



## **LINEE INDIRIZZO PER L'EMERGENZA - URGENZA PSICHIATRICA ETA' EVOLUTIVA**

**(redatte dalle Sezioni Scientifiche di Psichiatria e di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi,  
ed approvate in CD SINPIA il 15 febbraio 2018)**

### Sommario

1. Premessa.....	2
2. L' emergenza – urgenza psichiatrica in età evolutiva. Dati epidemiologici.....	2
3. Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e le Raccomandazioni della Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza.....	3
4. Le risposte dei servizi sanitari all'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva.....	4
5. Qualità e appropriatezza degli interventi per l'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva.....	7
6. Raccomandazioni operative.....	8
Raccomandazione 1: La gestione di base dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva deve poter avvenire in modo omogeneo ed appropriato nell'ambito di tutta la rete dell'emergenza-urgenza.....	8
Raccomandazione 2: Nei PS/DEA deve essere messo in atto un triage appropriato per i minorenni con acuzie psichiatrica.....	8
Raccomandazione 3: L'acquisizione del consenso dei genitori/tutori e dell'assenso dell'utente rappresentano elemento fondamentale del percorso di cura. I trattamenti senza consenso possono avvenire solo nell'ambito di quanto previsto dalla legge. ....	10
Raccomandazione 4: Il percorso in PS/DEA deve poter condurre alla stabilizzazione del quadro clinico, indipendentemente dal punto di accesso e dalla presenza dello specialista NPIA.....	13
Raccomandazione 5: Gli adolescenti con acuzie psichiatriche che necessitano di un ricovero ospedaliero devono poterne usufruire, e il ricovero deve poter avvenire in contesti appropriati per età e specificità clinica.....	13
Raccomandazione 6: Nell'ambito dei percorsi per acuzie psichiatrica in età evolutiva, deve essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio.....	16
Raccomandazione 7: Nelle situazioni di sub-acuzie, pre acuzie e post acuzie psichiatrica in età evolutiva deve essere garantito un percorso di presa in carico appropriato per intensità e specificità.....	17

## 1. Premessa

Scopo del presente documento è delineare alcune linee di indirizzo clinico-organizzative di riferimento per operatori, gestori/organizzatori di servizi, decisori, familiari e utenti, che consentano una più appropriata gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza. Si tratta infatti di un bisogno di salute oggi largamente inevaso.

L'emergenza psichiatrica è definita come una condizione di alterazione acuta del pensiero, dell'umore, del comportamento o delle relazioni sociali tale da richiedere un intervento immediato, poiché la sintomatologia non è gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo ed il paziente mette a rischio se stesso/altri o mostra comportamenti distruttivi. Elemento determinante è che vi sia stato il fallimento di altri interventi meno restrittivi<sup>1</sup>.

Una sintomatologia psichiatrica acuta può essere collegata alla slatentizzazione di un disturbo psichiatrico non conclamato e quindi non ancora diagnosticato, o allo scompenso o riacutizzazione di un disturbo psichiatrico già noto<sup>2</sup>. Può essere maggiormente rilevante la componente clinica (urgenza clinica effettiva) o essere preponderante l'elemento ambientale. Può inoltre comparire transitoriamente in diverse patologie non psichiatriche, che vanno conseguentemente sempre poste in diagnosi differenziale.

## 2. L' emergenza – urgenza psichiatrica in età evolutiva. Dati epidemiologici

La letteratura scientifica evidenzia come le urgenze psichiatriche in età evolutiva che accedono ai DEA pediatrici siano in costante aumento, con incrementi che vanno da due a dieci volte a secondo dei Paesi e delle relative organizzazioni sanitarie<sup>3 4 5 6 7 8 9 10</sup>. In uno studio recente<sup>11</sup> il 10% delle ospedalizzazioni di bambini di più di 3 anni risultavano dovute a disturbi psichici (depressione, disturbi bipolari, psicosi ed altri). In media, si ritiene che oggi i disturbi mentali siano alla base di circa il 25% delle consultazioni pediatriche di base e del 5% degli accessi in pediatria d'urgenza.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Emilia Romagna<sup>12</sup> evidenzia come siano 8 su 10.000 gli adolescenti che accedono ai servizi di urgenza, per disturbi della condotta, tentati suicidi, sindromi deliranti, disturbi dell'umore, stati di grave agitazione e uso di alcol e droghe. I dati lombardi negli stessi anni evidenziano un netto aumento degli accessi di adolescenti con acuzie psichiatriche in Pronto Soccorso (incremento di circa il 27% tra 2013 e 2015)<sup>13</sup>.

<sup>1</sup>Royal College of Psychiatrists. Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness. London 2005

<sup>2</sup>The committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics* 2011;127:e1356-e1366

<sup>3</sup>Schowalther J.E., Solnit A.J. Child psychiatry consultation in a general hospital emergency room. *J. am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 1965; 5 : 534 – 551.

<sup>4</sup>Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V, Ferri P., A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients., *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Jan 18;12:191-201 .

<sup>5</sup>Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J., Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences., *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Nov;44(6):203-11.

<sup>6</sup>Taastrøm A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A., Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: a 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry.* 2014 Aug;68(6):385-90.

<sup>7</sup>Carubia B, Becker A, Levine BH., Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Apr;18(4):41.

