salute e Integrazione Sociosanitaria”*;

VISTA la determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 *“Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018 prot. n. 590257”*, come modificata dalle determinazioni n. G12533 del 5 ottobre 2018, n. G13374 del 23 ottobre 2018 e n. G13543 del 25 ottobre 2018 con la quale è stato definito l’assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e approvate le declaratorie delle competenze delle Aree e degli Uffici;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020, n. 1044 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Massimo Annicchiarico;

VISTA la Legge 13 maggio 1978, n.180 *“Trattamenti e accertamenti sanitari volontari e obbligatori”*;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n.833 e s.m.i., concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare gli articoli 33, 34, 35;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTO il DPR 7 aprile 1994 Progetto obiettivo Approvazione del Progetto Obiettivo *“Tutela Salute Mentale 1994-1996”*;

VISTA la Circolare del Ministero della sanità prot. n.900.3/sm – EI/896 del 21 settembre 1992 “Richiesta di chiarimenti sul TSO per soggetti con patologia mentale”;

VISTO il DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”;

VISTO il Decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”;

VISTA la Circolare Ministero dell’Interno n.5300 del 24 agosto 1993 “TSO per soggetti con patologia mentale”;

VISTA l’Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome in data 11 aprile 1996 che ha approvato le “Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”;

VISTO il DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”, in particolare “funzioni generali della direzione del DSM per garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell’anno”;

VISTO il DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000”;

VISTA la Circolare Ministero dell’Interno n.3 del 20 luglio 2001 “*TSO per soggetti con patologia mentale. Competenza della Polizia municipale*”;

VISTE le Raccomandazioni della Conferenza delle regioni e delle province autonome “*Raccomandazioni in merito all’applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale (Art. 33 – 34 – 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833)*” (2009);

VISTA l’Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 29 luglio 2010, che ha approvato il documento “*Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*” (Atto rep. N.10/081/CR07/C7);

VISTO l’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, concernente il “*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*” (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) che impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e stabilisce tra l’altro che “*i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza) sia nell’integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e no. (...)*”;

VISTO l’Accordo n. 137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento “*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità*”, sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014;

VISTO il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;

VISTO il Codice di deontologia medica (modificato e approvato il 01 dicembre 2015), disciplina al Titolo IV la disciplina su “*Informazione e comunicazione e dissenso*” (artt.33-39);

VISTA la L.R. 14 luglio 1983, n. 49 – “*Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale*”;

VISTA la DGR 11 maggio 1994 n.1004 “*Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118*”;

VISTA la DGR 143 del 3 febbraio 1998 - Regolamento concernente “Istituzione funzioni e modalità operativa del Dipartimento di Salute Mentale”;

VISTA la Circolare n. 27 dell’Assessorato Sanità Regione Lazio – Salvaguardia e cura della salute settore 60 ufficio I - prot. n.1331 del 14 giugno 1999 “*Direttiva regionale per le procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per le malattie mentali*”;

VISTE le Linee di attività di emergenza psichiatrica - Regione Lazio – Assessorato Salvaguardia e cura della salute nota n.1295/60 del 30 maggio 1997 “Attività di emergenza psichiatrica dei Dipartimenti di salute mentale. Comune di Roma”;

VISTA la Legge regionale 3 agosto 2004 n.9 recante l'istituzione dell'Azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118;

VISTA la LR 03 luglio 2006, n.6 “*Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale*”;

VISTO il DCA 19 dicembre 2012, n. U00424 Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003;

VISTO il DCA 18 luglio 2014 n. U00233 recante oggetto “*Approvazione del programma assistenziale regionale per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della L.9 del 17 febbraio 2012, art.3 ter e s.m.i., comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG*”;

VISTO il DCA 16 settembre 2014 n. 287 - “Recepimento dell’Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al “*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*”;

VISTO il DCA 14 marzo 2016, n. U00080 - Disturbi Alimentari – approvazione allegato 1 “*Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari*”; approvazione allegato 2 “*Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)*”; approvazione allegato 3 “*Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*”;

VISTO il DCA 17 marzo 2017, n. 94 - “Recepimento dell’Accordo n.137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento “*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità*”;

VISTA la Determinazione 18 maggio 2018 n. G06331, recante oggetto: “*Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione*”;

VISTA la Determinazione 10 febbraio 2022, n. G01328 – *Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"*;

VISTO il Protocollo regionale “*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio, notificato alle AASSLL, ai DDSSMM ai SSPPDDCC all’ARES 118 con nota prot. n.194959 del 22 ottobre 2012;*

VISTE le note regionali che definiscono i bacini di utenza ai sensi del protocollo “*Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999)*”; in particolare le note

bacini utenza n. 265036 GR/11/14 del 14 maggio 2015 e n. 239081 GR/11/14 del 30 aprile 2015, modificate da ultimo con nota n.10996 GR/11/51 del 10 gennaio 2017);

VISTE le note regionali di ridefinizione dei bacini di utenza dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC): Protocollo n. 10996 GR/11/51 del 10 gennaio 2017, Protocollo n.215081 GR/11/51 del 28 aprile 2017 e Protocollo n. 758647 del 29 novembre 2018;

VISTA la nota prodotta dall’Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – Ares 118, Protocollo n. 11514/2021 del 01 giugno 2021, recante oggetto “*Trasmissione materiale nuovo applicativo SIGPL*”, con la quale è stato trasmesso il documento tecnico “Gestione posti letto Area Critica e Rete Covid-19 mediante sistema informatizzato – applicativo SIE 118, allo scopo di descrivere e omogeneizzare a livello regionale, le modalità operative per la ricerca dei posti letto di Area Critica e della Rete Covid-19 in caso di non disponibilità nella propria Struttura di ricovero;

RILEVATA la necessità di riunire e implementare le indicazioni presenti nei documenti regionali relativi al percorso assistenziale di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero e di definire delle procedure organizzative per l’eventuale sospensione temporanea dei ricoveri presso uno o più SPDC regionali, anche in relazione all’emergenza Covid-19;

RITENUTO di definire una Rete regionale per il ricovero in Neuropsichiatria infantile (NI), al fine di garantire la continuità della presa in carico del minore e della sua famiglia e fornire risposte uniformi e appropriate, attraverso una metodologia strutturata di relazioni e supporto tra gli Ospedali e il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione età evolutiva (TSMREE);

VISTO il documento “*Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero*”, redatto dal Coordinamento della Rete Emergenza con i Dirigenti e Funzionari regionali, dai Direttori Sanitari delle Strutture Ospedaliere dotate di SPDC-NI, Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Direttori dei Servizi SPDC delle Aziende Universitarie e Direttori dei Servizi NI, Referenti dei CAV e dei PS regionali;

CONSIDERATO che il suddetto documento include, tra l’altro, una sezione specifica relativa all’accesso e alla gestione in Pronto Soccorso e al ricovero di persone in età evolutiva con disturbi del comportamento;

ATTESO che il suddetto Percorso assistenziale è stato condiviso con le Direzioni Sanitarie aziendali e con le strutture accreditate nella riunione del 31 maggio 2022;

RITENUTO:

- di approvare il suddetto documento, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto, denominato “*Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero*”;
- di dare mandato alle Direzioni Sanitarie delle ASL, AO, AU e delle Strutture Accreditate, incluse nella Rete di Emergenza, di predisporre un apposito percorso locale, secondo i principi descritti nel documento allegato, entro sei mesi dalla pubblicazione della presente, avendo cura di inviare copia alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

DETERMINA

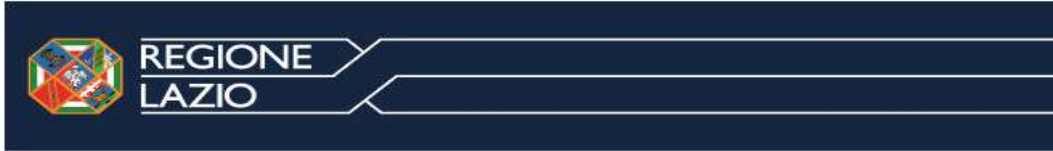
Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento regionale, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto, denominato “*Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero*”;
- di dare mandato alle Direzioni Sanitarie delle ASL, AO, AU e delle Strutture Accreditate, incluse nella Rete di Emergenza, di predisporre un apposito percorso locale, secondo i principi descritti nel documento allegato, entro sei mesi dalla pubblicazione della presente, avendo cura di inviare copia alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

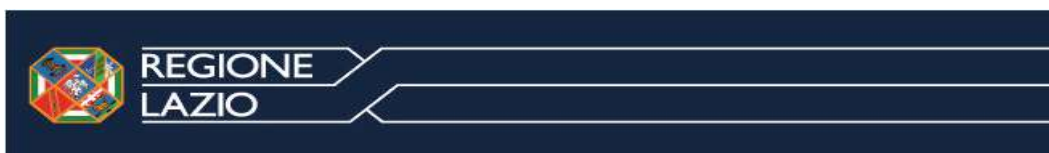
Il presente provvedimento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica, ovvero, in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni.