<sup>8</sup>Gandhi S, Chiu M, Lam K, Cairney JC, Guttman A, Kurdyak P, Mental Health Service Use Among Children and Youth in Ontario: Population-Based Trends Over Time., *Can J Psychiatry.* 2016 Feb;61(2):119-24.

<sup>9</sup>Huffmann L.C., Wang N.E., Saynina O., Wren F.J., Wise P.H., Horwitz S.M.. Predictors of hospitalization after an emergency department visit for California youths with psychiatric disorders. *Psychiatr serv* 2012 Sep 1; 63 (9) : 896 – 905.

<sup>10</sup>Blader J.C. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry* 2011 68 (12) : 1276 - 1283

<sup>11</sup>Bardach et al. Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*, 2014, 133 : 602 – 609.

<sup>12</sup>Rapporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Emilia Romagna, 2014

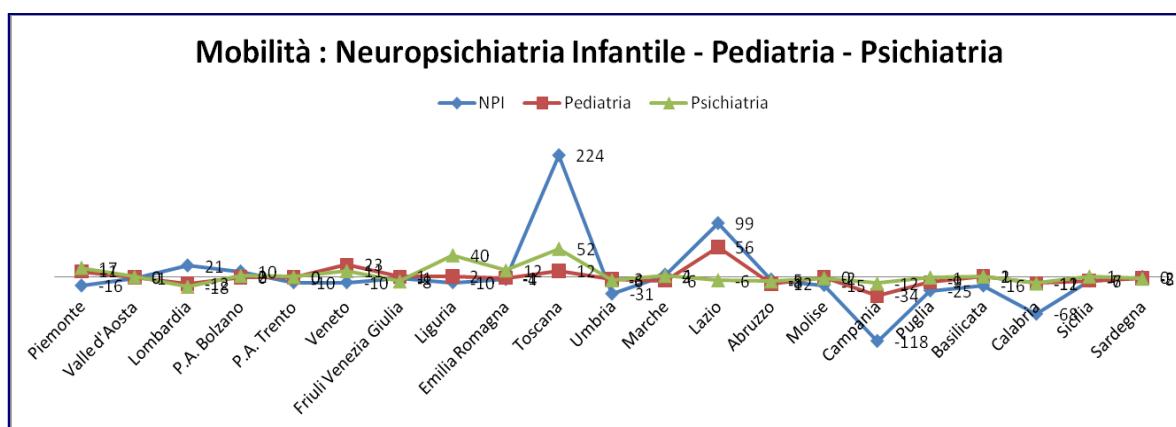
<sup>13</sup>Documento conclusivo gruppo di lavoro sulla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, DG Welfare, Regione Lombardia 2017

A livello nazionale, nel 2015 i ricoveri ordinari per pazienti con disturbi psichiatrici nella fascia di età compresa tra 12 e 17 anni sono stati 6488, di cui il 35% (2297) è avvenuto presso reparti di NPIA ed il 20% (1290) presso reparti psichiatrici per adulti (SPDC)<sup>14</sup>. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici riferito alla classe di età 12-17aa è dell'1,9 per 1000.

Il numero di ricoveri ordinari per MDC19 tra 12 e 17 anni è aumentato dell'8% dal 2004, mentre il numero di giornate di degenza è aumentato del 47%. Nelle Regioni che dispongono di una risposta articolata all'emergenza/urgenza (P.A. Bolzano, Toscana e Lazio) solamente 1/10 dei ricoveri di pazienti minorenni avviene in reparti per adulti (SPDC). Al contrario, Veneto, Liguria, Piemonte e Puglia presentano un numero di ricoveri di minorenni in SPDC che varia dal 43 al 71%. In alcune regioni, l'aumento è stato molto più rilevante, ad esempio in Lombardia in soli 4 anni, tra il 2011 e il 2015, i ricoveri sono aumentati del 21% e le giornate di degenza del 45%, con un raddoppio dei ricoveri in SPDC che includeva circa il 20% di utenti di età inferiore ai 16 anni.

Il ricorso forzato alle strutture pediatriche e agli SPDC avviene nella quasi totalità dei casi per i ricoveri con caratteristiche di urgenza<sup>15</sup>, che riescono ad essere accolti in un reparto NPIA solo in pochi casi e in pochissime realtà. Per alcune Regioni (Campania, Calabria) si registra una forte mobilità verso altre regioni, anche lontane (Lazio, Toscana), che rende difficile la continuità terapeutica e la presa in carico da parte dei Servizi, oltre ad aumentare il disagio per le famiglie (grafico 1).

**Grafico 1.: Mobilità Ricoveri in Reparti NPI, Pediatria e Psichiatria**



### 3. Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e le Raccomandazioni della Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza

La necessità urgente di risposte appropriate è indicata già nel Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, oggetto di accordo in conferenza Stato-Regioni (PANSM, 2013)<sup>16</sup>, che individua l'area della salute mentale in infanzia ed adolescenza come **"bisogno prioritario"** prevedendo come punti qualificanti:

- l'intervento multidisciplinare d'équipe ;
- il monitoraggio longitudinale dello sviluppo ;
- il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola, e l'intervento di rete.

<sup>14</sup> Calderoni D., elaborazioni SDO Ministero della Salute, dati preliminari non pubblicati

<sup>15</sup> Regione Lombardia, analisi accessi in pronto soccorso 2013-2016 e analisi SDO 2011-2015

<sup>16</sup> "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" (PANSM), Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 4 /CU del 24/01/2013 [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_039329\\_4%20CU%20\(P.%2010%20ODG\).pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039329_4%20CU%20(P.%2010%20ODG).pdf)

Il PANSM prevede in particolare l'intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza, che monitora attraverso due indicatori:

- presenza di Raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva;
- presenza di Protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali ecc) che possano a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acuzie.

Più recentemente, anche l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA) ha pubblicato un documento su *"La salute mentale degli adolescenti"*<sup>17</sup>, evidenziando le rilevanti criticità nel settore ed in particolare nella risposta alle acuzie psichiatriche in adolescenza, tra cui l'insufficiente integrazione e comunicazione tra i soggetti che operano nello stesso ambito territoriale, la carenza di servizi e strutture dedicati, la mancata tempestività nell'individuazione dei disturbi e nell'attivazione degli interventi, la mancanza di continuità nei percorsi sia longitudinale che trasversale (tra servizi a diversa intensità di cura, e verso l'età adulta).

Nel documento, vengono formulate alcune **Raccomandazioni** rivolte al Governo, alle Regioni e agli altri interlocutori istituzionali, di cui la principale è che *"... tutti i servizi e gli interventi nell'ambito dei disagi psichici e dei disturbi psichiatrici in adolescenza siano effettivamente improntati ai principi di **specificità, partecipazione, continuità e autonomia** derivanti dai principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza"*.

In particolare, garantire risposte che siano contemporaneamente età specifiche e disturbo specifiche agli adolescenti rappresenta un cardine essenziale degli interventi. Gli obiettivi evolutivi, il ruolo del contesto familiare e scolastico, la neurobiologia stessa differiscono in modo significativo tra bambini, adolescenti e adulti, anche quando essi siano apparentemente affetti dallo stesso disturbo.

La criticità delle risposte alle acuzie psichiatriche in età evolutiva ed in particolare ai bisogni di ricovero è stata inoltre segnalata ogni anno dal 2009 ad oggi nei Rapporti del Gruppo per il Monitoraggio dell'applicazione della Convenzione Internazionale dei Diritti dei Fanciulli<sup>18</sup>, evidenziando come tale situazione metta a rischio i percorsi di cura con il pericolo di indurre cronicizzazione dei disturbi.

#### **4. Le risposte dei servizi sanitari all'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva**

A fronte di indicazioni molto cogenti sia nell'ambito normativo sia in strumenti di "soft law" quali sono le Raccomandazioni dell'AGIA, e di dati epidemiologici che confermano un fenomeno in continuo aumento, la risposta dei servizi appare disomogenea, frammentata e insufficiente nella maggior parte dei contesti regionali, sia per la mancanza di risposte specifiche che per la carente integrazione tra le UO coinvolte.

Appare innanzitutto critica la risposta ai bisogni di ricovero ordinario per i disturbi psichiatrici acuti nei minorenni. A differenza di quanto avvenuto per altre discipline, si è infatti determinato negli anni un significativo sottodimensionamento del numero di letti di ricovero ordinario per gli utenti con disturbi neuropsichici in età evolutiva, sia a livello nazionale che regionale. Sono attualmente presenti in tutto il territorio nazionale poco più di 300 letti di ricovero ordinario di NPIA, di cui solo 79 (24 %) utilizzati per ricoveri psichiatrici, mentre i restanti sono assorbiti dalle situazioni neurologiche complesse. In 7 regioni non sono presenti posti di ricovero ordinario di NPIA, ed in 2 di esse neppure posti di Day Hospital. Soltanto in 9 Regioni

<sup>17</sup> Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza "La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e di proposta", 21/12/2017  
<http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/salute-mentale-adolescenti.pdf>

<sup>18</sup> 3° Rapporto supplementare CRC alle Nazioni Unite (Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia), <http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/rapportocrc-x2017.pdf>

sono presenti posti letto dedicati all'emergenza/urgenza. E' per questo motivo che solo un terzo dei ricoveri ordinari riescono ad avvenire in reparto di neuropsichiatria infantile.

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), con il supporto delle Segreterie Regionali e per il tramite delle Sezioni Scientifiche di "Psichiatria dell'età evolutiva" ed "Epidemiologia e organizzazione dei servizi" ha effettuato due differenti rilevazioni sullo stato di applicazione del PANSM a livello regionale.

Nella rilevazione effettuata nel 2015 (Farruggia R., Costa S., 2016)<sup>19</sup> è stato evidenziato che una percentuale variabile tra il 45 e il 65% delle Regioni italiane non aveva ancora sviluppato strutture e/o percorsi organizzativi per una assistenza appropriata nelle situazioni di urgenza psichiatrica in età evolutiva, e soprattutto che nel 65% delle regioni non erano ancora stati sviluppati né percorsi condivisi né protocolli tra NPIA, PS/DEA, Psichiatria, pediatria per la gestione delle acuzie psichiatriche in età evolutiva (Tab.1) .