IL DIRETTORE
Massimo Annicchiarico

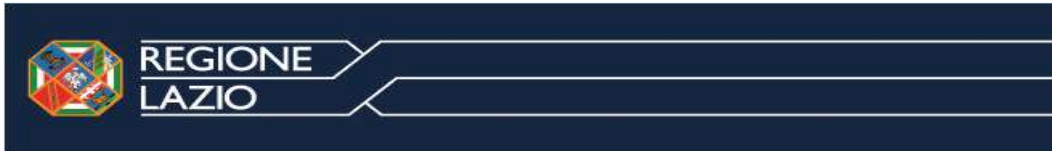


**Percorso assistenziale per persone con patologia
psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per
l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero**



Sommario

| | |
|--|----|
| Premessa | 3 |
| Governance..... | 3 |
| Procedura Organizzativa per l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nel SPDC | 4 |
| Procedure organizzative in caso di temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC | 6 |
| Percorso assistenziale per adulti in Pronto Soccorso | 7 |
| Triage..... | 8 |
| Attività di Pronto Soccorso..... | 8 |
| Il Centro Antiveleni nella gestione di condizioni di certa o sospetta intossicazione..... | 11 |
| Aspetti specifici relativi al percorso assistenziale in età evolutiva | 12 |
| Triage..... | 13 |
| Attività di Pronto Soccorso..... | 13 |
| Procedure per la sicurezza dei pazienti e di altre persone | 15 |
| Indicazioni operative in presenza di condizione pandemica | 17 |
| Monitoraggio | 17 |
| Programma di miglioramento e Formazione..... | 18 |
| Bibliografia..... | 19 |



Premessa

Il documento ha l'obiettivo di riunire e implementare le indicazioni presenti nei documenti regionali relativi al percorso assistenziale di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero, le procedure organizzative inclusa la sospensione temporanea dei ricoveri nel SPDC.

Il documento include una sezione specifica relativa all'accesso e alla gestione in Pronto Soccorso e al ricovero di persone in età evolutiva con disturbi del comportamento, condizione di emergenza amplificata drammaticamente dalla pandemia Covid-19, come evidenziato dal documento UNICEF del 2021. Al fine di garantire la continuità della presa in carico del minore e della sua famiglia e fornire risposte uniformi e appropriate, attraverso una metodologia strutturata di relazioni e supporto tra gli Ospedali e il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione età evolutiva (TSMREE) presente sul proprio territorio viene qui definita una Rete regionale per il ricovero in condizioni di urgenza in Neuropsichiatria infantile (NI).

Il documento è stato redatto dal Coordinamento della Rete Emergenza con i Dirigenti e Funzionari regionali, dai Direttori Sanitari delle Strutture Ospedaliere dotate di SPDC-NI, Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Direttori dei Servizi SPDC delle Aziende Universitarie e Direttori dei Servizi NI, dai Referenti dei CAV e dei PS regionali.

Il presente documento sarà sottoposto a revisione periodica annuale, comunque in relazione all'evoluzione delle indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito delle Aziende.

Governance

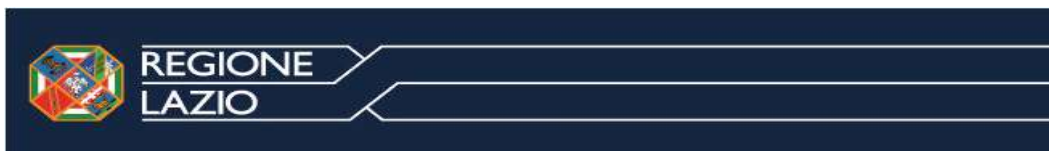
La Direzione Regionale Salute ha il ruolo di programmazione, monitoraggio e adozione delle azioni di miglioramento attraverso l'azione integrata delle Aree Rete Ospedaliera e Rete Territoriale con il supporto del "Coordinamento regionale dei SPDC-NI".

Il Coordinamento è composto da Dirigenti e Funzionari regionali, dai Direttori Sanitari delle Strutture Ospedaliere dotate di SPDC-NI, Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Direttori dei Servizi SPDC delle Aziende Universitarie e Direttori dei Servizi NI, Referenti dei CAV regionali e dal Referente del Coordinamento Reti di Patologia. Il Coordinamento può avvalersi del supporto di altre figure professionali con competenze specialistiche nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. Il Coordinamento sarà istituito con apposito atto della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria.

Il Coordinamento opera sotto la supervisione dei Dirigenti delle Aree regionali Rete Ospedaliera e Specialistica e Rete Integrata del Territorio, che possono avvalersi di strutture del SSR con specifiche competenze sovra aziendali, o comunque di riferimento regionale.

Il "Coordinamento regionale dei SPDC-NI" ha l'obiettivo di:

- garantire l'integrazione organizzativa e assistenziale dei servizi e dei professionisti coinvolti nella rete;
- definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi della Rete;
- validare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- gestire la metodologia prevista per la chiusura temporanea di SPDC;



- monitorare l'andamento dei PDTA sulla base degli indicatori e degli standard contenuti in questo documento con cadenza almeno semestrale;
- effettuare con cadenza almeno annuale un percorso di audit e feedback di Rete;
- rilevare i bisogni formativi della Rete e supportare le Aziende nella progettazione delle opportune iniziative di formazione e miglioramento.

Procedura Organizzativa per l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nel SPDC

La Determinazione G06331 del 18.5.2018 "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio" è parte integrante del presente documento e prevede la seguente procedura:

- "Nell'intervento di emergenza ARES 118 garantisce interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente psichiatrico e del paziente con disturbi comportamentali, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al DEA del presidio ospedaliero dotato di SPDC più vicino al luogo dell'intervento, dove sia garantita una consulenza psichiatrica, anche al fine di garantire una corretta diagnosi differenziale."
- "Nel caso in cui sia necessario il ricovero per i pazienti psichiatrici, questo è effettuato presso il SPDC dove è stata svolta la consulenza. Questo SPDC, se le condizioni cliniche lo consentono, effettua obbligatoriamente entro 48h il trasferimento presso il SPDC di competenza territoriale, che è tenuto sempre a ricoverare i propri pazienti, anche in sovrannumero".

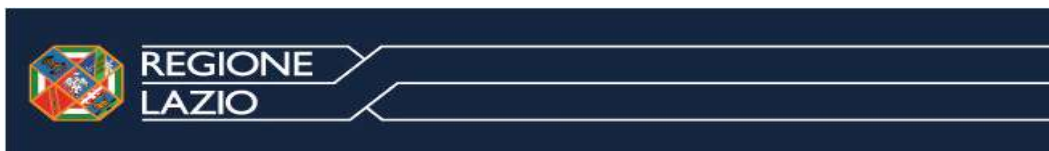
La temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC prevede che il proprio personale continui a svolgere la funzione di consulenza specialistica in Pronto Soccorso e attui per il ricovero le indicazioni riportate nella successiva sezione "**Procedure organizzative per la temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC**".

L'accesso autonomo di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali al Pronto Soccorso di Ospedale privo di SPDC prevede che la consulenza psichiatrica venga effettuata presso il DEA del presidio ospedaliero più vicino dotato di SPDC, anche se le funzioni di ricovero sono temporaneamente sospese. Gli Ospedali privi di SPDC possono prevedere accordi specifici con il Centro di Salute Mentale di riferimento territoriale per l'esecuzione della consulenza psichiatrica in orario diurno.

In questo setting può essere utilizzato il sistema regionale di Teleconsulto "ADVISE", per il quale è necessario che siano rispettate le seguenti condizioni:

- disponibilità delle informazioni anamnestiche previste nel "percorso assistenziale in pronto soccorso";
- possibilità di visione diretta e interazione con il paziente. Il teleconsulto, quando attuato, può, comunque, prevedere il trasferimento per l'esecuzione della consulenza psichiatrica presso il presidio ospedaliero più vicino dotato di SPDC.