#### **Tab. 1. le risposte regionali all'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva - anno 2015**

*Solo il 35% delle Regioni possiede un Documento specifico sulla gestione delle urgenze psichiatriche in età evolutiva, spesso non applicato*

*In 11 Regioni su 20 (55%) non vi sono posti letto di degenza ordinaria di NPIA specificamente dedicati ai disturbi psichiatrici, e in 7 su 20 (35%) non vi è nessun posto letto di ricovero ordinario di NPIA*

*Solo in 6 Regioni su 20 (30%) il ricovero di minorenni non avviene in reparto psichiatrico per adulti*

*Solo 7 Regioni su 20 (35%) hanno protocolli con SPDC, Pediatria e PS per la gestione delle urgenze psichiatriche in età evolutiva*

*Solo 7 Regioni su 20 (35%) hanno una organizzazione territoriale specifica per la gestione delle urgenze psichiatriche in età evolutiva*

*Il 50% delle Regioni non ha recepito il Documento della Conferenza Stato Regioni n.138/CU 13 novembre 2014 "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e l'adolescenza"*

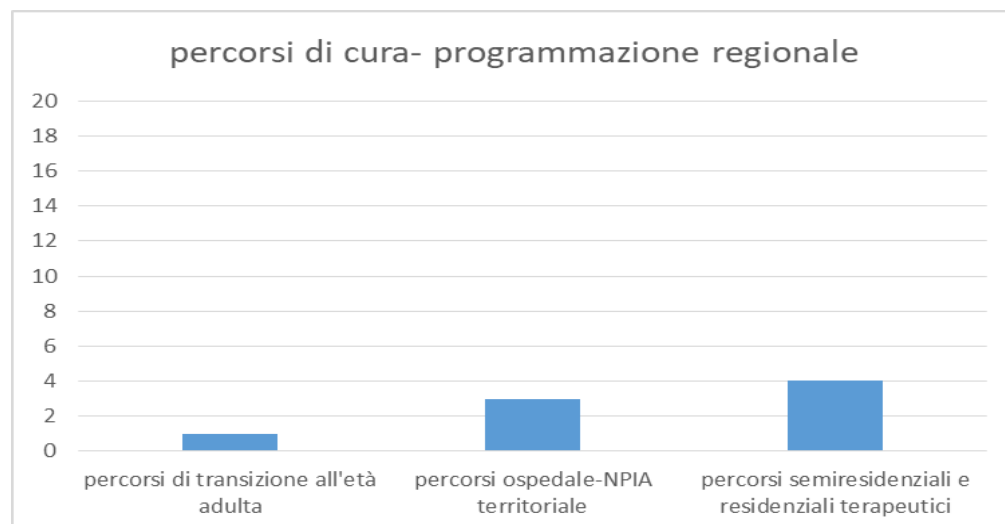
*Il 55% delle Regioni non ha strutture semiresidenziali e/o residenziali per la gestione del post-acuzie e, in ogni caso nell'85% delle Regioni la disponibilità di tali strutture è considerata inadeguata*

Nel 2016 le due Sezioni Scientifiche hanno effettuato una seconda indagine sui Servizi di NPIA, indagando in maggiore dettaglio la presenza di procedure o protocolli operativi per il governo clinico delle situazioni di emergenza / urgenza psichiatrica in età evolutiva nell'ambito della rete dei servizi.

I risultati evidenziano come in tema di Programmazione regionale esista una carenza significativa per la definizione dei Percorsi Ospedale – Territorio, dei Percorsi di cura semiresidenziali e residenziali e dei Percorsi per la transizione all'età adulta: solo in 1 regione su 20 (5%) sono formalmente previsti percorsi di transizione verso l'età adulta, solo in 3 su 20 (15%) sono previsti percorsi di continuità di cura tra ospedale e territorio, solo in 4 su 20 (20%) sono formalizzati i percorsi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NPIA (Tab. 2).

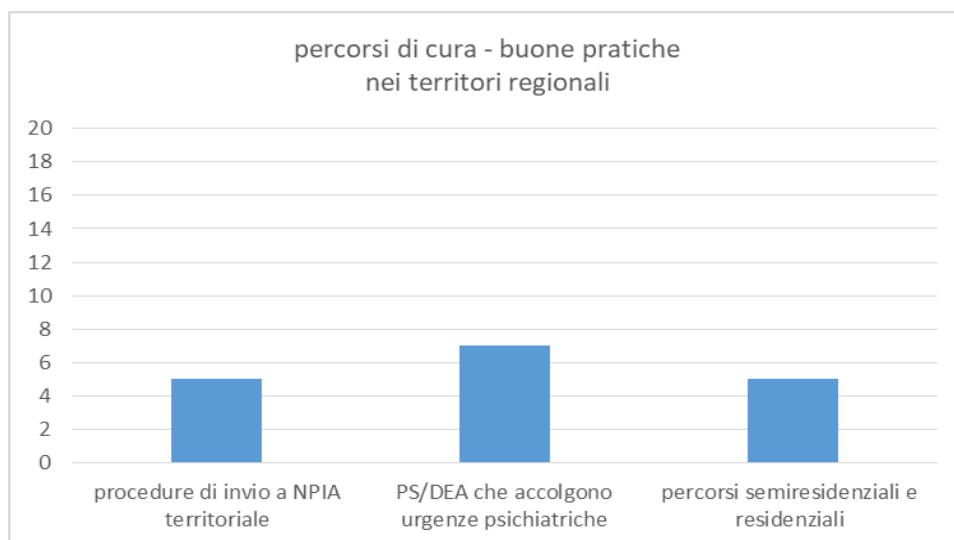
<sup>19</sup> Farruggia R. , Costa S. La situazione organizzativa dei Servizi di NPIA in risposta all'Urgenza-Emergenza psichiatrica in età evolutiva in Italia : dati preliminari, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, vol. 36, N. 1 , Aprile 2016

**Tab. 2. Percorsi di cura: Regioni che hanno definito una programmazione regionale**



Nel contempo, le Regioni in cui esistono esperienze locali anche in assenza di formalizzazione e generalizzazione regionale sono lievemente superiori: in 5/20 (25%) sono presenti almeno alcune procedure di invio dai servizi ospedalieri ai servizi di NPIA territoriali (Tab. 3), in 7/20 (35%) le urgenze psichiatriche in adolescenza hanno specifiche procedure di accoglienza almeno in alcuni PS/DEA e in 5/20 (25%) sono presenti percorsi semiresidenziali o residenziali.