La **proposta** di ricovero urgente da parte di consulenti psichiatri presenti in ospedali dotati di DH psichiatrico, prevede l'attivazione del Teleconsulto "ADVISE" con il SPDC di residenza dell'assistito, per condividere il percorso assistenziale del ricovero. In caso si ravvisi la necessità di ricovero, il paziente va inviato nel più breve tempo possibile al PS dell'ospedale con SPDC di residenza, secondo quanto prevista della Determinazione G06331 del 18.5.2018.



Gli ospedali dotati di DH psichiatrico avviano un percorso di integrazione con il DSM della ASL territorialmente competente al fine di condividere e validare i percorsi assistenziali per gli utenti di competenza territoriale.

Il ricovero determinato dall'ordinanza del Sindaco di "Trattamento Sanitario Obbligatorio" viene attuato presso il SPDC indicato nella stessa ordinanza. L'interruzione della funzione di ricovero nel SPDC di riferimento determinerà l'indicazione nella proposta di TSO dell'SPDC di turno secondo la metodologia descritta nella successiva sezione "Procedure organizzative in caso di temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC". L'eventuale trasferimento in regime di TSO da un SPDC ad un altro SPDC è subordinato ad una ordinanza del Sindaco in cui sia presente l'indicazione del SPDC in cui la persona verrà trasferita.

Il bacino di afferenza per il ricovero nel SPDC è definito secondo il criterio di territorialità per residenza, solo in casi specifici può essere utilizzato il domicilio sanitario certificato.

In presenza di necessità di ricovero nel SPDC di riferimento territoriale, se questo non ha disponibilità di posto letto deve essere verificata la disponibilità di posto letto in altro SPDC afferente allo stesso DSM sulla piattaforma ARES118 Area Critica.

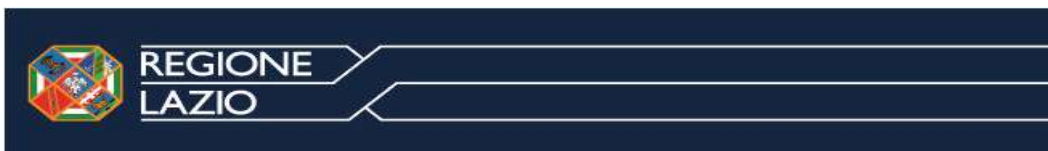
La *Tabella 1* relativa all'afferenza per il ricovero in SPDC aggiorna e sostituisce le note regionali Protocollo n. 215081 del 28/04/2017 e n. 758647 del 29/11/2018 relative alla definizione dei bacini di utenza dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC)

| ASL | SPDC | Bacino afferente |
|------------|---|------------------------------------|
| ASL Roma 1 | Ospedale Santo Spirito (Roma) | I, XIII |
| | Ospedale San Filippo Neri (Roma) | XIV, XV |
| | Policlinico Umberto I (Roma) | II, Ex VI CSM Casilina, V* |
| | AOU Sant'Andrea (Roma) | III |
| ASL Roma 2 | AO San Giovanni Addolorata (Roma) | VII |
| | Ospedale Pertini (Roma) | IV, Ex VII CSM via degli Eucalipti |
| | Policlinico Tor Vergata (Roma) | VI |
| | Ospedale S. Eugenio (Roma) | VIII, IX |
| ASL Roma 3 | Ospedale G.B. Grassi (Roma) | X, Fiumicino |
| | Ospedale San Camillo- Forlanini (Roma) | XI, XII |
| ASL RM4 | Polo Unificato Civitavecchia-Bracciano | F1, F2, F3 |
| ASL RM5 | Ospedale di Monterotondo | G1, F4 (RM4) |
| | Ospedale S. Giovanni Evangelista (Tivoli) | G2, G3 |
| | Ospedale L. Parodi Delfino (Colleferro) | G4, G5, G6 |
| ASL RM6 | Ospedale dei Castelli (Ariccia) | H2, H4, H6 |
| | Ospedale S. Sebastiano (Frascati) | H1, H3, H5 |
| Viterbo | Belcolle (Viterbo) | Provincia di Viterbo |
| Rieti | Polo Unificato (Rieti-Amatrice) | Provincia di Rieti |
| Latina | P.O. Latina Nord – Santa Maria Goretti (Latina) | Provincia di Latina |
| | P.O. Latina Sud – Dono Svizzero (Formia) | Provincia di Latina |
| Frosinone | P.O. Unificato (Frosinone-Alatri) | Provincia di Frosinone |
| | Ospedale Santa Scolastica (Cassino) | Provincia di Frosinone |
| | Ospedale Civile S.S. Trinità (Sora) ** | Provincia di Frosinone |

Tabella 1 Afferenza per il ricovero in SPDC secondo il criterio di territorialità per residenza

* *afferenza temporanea*

** *attualmente non attivo*



Procedure organizzative in caso di temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC

La temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC prevede un percorso di programmazione regionale e una metodologia di complementarità fra i servizi attivi.

La Direzione Sanitaria Aziendale, in presenza di condizioni che richiedano la sospensione delle accettazioni nel SPDC, valuta ogni iniziativa opportuna per evitare la completa interruzione della funzione di ricovero, che deve essere considerata, esclusivamente, come una situazione di “estrema ratio”.

La previsione della completa interruzione della funzione di ricovero deve essere comunicata dalla Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) all’Area Regionale Rete Ospedaliera, con il massimo preavviso possibile, quando prevedibile, per definire una programmazione nell’ambito del Coordinamento regionale dei SPDC-NI al fine di evitare la contemporanea interruzione della funzione di ricovero di più Servizi.

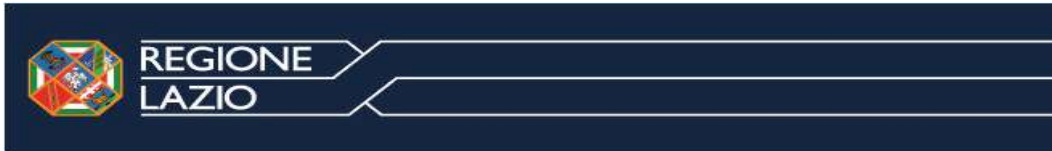
La DSA dovrà indicare nella comunicazione la durata prevista della sospensione dell’attività di ricovero.

L’Area Rete Ospedaliera autorizzerà la interruzione della funzione di ricovero, condividendo il percorso con il Coordinamento regionale dei SPDC-NI, responsabile dell’attuazione delle procedure previste nel presente documento.

Questa metodologia viene attuata anche nel caso di interruzione del servizio non programmabile per eventi improvvisi e non prevedibili.

La diversa tempistica di chiusura determina i seguenti processi organizzativi:

- superiore a sei mesi: le Aziende devono predisporre un’area di ricovero che permetta di mantenere attivo il servizio di SPDC;
- inferiore ai sei mesi: i SPDC attivi svolgono un ruolo di supporto alla Rete attraverso una metodologia definita come “Cruscotto”;
- il mantenimento dei principi di territorialità e prossimità è raccomandato nella gestione del ricovero che deve essere garantito prioritariamente nell’ambito dei SPDC del DSM territorialmente competente, e in caso di non disponibilità nell’ambito di ciascuna area vasta comprendente:
 - SPDC di Roma e Provincia;
 - SPDC delle Province di Latina o Frosinone;
 - SPDC delle Province di Viterbo o Rieti.
- la governance del “Cruscotto” viene assunta su indicazione del Coordinamento regionale dei SPDC-NI, dal SPDC in cui i ricoveri sono sospesi, e nel caso di contemporanee interruzioni della funzione di ricovero dal primo SPDC sospeso in ordine di tempo. Il SPDC responsabile del “Cruscotto” identifica nel medico di guardia la figura professionale di riferimento per la gestione dei ricoveri.
- Il SPDC alla riapertura del servizio comunica lo stato della sequenza del “Cruscotto” all’Area Rete Ospedaliera e al Coordinamento regionale dei SPDC-NI;
- La sospensione successiva di altro SPDC determina la ripresa del “Cruscotto” dallo stato della sequenza comunicato all’atto della precedente riapertura;
- La piattaforma di Area Critica ARES 118 verrà implementata inserendo lo stato di occupazione dei posti letto nei SPDC, secondo la metodologia già in atto, come da nota



dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria, ARES 118 protocollo n. 11514/2021 del 01/06/2021, recante oggetto "Trasmissione materiale nuovo applicativo SIGPL".