**Tab. 3. Percorsi Ospedale – Territorio: Regioni in cui esistono buone pratiche**



Particolarmente rilevante è il fatto che solo 7 Regioni su 20 (35%) abbiano formalizzato atti specifici (linee di indirizzo, raccomandazioni, documenti di riferimento, delibere ecc) per affrontare le situazioni di urgenza psichiatrica in età evolutiva, tra cui segnaliamo le più recenti:

- La Regione Lombardia ha fornito in tema di urgenza psichiatrica in adolescenza indicazioni sui percorsi di cura in acuzie, pre acuzie e post acuzie (in *“Trattamento dell’acuzie psichiatrica in adolescenza”* Regione Lombardia, GAT, 2012) e, successivamente nell’ambito del 118, del PS e del ricovero ordinario (*“Linee Operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all’età giovanile”*, Regione Lombardia, GAT, 2013).

- La Regione Toscana ha recentemente emanato le “Linee di indirizzo per la qualificazione della risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza e dei percorsi di cura residenziale e semiresidenziale” (DGR 9 novembre 2015, n. 1063)
- La Regione Emilia Romagna, nel febbraio 2017, ha diffuso le Raccomandazioni Regionali “Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti” che, per il ricovero, riprendono le indicazioni delle linee guida del Regno Unito (2007) sopra riportate.

## 5. Qualità e appropriatezza degli interventi per l'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva.

La qualità degli interventi rappresenta elemento fondamentale della risposta, ed implica la sfida di adattare a livello locale le indicazioni provenienti dalle evidenze scientifiche e dalle Linee Guida internazionali, così da consentire maggiore appropriatezza dei trattamenti, avvicinando la pratica clinica alle migliori evidenze di efficacia e garantendo il protagonismo degli utenti e delle famiglie nelle scelte di cura e tempestività di intervento.

Numerosi sono i riferimenti in letteratura al riguardo, ed in particolare è ampiamente condiviso che gli interventi devono orientarsi secondo gli elementi descritti in tabella 4 e con gli obiettivi indicati in tabella 5.

**Tab. 4 Elementi che caratterizzano la qualità in salute mentale in età evolutiva (IACAPAP 2015) <sup>20</sup>**

Dimension of quality in healthcare	
<b>Safety</b>	<i>Reducing harm from care</i>
<b>Effectiveness</b>	<i>Increasing the alignment between scientific evidence and practice reducing both underuse of effective practices and overuse of ineffective ones</i>
<b>Patient- centeredness</b>	<i>Offering patients and their loved ones more control, choice, self-efficacy, and individualization of care</i>
<b>Timeliness</b>	<i>Reducing delays that are not instrumental, intended, or informative</i>
<b>Efficiency</b>	<i>Reducing waste in all its forms; and ,</i>
<b>Equity</b>	<i>Closing racial and socioeconomic gaps in quality, access, and health outcomes.</i>

Più nello specifico, la valutazione da eseguire nei casi di urgenza psichiatrica deve garantire alcuni punti (vedi tabella 5) che, oltre all'inquadramento diagnostico ed alla valutazione del rischio, hanno l'obiettivo di individuare i punti di forza individuali ed ambientali e gli obiettivi del trattamento, elementi questi fondamentali per poter stabilire se un ricovero ospedaliero sia indispensabile, e per contribuire alla tempestiva costruzione di un percorso di trattamento in rete con il territorio.

<sup>20</sup> Fung D, Chern CM, Fang TZT. Clinical quality and patient safety in child and adolescent mental health. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

**Tab. 5 Obiettivi della valutazione nelle Urgenze psichiatriche in età evolutiva** <sup>21</sup>

Goals of emergency assessment	
1	<i>Determine if the patient is at imminent risk of harm to self or others</i>
2	<i>Establish the presence of one or more psychiatric disorder(s)</i>
3	<i>Elicit the factors that may have caused or contributed to the initiation of these problems and to their persistence (genetic, developmental, familial, social, medical)</i>
4	<i>Evaluate patients' normal level of functioning and the extent this has been impaired by the illness</i>
5	<i>Identify areas of strength as well as potential supports within the family and the wider social environment</i>
6	<i>Identify target problems for treatment and determine if inpatient psychiatric hospitalization is needed</i>

E' importante sottolineare che interventi inadeguati (per tipologia o logistica, es. strutture di Pediatria generale, di Psichiatria generale quali l'SPDC o di medicina interna), anche se rapidi, possono risultare inefficaci e causare scarsa aderenza al trattamento, ricadute di malattia, sviluppo di comorbidità complesse o resistenza agli interventi terapeutici, stigma sociale, compromissione del funzionamento sociale e lavorativo anche in età adulta con elevati costi umani, sociali ed economici