I SPDC saranno responsabili dell'aggiornamento dei posti letto sulla piattaforma di Area Critica;

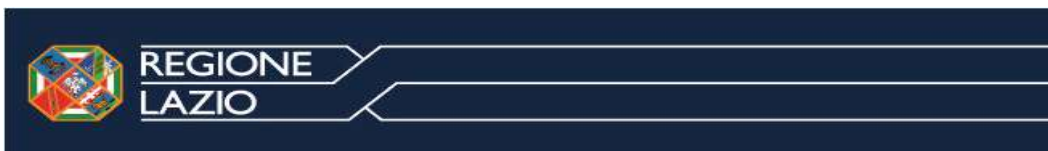
- Il responsabile del "Cruscotto", sempre, nel rispetto del principio della territorialità descritto, adotta la seguente procedura:
 - verifica se l'obbligo di accettare il paziente da parte del SPDC in sequenza nel "Cruscotto" possa determinare una condizione di sovrannumero;
 - individua sulla piattaforma Area Critica ARES 118 la disponibilità di posto letto al di fuori della sequenza del "Cruscotto" nel SPDC all'interno dell'area vasta;
 - predispone il trasferimento nel SPDC con disponibilità di posto letto, aggiorna e ricostruisce la corretta sequenza del "Cruscotto";
 - stabilisce che, in assenza di disponibilità di posto letto non in sovrannumero, il SPDC in sequenza nel "Cruscotto", nell'ambito dell'Area Vasta, debba accettare il trasferimento.

Percorso assistenziale per adulti in Pronto Soccorso

La gestione della persona con alterazioni comportamentali e quadri di agitazione psicomotoria (APM) prevede, all'interno del Pronto Soccorso, un percorso strutturato sul piano diagnostico-terapeutico, che richiede la collaborazione multidisciplinare e l'esecuzione di procedure in sicurezza. L'APM può essere caratterizzata da comportamenti anomali ed eccessivi dal punto di vista motorio, fisico e verbale, spesso anche afinalistici e può manifestarsi in diversi modi: aumento dell'*arousal*, minacciosità, ostilità, impulsività, rabbia, comportamento intimidatorio, irrequietezza, imprevedibilità, scarsa cooperazione e sfociare in quadri di franca aggressività e violenza. È, quindi, definibile come una sindrome trans-nosologica e aspecifica che può essere sostenuta da patologia ad eziologia internistica, tossica, multifattoriale o da disturbi psichiatrici primari per cui il riconoscimento anamnestico e la diagnosi differenziale devono essere quanto più rapidi possibile per permettere la definizione di percorsi assistenziali secondo criteri di appropriatezza organizzativa e clinica.

L'attuazione del percorso assistenziale prevede che le ASL, AO, AU e le Strutture Accreditate, incluse nella Rete di Emergenza, predispongano le seguenti azioni:

- percorso aziendale relativo alla sicurezza del personale, in questo contesto clinico, e alla gestione in pronto soccorso della patologia psichiatrica e/o dei disturbi comportamentali, secondo i principi descritti nel presente documento. Il percorso deve essere adottato formalmente entro sei mesi dalla pubblicazione del presente documento e inviato alla *Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria*;
- percorso formativo sulle "procedure per la sicurezza dei pazienti e di altre persone" dedicato al personale coinvolto nella gestione clinica integrata di questi pazienti;
- identificazione di un'area visita e di osservazione adeguata e sicura per l'attività clinica, possibilmente in un contesto separato dalle altre sale visita;
- percorso di bonifica delle condizioni igieniche, nei pazienti con severa compromissione delle stesse da avviare in PS e rivolta ad escludere la presenza di eventuali infestazioni parassitarie o affezioni diffusibili;
- registrazione e monitoraggio delle contenzioni e delle decontenzioni sulla scheda del sistema GIPSE di Pronto Soccorso;



- pianificazione di audit e feedback periodici tra la UO di SPDC e la UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, le altre UO incluse nel percorso aziendale al fine di un'ottimale gestione del paziente psichiatrico e/o con alterazioni del comportamento.

L'obiettivo è definire la gestione assistenziale delle persone che afferiscono al Pronto Soccorso con condizioni di APM e/o disturbi del comportamento, che possono essere determinati da diverse condizioni anche in associazione:

- patologie psichiatriche primarie;
- intossicazioni o lesioni da tentato suicidio;
- patologie mediche che si accompagnano a sintomi psichiatrici;
- problematiche legate all'abuso di sostanze;
- compromissione delle condizioni igieniche in pazienti psichiatrici.

Il percorso assistenziale in Pronto Soccorso è multidisciplinare e verrà delineato secondo i criteri di priorità, complessità e gravità clinica.

Il personale del Pronto Soccorso garantisce la fase di triage secondo il modello Lazio a cinque codici, la valutazione diagnostico-terapeutico e la stabilizzazione in urgenza, e condivide il percorso con lo psichiatra e secondo le necessità cliniche con l'anestesista-rianimatore.

Triage

L'infermiere di Triage esegue la procedura secondo la metodologia e i criteri definiti nel DCA U00379 del 12/09/2019 <<Approvazione "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)>>. Il riconoscimento di uno dei seguenti problemi principali Stato di agitazione psicomotoria, Altri sintomi del sistema nervoso, Problema sociale, Intossicazione, determina una condizione di allerta per l'attivazione del percorso.

L'identificazione di un paziente con un problema principale di agitazione psicomotoria con codice di priorità 4 con diagnosi psichiatrica nota o disturbi psichiatrici minori e senza altre significative problematiche gestionali, giunto in modo autonomo e spontaneo, determina la chiamata diretta dal Triage del consulente psichiatra e, contestualmente, il paziente viene assegnato a un medico di PS.

Il consulente psichiatria svolgerà la sua attività nel più breve tempo possibile e comunque entro 60 minuti dalla chiamata, secondo i tempi di attesa del codice 4, coadiuvato da un infermiere e concorderà gli eventuali interventi diagnostico-terapeutici con il medico del PS in qualità di responsabile clinico.

L'identificazione di accesso 118, o di codice 1, 2, 3 o l'assenza di diagnosi psichiatrica nota determina l'accesso alla visita del medico di urgenza nella tempistica prevista dal codice di Triage.

Attività di Pronto Soccorso

La metodologia di presa in carico del paziente deve essere definita nel percorso assistenziale aziendale secondo la propria organizzazione e le evidenze disponibili, che conterranno comunque le seguenti attività da attuare in relazione alla complessità del quadro clinico:

- manovre di rianimazione, stabilizzazione e supporto con l'obiettivo prioritario di conservare le funzioni vitali e la Saturazione di O₂ su valori compatibili con le caratteristiche cliniche;
- anamnesi dell'evento acuto con particolare riferimento alla tempistica e all'evoluzione, alle condizioni cliniche concomitanti e alle terapie farmacologiche in corso;



REGIONE
LAZIO

- valutazione clinica secondo i criteri ABCDE;
- esami strumentali e di laboratorio finalizzati alla valutazione di patologie associate, da integrare in accordo con lo psichiatra e gli altri Specialisti, con gli esami tossicologici utili a rilevare l'eventuale presenza di sostanze d'abuso e l'alcolemia;
- ECG con QTc se già prevista/effettuata somministrazione farmaci cardiotossici;
- eventuali esami morfo-funzionali relativi alla funzione cerebrale;
- richiesta di consulenze specialistiche secondo le necessità cliniche.

L'identificazione delle caratteristiche cliniche della persona permetterà al medico di PS di differenziare la tempistica di coinvolgimento degli specialisti inclusi nel percorso assistenziale:

- attivazione precoce in presenza di agitazione grave o riconoscimento di indicatori comportamentali di un rischio imminente di agitazione/aggressività nei soggetti con uno dei seguenti profili clinici: "patologia psichiatrica nota" e "sospetta/certa natura psicoorganica (abuso di sostanze, sindromi neurologiche/dismetaboliche) in assenza di patologia psichiatrica nota";
- completamento della valutazione clinica prima della richiesta della consulenza specialistica con l'acquisizione delle seguenti informazioni in assenza delle precedenti condizioni:
 - presenza di accompagnatori: familiari/conoscenti;
 - eventuale presa in carico dei servizi psichiatrici territoriali o di uno specialista privato;
 - valutazione clinica globale con descrizione di eventuali disturbi comportamentali;
 - completamento e valutazione di eventuali indagini, prescrizioni e terapie necessarie.