## 6. Raccomandazioni operative

Alla luce delle evidenze scientifiche e delle principali aree di bisogni di salute inevasi, appare necessario delineare alcune raccomandazioni operative che possano supportare le realtà locali nel migliorare progressivamente l'appropriatezza delle risposte ai disturbi psichiatrici in età evolutiva:

### Raccomandazione 1:

**La gestione di base dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva deve poter avvenire in modo omogeneo ed appropriato nell'ambito di tutta la rete dell'emergenza-urgenza**

Le risposte del servizio sanitario ai bisogni di salute degli utenti devono garantire il principio di equifruibilità. Come tutti gli utenti con un problema di salute acuto, anche gli utenti con acuzie psichiatrica in età evolutiva e le loro famiglie devono poter ricevere, in qualunque punto della rete dell'emergenza-urgenza, un approccio pianificato per la prima gestione dei disturbi che presentano.

### Raccomandazione 2:

**Nei PS/DEA deve essere messo in atto un triage appropriato per i minorenni con acuzie psichiatrica**

Nel triage, l'attribuzione di un codice colore classifica la gravità della situazione in atto, consentendo all'infermiere esperto di attivare percorsi diagnostico-terapeutici più appropriato. Si tratta di un ausilio importante per il percorso di cura<sup>22</sup>, perché consente di modulare in modo maggiormente appropriato il tempo di attesa e la tempestività e specificità della risposta, ma ancora poco diffuso sia nell'ambito della psichiatria degli adulti che ancor più in età evolutiva.

Nel caso dell'acuzie psichiatrica, l'attribuzione del codice è basata sui segni e sintomi presentati dal paziente all'ingresso in PS/DEA e sui dati emersi dalla prima raccolta anamnestica. Un esempio può essere rappresentato dalla classificazione di Rosenn<sup>23</sup> ripresa da Edelshonn<sup>24</sup> e parzialmente modificata<sup>25</sup>.

<sup>21</sup> Carandang CG, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S, Child and Adolescent Psychiatric Emergencies In: Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015

<sup>22</sup> Gravel J, Gouin S, Goldman RD, Osmond MH, Fitzpatrick E, Boutis K, Guimont C, Joubert G, Millar K, Curtis S, Sinclair D, Amre D.(2012) *The Canadian Triage and Acuity Scale for children: a prospective multicenter evaluation*. Ann Emerg Med. 60(1):71-7.

<sup>23</sup> Rosenn DW (1984). *Psychiatric emergencies in children and adolescents*. In: Bassuk EL, Birk AW, eds. Emergency Psychiatry: Concepts, Methods, and Practices. New York: Plenum



Tabella 6. Triage nelle acuzie psichiatriche dell'età evolutiva

Triage Psichiatrico	Quadro clinico
Codice Rosso	<p><b><u>Situazioni con potenziale pericolo di vita e rischio per sé e/o per gli altri</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agitazione psicomotoria (APM) estrema</b> (tentato suicidio con grave APM e ideazione suicidaria persistente, psicosi acuta con APM grave, gravi agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta, aggressività, panico, discontrollo degli impulsi ecc);</li> <li>- <b>Grave compromissione delle funzioni vitali e cognitive (es per ingestione di alcol e/o sostanze stupefacenti, o in seguito a tentativo di suicidio, ecc.)</b></li> </ul>
Codice Giallo	<p><b><u>Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agitazione psicomotoria grave/moderata</b> con manifesta aggressività verbale che permane anche in PS, irrequietezza fisica, gestualità accentuata (es. crisi maniacale grave, disturbo esplosivo della personalità, crisi psicotica acuta, attacco di panico con grave agitazione, intensa angoscia, vittime di traumi fisici e psichici ecc.)</li> <li>- <b>Recente violenza verso sé o altri e/o pregressi accessi in PS per comportamenti violenti</b> (es. tentativi di suicidio o atti auto lesivi senza ideazione suicidaria persistente)</li> <li>- <b>Quadri clinici a rilevante componente organica, secondaria a disturbi o traumatismi psichici gravi</b> (disturbo della condotta alimentare con grave decadimento delle condizioni cliniche generali, sintomi psichiatrici rilevanti in grave abuso fisico/sessuale o trascuratezza estrema ecc.)</li> </ul> <p><b><u>Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Pazienti in genere sufficientemente collaboranti</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Episodio psicotico acuto</b> senza agitazione;</li> <li>- <b>Episodio depressivo</b> con ideazione suicidaria con paziente collaborante alla valutazione;</li> </ul>
Codice Verde	<p><b><u>Situazioni che necessitano di pronto riconoscimento ma che non richiedono un intervento immediato</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Disturbi psichiatrici minori con/ senza agitazione lieve</b> (es. stato di ansia, somatizzazioni, attacchi di panico) in particolare se con anamnesi psichiatrica nota quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri.</li> <li>- <b>Sospetto disturbo somatoforme</b></li> </ul> <p>(es. pz con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati)</p>
Codice Bianco	<p><b><u>Difficoltà psicosociali con disturbo psichico non grave ma senza caratteristiche di emergenza, situazioni in cui il motivo della richiesta sembra essere legato ad una richiesta di aiuto.</u></b></p> <p><i>L'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture ipotizzate in grado di rispondere ("falso allarme").</i></p>

<sup>24</sup> Edelshon GA (2006) *Psychiatric Emergencies in Adolescents*, Adolesc Med 17:183-204

<sup>25</sup> PDTA acuzie psichiatrica in adolescenza nell'ambito del documento "Linee Operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile", Regione Lombardia, GAT, 2013

### Raccomandazione 3:

L'acquisizione del consenso dei genitori/tutori e dell'assenso dell'utente rappresentano elemento fondamentale del percorso di cura. I trattamenti senza consenso possono avvenire solo nell'ambito di quanto previsto dalla legge.