La valutazione clinica permette di distinguere alcuni profili clinici con l'indicazione di uno specifico percorso assistenziale:

- **patologia psichiatrica nota** comprendente anche la condizione di codice 4 di cui al paragrafo del triage.
Il medico di urgenza, in assenza di evidenti patologie concomitanti, richiede la consulenza dello specialista psichiatra, con cui esegue una valutazione congiunta definendo gli eventuali approfondimenti diagnostici o interventi terapeutici. Lo psichiatra nella consulenza definisce il percorso specialistico come indicazione alla dimissione a domicilio o presso strutture residenziali di provenienza, o il ricovero in SPDC, che deve aver luogo entro 8-12 ore, secondo quanto previsto dalle normative vigenti.
- **patologia psichiatrica nota e sospetta patologia medica associata**
Il medico di urgenza completa gli accertamenti diagnostici ritenuti opportuni per riconoscere la presenza di patologie e/o intossicazioni associate e richiede la consulenza dello specialista psichiatra, con cui esegue una valutazione congiunta definendo gli eventuali approfondimenti diagnostici o interventi terapeutici. In presenza di sospetta o certa intossicazione può essere attivato il Centro Antiveleni per facilitare e accompagnare il percorso clinico secondo le modalità previste nella specifica sezione di questo documento. Il medico di urgenza in presenza di risultati clinico-biologici negativi per patologie associate e/o intossicazioni di vario tipo prevalenti, richiederà una nuova consulenza psichiatrica per concordare la gestio-



REGIONE
LAZIO

ne successiva del caso e definire il percorso specialistico come indicazione alla dimissione o al ricovero in:

- SPDC se, al termine della valutazione, si evidenzia la prevalenza di diagnosi di Disturbo Psichiatrico;
- altri Reparti se la diagnosi indirizza verso problematiche prevalenti o esclusive di altra natura.

- **sospetta/certa natura psico-organica (abuso di sostanze, sindromi neurologiche/dismetaboliche) in assenza di patologia psichiatrica nota**

Il medico di urgenza completa gli accertamenti diagnostici ritenuti opportuni per riconoscere eventuali patologie organiche e/o intossicazioni responsabili dello stato di agitazione e richiede la consulenza dello specialista psichiatra. L'obiettivo della consulenza psichiatrica è contribuire e condividere la definizione diagnostica, e valutare la presenza di segni o sintomi di allarme, che possono richiedere azioni durante la sua permanenza in pronto soccorso e nella scelta della sede di ricovero. In presenza di sospetta o certa intossicazione può essere attivato il Centro Antiveneni per facilitare e accompagnare il percorso clinico secondo le modalità previste nella specifica sezione di questo documento.

Il medico di urgenza in presenza di risultati clinico-biologici negativi per patologie organiche e/o intossicazioni di vario tipo prevalenti, richiederà una nuova consulenza psichiatrica per concordare la gestione successiva del caso e definire il percorso specialistico come indicazione alla dimissione o al ricovero in:

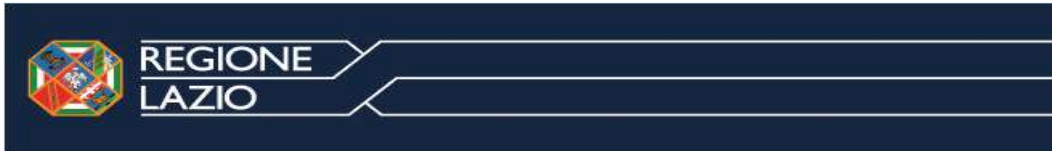
- SPDC se, al termine della valutazione e del contenimento dei disturbi del comportamento, si evidenzia la prevalenza di diagnosi di disturbo psichiatrico;
- altri Reparti se la diagnosi indirizza verso problematiche di altra natura.

In relazione ad un quadro clinico in cui il paziente non abbia recuperato la sua capacità di relazione il medico di urgenza individuerà il reparto di ricovero più adeguato secondo la propria organizzazione aziendale e la continuità assistenziale specialistica sarà assicurata dal consulente psichiatra, che effettuerà una valutazione appena le condizioni cliniche siano compatibili.

- **patologia organica cronica nota**

Il medico di urgenza completa gli accertamenti diagnostici ritenuti opportuni per definire lo stato clinico della patologia cronica degenerativa o di altre gravi patologie psico-organiche (utenti anziani con sindromi demenziali, deficit cognitivi, disturbi metabolici da patologie organiche e utenti con Disabilità intellettiva e/o disturbi del Neurosviluppo) e richiede la consulenza dello specialista psichiatra, se persiste la necessità in relazione al quadro clinico del disturbo comportamentale. L'obiettivo della consulenza psichiatrica è di collaborare alla definizione del percorso assistenziale per il corretto inquadramento, l'indicazione per la gestione di eventuali crisi in corso e l'individuazione del corretto setting assistenziale.

Il medico di urgenza sulla base degli esiti clinico-diagnostici definisce che lo screezio comportamentale è determinato dalla patologia organica cronica nota o di patologie concomitanti prevalenti (neurologiche, traumatiche, vascolari, infettivologiche ecc.) per cui valuterà, gestita la crisi, la dimissibilità o la necessità di ricovero del paziente e l'eventuale reparto di competenza. Il ricovero in SPDC non è da considerarsi, in questo caso, il luogo di degenza appropriato.



- **Tentato o mancato suicidio (intossicazione o lesioni)**

Il medico di urgenza esegue la stabilizzazione e le attività diagnostico-terapeutiche di emergenza insieme agli specialisti coinvolti secondo la complessità clinica e può richiedere già in questa fase la consulenza dello specialista psichiatra, presente o competente per area territoriale, per la condivisione del percorso assistenziale.

In relazione all'evoluzione del quadro clinico il paziente sarà ricoverato nel reparto più adeguato alle condizioni cliniche e la continuità assistenziale specialistica sarà assicurata dal personale del SPDC, effettuando una valutazione psichiatrica appena le condizioni cliniche siano compatibili. Il consulente psichiatra valuterà l'indicazione al ricovero in SPDC concordando con i clinici responsabili la tempistica secondo lo stato clinico.

Il Centro Antiveleni nella gestione di condizioni di certa o sospetta intossicazione

La gestione di pazienti con disturbi del comportamento e anamnesi o sintomi ascrivibili ad intossicazione prevede il coinvolgimento del Centro Antiveleni.

I Centri Antiveleni (CAV), secondo la normativa nazionale, svolgono "attività di consulenza specialistica per problematiche di carattere tossicologico di alta complessità, a supporto delle unità operative di pronto soccorso e degli altri servizi ospedalieri e territoriali, nonché adeguati sistemi di sorveglianza, vigilanza e allerta" (art. 46 del DPCM 12 gennaio 2017).

I Centri Antiveleni Regionali svolgono un'attività di consulenza h 24 e sono situati presso l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I, il Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e l'Ospedale Pediatrico "Fondazione Bambino Gesù" IRCCS, quest'ultimo svolge la propria competenza in ambito pediatrico (0-18 anni). Nella Tabella 2 sono indicate le afferenze preferenziali tra gli Ospedali della Rete di Emergenza e i CAV.

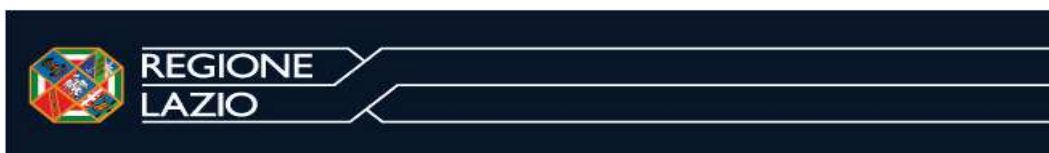
La condizione di intossicazione deve essere presa in considerazione in presenza di un quadro clinico di sospetto o anche del solo dato anamnestico.

La consulenza verrà eseguita attraverso il sistema di **Teleconsulto Advice**, che sarà implementato con una sezione specifica definita CAV secondo le modalità previste dal Determinazione regionale n. G16185 del 12/12/2018 - Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232) Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell'Emergenza. Attivazione della piattaforma "ADVICE" per il teleconsulto fra centri "Hub" e "Spoke" delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive".

La consulenza del CAV è finalizzata alla:

- valutazione dell'avvenuta possibile intossicazione;
- indicazione all'esecuzione di test diagnostici e di dosaggio di sostanze ed eventuale indicazione del centro per la loro esecuzione;
- indicazione al trattamento e alla terapia antidotica;
- indicazione al percorso assistenziale.

I Centri Antiveleni Regionali operano in stretta collaborazione con i Centri Antiveleni presenti sul territorio nazionale e mantengono aggiornata un'anagrafe per individuare la sede di esecuzione di test diagnostici e di dosaggio di sostanze.



| RETE TOSSICOLOGIA REGIONALE | | |
|--|---|--|
| CENTRI ANTIVELENI | ASL | STRUTTURA |
| AOU POLICLINICO UMBERTO I | Roma 2 | Tor Vergata, Policlinico Casilino, Sandro Pertini, M. G. Vannini, Sant'Eugenio – CTO, Campus Biomedico |
| | Roma 3 | San Camillo-Forlanini, Giovanni Battista Grassi |
| | Roma 6 | Paolo Colombo – Velletri, Anzio, Ospedale dei Castelli – Ariccia, San Sebastiano Martire – Frascati, Sant'Anna – Pomezia |
| | Frosinone | Fabrizio Spaziani – Frosinone, Santa Scolastica – Cassino, San Benedetto – Alatri, Santissima Trinita' - Sora |
| FONDAZIONE POLICLINICO A. GEMELLI | Roma 1 | S. Giovanni Addolorata, San Giovanni Calibita-FBF, Sant'Andrea, San Pietro-Fatebenefratelli, San Filippo Neri, Santo Spirito, Oftalmico, Aurelia Hospital, Cristo Re, San Carlo di Nancy |
| | Roma 4 | San Paolo – Civitavecchia, Padre Pio – Bracciano |
| | Roma 5 | San Giovanni Evangelista – Tivoli, Angelucci – Subiaco, Coniugi Bernardini – Palestrina, Parodi Delfino – Colferro, Santissimo Gonfalone - Monterotondo |
| | Viterbo | Belcolle – Viterbo, Andosilla - Civita Castellana, Civile di Acquapendente, Civile di Tarquinia |
| | Rieti | San Camillo de Lellis – Rieti |
| | Latina | S. Maria Goretti – Latina, ICOT – Latina, Dono Svizzero – Formia, A. Fiorini – Terracina, San Giovanni di Dio – Fondi, Città di Aprilia |
| OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESÙ | <i>I CAV svolgono attività anche per l'età pediatrica II CAV OBPG è dedicato all'età pediatrica</i> | |

Tab. 2: Afferenze preferenziali tra Ospedali della Rete di Emergenza e Centri AntiVeleni Regionali

Aspetti specifici relativi al percorso assistenziale in età evolutiva

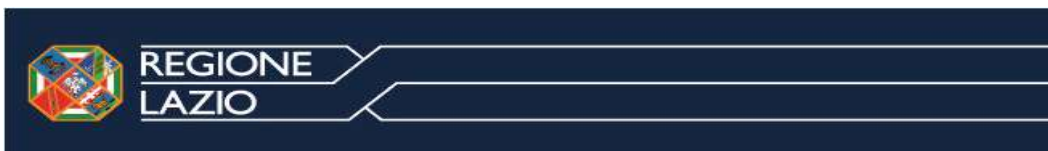
I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono in aumento in relazione ad un cambiamento nella tipologia di utenti, famiglie e dei loro bisogni, tra questi sono da includere anche quelli determinati da malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel *global burden of disease* descrive che il 75% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva o è comunque dovuto a eventi morbosi insorti molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato.

La Regione Lazio ha individuato dei Centri Hub per la gestione in emergenza/urgenza e registra una forte mobilità attiva di ricoveri da altre regioni.

L'urgenza psichiatrica in età evolutiva va considerato come un momento gestionale di un percorso che dovrà avere nella assistenza di prossimità il core della presa in carico.

Al fine di rendere efficiente il percorso e la continuità assistenziale ogni Azienda deve prevedere una metodologia strutturata di relazioni e supporto tra gli Ospedali e il Servizio Tutela Salute Men-



tale e Riabilitazione età evolutiva (TSMREE) presenti sul proprio territorio.

L'ARES 118 gestisce le richieste di soccorso riguardanti minori con sintomatologia psichiatrica, che una volta stabilizzati sono di norma trasportati presso una struttura ospedaliera appropriata in grado di accettarli e proseguire il necessario iter diagnostico-terapeutico.

Al fine di consentire una necessaria sintesi tra l'esigenza di assicurare un adeguato percorso di cura, la prossimità della sede di intervento alla residenza del minore e il contenimento del numero di trasferimenti secondari, si ritiene opportuno, in funzione della dislocazione territoriale del target del soccorso, operare, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, secondo le seguenti afferenze ospedaliere, a meno di diversa distribuzione dettata dalla necessità di garantire accessi per continuità di cura:

- Provincia di Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo, ASL RM4, RM5 e RM6: presidi ospedalieri previsti nella rete di emergenza pediatrica;
- ASL RM1 e ASL RM3: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG);
- ASL RM2: Policlinico Umberto I.

Triage

L'accesso al pronto soccorso di minore con alterazione psicomotoria prevede secondo il "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici" (DCA U00379/2019) che la valutazione sia attenta e approfondita in relazione all'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e l'attribuzione del codice di priorità consideri con attenzione il pericolo per la propria persona e per gli altri".

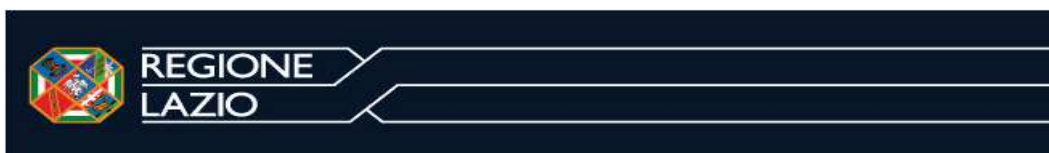
Attività di Pronto Soccorso

Queste situazioni cliniche prevedono una precoce presa in carico da parte del medico di PS e/o del pediatra, secondo il percorso aziendale, attuando le procedure indicate nel percorso dell'adulto ivi compresa l'esclusione di patologie internistiche o condizioni di intossicazione acuta.

Il percorso aziendale deve prevedere le seguenti possibilità:

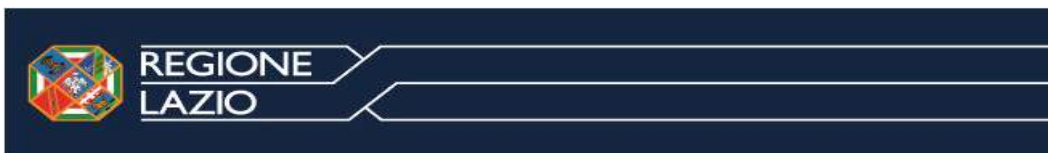
- consulenza in presenza o a distanza con il TSMREE almeno nell'orario diurno (8-16);
- teleconsulto con il sistema "ADVICE" con i Centri di riferimento regionale di Neuropsichiatria Infantile e dell'età evolutiva, secondo le afferenze indicate nella tabella di riferimento (Tab. 3), per la condivisione del percorso assistenziale e dell'eventuale indicazione del ricovero specialistico;
- trasferimento secondario per il ricovero del minore deve avvenire su indicazione del Centro di Riferimento.

L'eventuale non disponibilità di posto letto nel servizio di Neuropsichiatria Infantile di afferenza prevede che il centro riferimento regionale richieda il posto letto specialistico nell'altro centro di riferimento regionale, utilizzando anche la piattaforma posti letto area critica ARES118, prevista nel percorso adulti, e successivamente presso la Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma dotata di posti letto specialistici inseriti nella rete ospedaliera. I Centri di riferimento regionali svilupperanno un percorso di integrazione funzionale finalizzato al ricovero specialistico con la U.O. di neuropsichiatria infantile della Fondazione Policlinico A. Gemelli.



| AFFERENZE TELECONSULTO PER URGENZE PSICHIATRICHE IN ETÀ EVOLUTIVA | | |
|--|------------|--|
| CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI | ASL | STRUTTURA |
| AOU POLICLINICO UMBERTO I | Roma 2 | Tor Vergata, Policlinico Casilino, Sandro Pertini, M. G. Vannini, Sant'Eugenio – CTO, Campus Biomedico |
| | Roma 5 | San Giovanni Evangelista – Tivoli, Angelucci – Subiaco, Coniugi Bernardini – Palestrina, Parodi Delfino – Colferro, SS. Gonfalone - Monterotondo |
| | Roma 6 | Paolo Colombo – Velletri, Anzio, Ospedale dei Castelli – Ariccia, S. Sebastiano Martire – Frascati, Sant'Anna – Pomezia |
| | Frosinone | Fabrizio Spaziani – Frosinone, Santa Scolastica – Cassino, San Benedetto – Alatri, Santissima Trinità – Sora |
| OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESÙ | Roma 1 | S. Giovanni Addolorata, San Giovanni Calibita-FBF, Sant'Andrea, San Pietro-Fatebenefratelli, San Filippo Neri, Santo Spirito, Oftalmico, Aurelia Hospital, Cristo Re, San Carlo di Nancy |
| | Roma 3 | San Camillo-Forlanini, S. G.B. Grassi |
| | Roma 4 | San Paolo – Civitavecchia, Padre Pio – Bracciano |
| | Viterbo | Belcolle – Viterbo, Andosilla – Civita Castellana, Civile di Acquapendente, Civile di Tarquinia |
| | Rieti | San Camillo de Lellis – Rieti |
| | Latina | S. Maria Goretti – Latina, ICOT – Latina, Dono Svizzero – Formia, A. Fiorini – Terracina, San Giovanni di Dio – Fondi, Città di Aprilia |

Tab. 3: Afferenze teleconsulto per le urgenze psichiatriche in età evolutiva



Procedure per la sicurezza dei pazienti e di altre persone

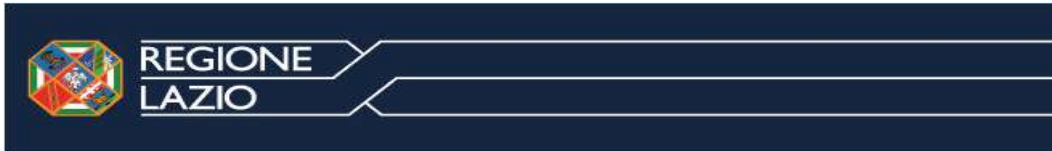
Il termine “de-escalation” indica e include una serie di interventi di desensibilizzazione allo scopo di contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell’aggressività, perché risulti efficace è indispensabile avere buone capacità d’ascolto, comprensione empatica, capacità di problem solving, assertività e capacità di mantenere la calma e il controllo.

Talvolta iniziare una conversazione con toni pacati e neutrali può giovare al ritardo dell’escalation. Può essere utile un approccio alla conversazione sdrammatizzante (strategie di sdrammatizzazione), ma deve essere utilizzato con attenzione al fine di non sembrare banalizzante o svilente nei confronti delle istanze della persona. È utile apparire fiduciosi, mostrare calma, creare uno spazio di ascolto, parlare lentamente, con dolcezza e chiaramente, abbassare la voce, mantenere un contatto oculare adeguato e mai persistente, non discutere ma saper ascoltare manifestando reale interesse alla risoluzione del problema. Il linguaggio utilizzato deve essere in linea con quello dell’interlocutore per cultura e capacità di comprensione. Per esercitare nella maniera migliore le strategie di sdrammatizzazione sono fondamentali le tecniche comunicative sia di tipo verbale sia non verbale.

Le tecniche di de-escalation sono efficaci per diminuire il livello di tensione, energia e, quindi, anche di emozione del momento. Necessitano di una buona capacità d’ascolto, comprensione empatica, effettiva capacità di problem solving, assertività, capacità di mantenere la calma e il controllo.

Le principali tecniche sono:

1. **Talk down** è una tecnica semplice e intuitiva, che consiste nel diminuire progressivamente il proprio tono di voce; questo induce spontaneamente nell’altro un’attenuazione del tono di voce, che si adegua inconsapevolmente a quello dell’interlocutore. La riduzione del tono di voce può avere un effetto di disinnesco della rabbia/aggressività. Il principio su cui si basa questa tecnica è l’opposto delle interazioni di tipo agonistico e simmetrico, nelle quali la persona contrasta il team e la struttura che rispondono “a tono”, con l’unico risultato di un peggioramento della tensione complessiva.
2. **Time out** ha il fine di interrompere i comportamenti negativi e aggressivi. Il time out deve essere considerato un modo per invitare il soggetto a riflettere, a riprendere il controllo delle proprie emozioni ed evitare ulteriori situazioni disfunzionali. La persona è allontanata dalla situazione in cui ha manifestato il comportamento problematico, in modo da essere isolata da qualunque fonte di rinforzo e la si invita a permanere in un luogo più tranquillo e privo di stimoli, dove potrà restare fino a quando il segnale di un timer indicherà la fine del periodo (time out). Nel mettere in atto tale tecnica è importante mostrarsi sicuri, essere fermi e coerenti, e non mostrare intenti punitivi ma solo rivolti alla risoluzione del problema. Di particolare importanza durante il time out è il soffermarsi insieme alla persona sullo stato emotivo sperimentato, così da delineare al meglio quali tipi di stimoli, interni o esterni, hanno contribuito alla messa in atto del comportamento indesiderato. È necessario, successivamente, far comprendere che l’intero team ripone fiducia nella persona e che si è certi delle sue capacità di gestire diversamente la crisi.
3. **Semplice ascolto** consiste nel dedicare tempo di ascolto a una persona arrabbiata per sfogare le tensioni e le frustrazioni.
4. **Ascolto attivo** prevede una posizione dell’interlocutore improntata all’empatia e alla capacità di ascolto, e il fatto di leggere gli eventi dalla prospettiva dell’altro. È evidente che, oltre agli elementi meramente contenutistici, influiscono sulla sua determinazione anche gli aspetti non verbali. Il clima nel quale si svolge è di fattivo desiderio di collaborazione lontano dalla modalità asettica di una consulenza. Rispetto alle tecniche di ascolto attivo risultano importanti cinque punti: *introdursi, statements, ribadire, rispecchiare e riflettere, parafrasare e riassumere.*



5. **Riconoscimento**, l'ascoltatore tenta di individuare l'emozione sottostante, le parole che la persona usa e i commenti sull'emozione stessa. La comprensione e la condivisione di ciò che una persona sente facilitano la risoluzione dell'emozione stessa.
6. **Tollerare il silenzio**, quest'ultimo elemento essenziale di ogni colloquio, permette alla persona arrabbiata di riflettere e pensare; non deve essere fonte di disagio per gli operatori che ne devono conoscere l'utilità e il significato.
7. **Accordarsi**, in un colloquio non è difficile individuare, nonostante la rabbia, un punto su cui si concorda con la persona. Condividerlo ed enfatizzarlo può porre le basi per un'interazione costruttiva.
8. **Scusarsi** è utile qualora ci sia stato qualcosa di "ingiusto" o incomprensioni. Le scuse, se sincere, testimoniano una predisposizione senza pregiudizi ed empatica dell'ascoltatore.
9. **Invitare alla critica**, chiedendo alla persona arrabbiata cosa ritenga ci sia di sbagliato e per quale motivo si è infuriata con l'ascoltatore. In una prima fase questo invito può, a volte, intensificare la rabbia, ma successivamente, se rinnovato, tende ad aiutare la persona a sfogarsi verbalmente e a ridurre il rischio di agiti violenti.
10. **Sviluppare un piano**, per chi gestisce il colloquio è necessario che pianifichi diverse strategie in base alle variabili che emergono progressivamente. Arrivare sprovvisti di risorse in una fase di peggioramento dell'escalation può creare sviluppi negativi inattesi.

Quando tutto risulta inefficace e la de-escalation non dà alcun risultato, la sicurezza del personale, degli altri utenti e delle altre persone, se presenti, è fondamentale. A questo punto si opta per un ultimatum, che una volta dato deve essere portato a compimento con risolutezza.

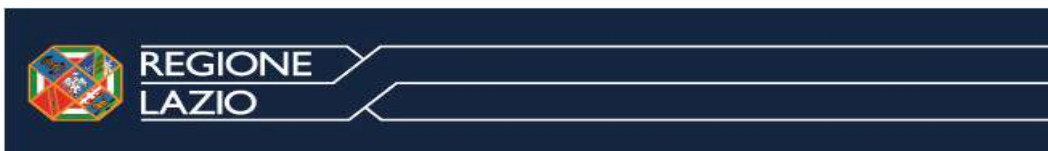
Gli interventi di messa in sicurezza sono finalizzati a preservare l'integrità del paziente e di altre persone. Il personale sanitario dovrebbe ricorrere a tale pratica in situazioni eccezionali, di immediato pericolo per l'incolumità fisica o la vita della persona, o di un danno grave alla salute, quando altri strumenti relazionali o farmacologici, impiegati nella gestione clinica del caso, abbiano fallito nel raggiungimento dello scopo.

La tranquillizzazione farmacologica è una misura terapeutica utile, anche, a ridurre il ricorso alle manovre di contenzione e viene condivisa dal personale responsabile del paziente con gli specialisti in relazione al quadro clinico secondo un percorso definito a livello aziendale.

Le manovre di contenzione possono essere praticate solo in casi estremi, in mancanza di alternative, per il tempo strettamente necessario alla risoluzione delle condizioni che l'hanno motivata, secondo il principio di proporzionalità rispetto alla situazione reale e attuale.

Il ricorso alla contenzione fisica in stato di necessità appare giustificato dalla presenza di alcuni requisiti e condizioni:

- va considerato un atto straordinario, eccezionale, e opportunamente motivato;
- è di durata limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione delle condizioni che l'hanno motivato;
- è indicato solo in caso di necessità reale e solo quando altre opzioni di gestione del caso hanno fallito;
- deve esserci evidenza di un pericolo attuale e immediato
- il pericolo deve prevedere un danno alla vita o all'integrità personale, sia essa del paziente o di terzi;
- la gravità del possibile danno deve essere imminente ed oggettiva;
- la contenzione deve essere proporzionale al pericolo da evitare.



Gli operatori devono essere formati a condurre un intervento di contenzione e de-escalation, sia acquisendo informazioni teoriche sui vari tipi di aggressività e la specifica metodologia di approccio, sia con esercitazioni pratiche.

L'attuazione della contenzione, quando inevitabile, richiede l'identificazione del personale che:

- guida l'intervento e si relaziona con il paziente;
- verifica l'esistenza delle condizioni di sicurezza per gli altri degenti;
- valuta l'opportunità di predisporre l'aiuto di altre figure.

La contenzione deve essere eseguita da personale che indossa i DPI appropriati e attuata ai quattro arti mediante l'uso di fasce imbottite a chiusura magnetica a norma CE. La contenzione completa del paziente deve, se possibile, essere svolta da cinque operatori, con una persona dedicata a ciascun arto del paziente e un'altra collocata alla testata della barella/letto. La manovra deve essere eseguita nel rispetto della riservatezza e della dignità della persona, e attuata con estrema attenzione per evitare di produrre lesioni personali determinate da un uso non proporzionato della forza o interferire con l'attività respiratoria.

Il paziente sottoposto a contenzione deve essere idratato, tranquillizzato farmacologicamente, e monitorato costantemente nei parametri vitali e nel caso di un prolungamento della stessa oltre le 4 ore, deve essere sottoposto a profilassi della trombosi venosa profonda.

Il paziente, ottenuta la tranquillizzazione, può essere posto in posizione supina con la testata del letto sollevata di 30° e le fasce legate al lato della barella/letto, e non alle sponde laterali, per aumentare il livello di protezione è preferibile disporre le braccia una verso l'alto e una verso il basso e le gambe legate al lato opposto della barella/letto.

Ogni episodio di contenzione e di de-contenzione deve essere registrato nella cartella GIPSE di PS, la modalità della contenzione, la data, l'ora di inizio e quella di fine della sua applicazione, i dovuti controlli sanitari e ogni evento verificatosi.

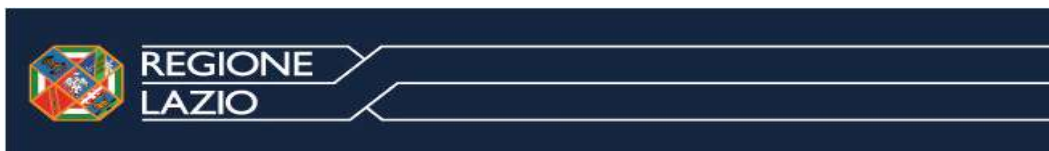
Indicazioni operative in presenza di condizione pandemica

L'insorgenza di un evento pandemico richiede l'attivazione delle procedure e azione previste dal piano nazionale e regionale, e l'adozione di linee di indirizzo predisposte dal Coordinamento regionale dei SPDC-NI.

Monitoraggio

I sistemi informativi regionali (SIES – SDO) consentono la raccolta dei dati utili alla valutazione e al monitoraggio di indicatori organizzativo-gestionali di processi e di esito, che saranno pubblicati con cadenza semestrale nel report di Rete.

Il Coordinamento regionale dei SPDC-NI ha identificato i criteri e gli indicatori per l'analisi del percorso assistenziale descritti nella *Tabella 4*.



| Tabella 4 – Indicatori per il monitoraggio del Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e in Neuropsichiatria Infantile | | |
|--|--|--------------|
| Fase | Indicatori | Fonte |
| 1 - PS | Pazienti giunti in PS per patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali secondo i problemi principali indicati al triage per classi di età (0-17 anni, maggiore 17) | SIES |
| 1 - PS | Modalità di accesso giunti in PS per patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali secondo i problemi principali indicati al triage per classi di età (0-17 anni, maggiore 17) | SIES |
| 1 - PS | Codice di triage per patologia psichiatrica e/o per patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali secondo i problemi principali indicati al triage per classi di età (0-17 anni, maggiore 17) | SIES |
| 1 - PS | Pazienti che eseguono consulenza psichiatrica per classi di età (0-17 anni, maggiore 17) | SIES |
| 1 - PS | Tempi di permanenza in PS dei pazienti che eseguono consulenza psichiatrica | SIES |
| 1 - PS | Tempi di permanenza in PS dei pazienti che si ricoverano nel SPDC e in Neuropsichiatria Infantile (NI) | SIES |
| 1 - PS | Esito PS per pazienti con diagnosi di patologia psichiatrica e reparto di ricovero di ricovero per classi di età (0-17 anni, maggiore 17) | SIES |
| 2 - OSP | Pazienti ricoverati nel SPDC e in NI distinti per classe di patologia | SIO |
| 2 - OSP | Degenza media nel SPDC e in NI distinta per classe di patologia | SIO |
| 2 - OSP | Esito ricovero nel SPDC e in NI | SIO |

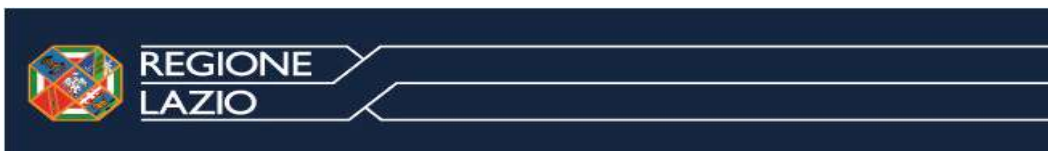
Tab. 4: Indicatori per il monitoraggio del Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Programma di miglioramento e Formazione

Il Coordinamento regionale dei SPDC-NI sviluppa un programma annuale “*Audit e Feedback*” di miglioramento del percorso assistenziale con obiettivi coerenti con la revisione sistematica dei risultati clinici. A Tale fine si riunisce con cadenza semestrale per la valutazione del percorso, l’analisi di criticità emerse nel processo clinico-assistenziale e la definizione delle linee di indirizzo per l’implementazione dei percorsi.

Il Coordinamento attiverà un programma formativo, con cadenza periodica, attraverso l’organizzazione di webinar regionali multidisciplinari.

Le Aziende sono responsabili dell’attuazione del programma formativo sul percorso aziendale previsto dal presente documento.



Bibliografia

1. Ministero della Salute: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, raccomandazione n. 8 del 19 novembre 2007;
2. Ministero della Salute: Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale, raccomandazione n. 4 del marzo 2008;
3. Regione Lazio: Circolare sul trasferimento e trasporto dei pazienti psichiatrici, circolare n. 194959 DB/08/14;
4. Regione Lazio: “Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC)- Ridefinizione dei bacini di utenza”. 28.4.2017;
5. Regione Lazio: Determinazione G06331 del 18.5.2018 "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio" Determinazione G06331 del 18.5.2018;
6. Regione Lazio: Approvazione Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 Decreto del Commissario ad Acta 12 settembre 2019, n. U00379;
7. Regione Lazio – Infezione da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2). Indicazioni operative per la gestione dei pazienti psichiatrici all'interno del percorso ospedaliero, nota n. 0449425 del 22.05.2020.