#### a. Consenso alle cure

Nei casi di acuzie psichiatrica in adolescenza, l'avvio di un percorso di cura rappresenta un intervento che va al di là della gestione ordinaria. Trattandosi di un minorenne, è richiesta l'autorizzazione di entrambi i genitori, oltre, naturalmente, al coinvolgimento dell'interessato, del quale deve sempre essere ricercato l'assenso<sup>26, 27</sup>.

Si possono configurare le seguenti situazioni particolari

##### · Presenza di un solo genitore

L'art. 317 comma 1 c.c. prevede che, in caso di impedimento (lontananza, incapacità naturale, etc.) di un genitore, la potestà genitoriale sia esercitata dall'altro. Occorre valutare l'urgenza dell'atto sanitario ed i tempi necessari per fare intervenire l'altro genitore. Il genitore presente, sotto la sua responsabilità, si impegna a informare l'altro.

##### · Presenza di adulti esercenti la potestà genitoriale o di soggetti che ne fanno le veci

(es. ente affidatario, tutore)

E' necessario acquisire il consenso di chi esercita la potestà genitoriale o è stato formalmente delegato alle decisioni di cura; in quest'ultimo caso, i genitori in genere devono comunque essere informati dallo stesso. Nel caso di ragazzi inseriti in comunità educative o terapeutiche, va innanzitutto verificato se l'esercizio delle decisioni di cura sia stato posto in capo all'ente affidatario o se sia stato nominato un tutore a cui richiedere il necessario consenso.

##### · Minore accompagnato da adulti sotto la cui responsabilità è stato posto il minore, ma non formalmente delegati alle decisioni di cura (es. insegnanti, parenti ecc...)

E' necessario il consenso dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale o è stato formalmente delegato alle decisioni di cura, che vanno tempestivamente rintracciati.

##### · Minore solo

E' necessario il consenso dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale o è stato formalmente delegato alle decisioni di cura, che vanno tempestivamente rintracciati. Nel caso il minorenne si presenti solo ed i genitori siano irrintracciabili perché in luoghi dove non vi è possibilità di contattarli (es minori stranieri non accompagnati) o non siano in condizioni di dare il proprio assenso o deceduti (es incidente stradale o altro) o comunque si applichino le condizioni ex art 403 c.c. (Stato di abbandono):

- si constata lo stato di abbandono
- si ricerca assenso (almeno) con minori capaci di discernimento
- si procede all'atto sanitario
- si segnala alla procura del Tribunale per i Minorenni che si sta procedendo a un atto sanitario con minorenne in stato di abbandono

<sup>26</sup> "Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità". (Consiglio di Europa: Convenzione di Oviedo, 1997).

<sup>27</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (09/038/CR/C7): Raccomandazioni in merito all'applicazioni di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale - art. 33-34-35 legge 23 dicembre 1978 n° 833: "[...] è dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l'assenso / dissenso del minore e, quando sia "idoneo all'assunzione di responsabilità", tentare di "tenere conto" della sua volontà". Infatti: "Il consenso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e di volere (capacità naturale), accordabile anche all'infradiciottenne. [...] appare opportuno parlare di "assenso / dissenso" del minore "maturo" alle cure e non di consenso."

## · Stato di necessità

Lo stato di necessità viene affrontato dall'art. 39 del Codice Deontologico, che impone l'intervento medico, "sia in casi di necessità e di urgenza, sia nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria", ed in tale situazione, secondo il CP (art. 54) "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona..." Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente, soprattutto se minore, o di terzi, è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni e non differibili, eventualmente attivando le altre agenzie dell'emergenza, sia sanitaria che delle forze dell'ordine. Si configura, in quest'ultimo caso, il sostegno all'opera di soccorso.

**Tabella 7. Consenso alle cure**

	Situazione	Consenso dei Genitori	Procedura
<b>a.</b>	<i>Stato di necessità</i>	<i>Non necessario</i>	<i>Il sanitario comunque avvisa il prima possibile i genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale</i>
<b>b.</b>	<i>Presenza di entrambi i genitori o di adulti che esercitano la responsabilità genitoriale</i>	<i>Necessario</i>	<i>Se chi esercita la responsabilità genitoriale non è il genitore, deve comunque provvedere poi ad informare i genitori, salvo situazioni particolari in cui non è previsto</i>
<b>c.</b>	<i>Presenza di un solo genitore</i>	<i>Necessario</i>	<i>Il genitore (o eventualmente il sanitario) avvisa l'altro genitore ed acquisisce anche il suo consenso</i>
<b>d.</b>	<i>Presenza di adulto non esercente la responsabilità genitoriale o di minore solo</i>	<i>Necessario</i>	<i>Consenso di chi esercita la responsabilità genitoriale, salvo modificazioni cliniche che conducano allo stato di necessità o presenza delle condizioni di cui all'art 403 c.c.</i>

## **b. Accertamenti e trattamenti in assenza di consenso: Procedure ASO e TSO**

Nelle situazioni di acuzie psichiatrica può avvenire che gli esercenti la responsabilità genitoriale e/o il minore non diano il proprio consenso alle cure.

Gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in età evolutiva si collocano in un quadro normativo particolarmente complesso. Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78, che evidenziano come il ricovero possa essere attivato nella forma del TSO "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere", non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure e luoghi degli adulti, dall'altro non può essere trascurato il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e le specificità relative al consenso riguardante i minori.

Il tema è affrontato esplicitamente per la prima volta e in modo molto dettagliato nel Documento "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2009.

In sintesi:

a) il soggetto in età evolutiva va considerato, per quanto riguarda i trattamenti che lo riguardano, alla luce del concetto di minore “maturo”, dotato di *capacità naturale* di intendere e volere e come tale di dare assenso/dissenso alle cure, per quanto il consenso da parte del minore non sia giuridicamente necessario. Tali principi valgono anche per i soggetti affetti da grave patologia: vanno infatti considerate le capacità anche parziali e modulata la negoziazione dell’assenso su di esse. Il parere dei genitori non può semplicemente prevalere sul minore e il medico dovrebbe essere garante del diritto di autodeterminazione del soggetto, ricorrendo al Giudice Tutelare ogni qual volta sia opportuno un garante esterno.

b) I genitori hanno l’obbligo di tutelare la salute del minore, pertanto “*L’operatore sanitario, qualora percepisca l’esistenza di un severo pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l’effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è tenuto a darne segnalazione all’autorità competente per i minori (il Tribunale per i Minorenni)*”. Il Tribunale per i Minorenni “*riveste il ruolo di riserva esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il Giudice minorile incarna una figura autorevole e neutrale, il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l’equipe curante*”.

c) Nel momento in cui il minore non acconsente alle cure, pur a fronte di un consenso dei genitori, andrebbero attivate le medesime procedure previste per il TSO dell’adulto.

Sul piano pratico, il documento della Conferenza delle Regioni evidenzia come in ambito neuropsichiatrico infantile si possano porre cinque diverse situazioni (tabella 8)

**E’ sempre necessario che, oltre ad esservi un severo pregiudizio per la salute del minore, siano stati precedentemente messi in atto tutti i possibili tentativi per ottenere il consenso dei genitori e l’assenso del minore.**

**Tabella 8. Procedure ASO e TSO in età evolutiva<sup>28</sup>**

	<b>Minore “maturo”</b>	<b>Genitori</b>	<b>Procedura</b>
<b>a.</b>	<i>Assenso</i>	<i>Consenso</i>	<i>Si procede direttamente</i>
<b>b.</b>	<i>Assenso</i>	<i>Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori</i>	<i>Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni</i>
<b>c.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori</i>	<i>Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni oppure ASO/TSO ospedaliero</i>
<b>d.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante</i>	<i>ASO/TSO ospedaliero</i>
<b>e.</b>	<i>Rifiuto</i>	<i>Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore</i>	<i>Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni</i>

<sup>28</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (09/038/CR/C7): Raccomandazioni in merito all’applicazioni di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale - art. 33-34-35 legge 23 dicembre 1978 n° 8 33

#### Raccomandazione 4:

**Il percorso in PS/DEA deve poter condurre alla stabilizzazione del quadro clinico, indipendentemente dal punto di accesso e dalla presenza dello specialista NPIA**

La stabilizzazione del quadro clinico è indispensabile per poter individuare il successivo piano di cura più appropriato. Nella maggior parte dei PS/DEA la figura dello specialista NPIA, pur essendo auspicabile, non è presente né prevista, e diviene pertanto necessario fare fronte alla emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva con le risorse disponibili. Esistono flowchart specifiche che possono essere adattate alle singole realtà locali recependole in specifici protocolli e procedure<sup>29,30</sup> condivise intraaziendali e interaziendali tra tutte le UO coinvolte nella gestione della emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza (servizi di NPIA, PS/DEA, UO pediatria, UO psichiatria, rianimazione, dipartimento dipendenze, area consultoriale, Direzione Sanitaria, Direzione servizi infermieristici e tecnici, ecc). Particolarmente importante è lo sviluppo di iniziative formative e di aggiornamento mirate e integrate tra le diverse UO.

#### Raccomandazione 5:

**Gli adolescenti con acuzie psichiatriche che necessitano di un ricovero ospedaliero devono poterne usufruire, e il ricovero deve poter avvenire in contesti appropriati per età e specificità clinica**

Sebbene sia fondamentale evitare ogni qual volta sia possibile il ricorso all'ospedalizzazione e mantenere la persona nel suo ambiente di vita, alcune patologie neuropsichiatriche in età evolutiva (specie in adolescenza) costituiscono delle vere e proprie emergenze **mediche** con pericolo di vita immediato per il paziente e per chi gli sia vicino (ideazione suicidaria, psicosi, etc.), ed in particolare:

- a. **gravi patologie neuropsichiatriche acute** (ideazione o tentativi di auto-soppressione [**suicidio**] e comportamento bizzarro verosimilmente dovuto ad alterazioni logico-formali e/o di contenuto del pensiero [**psicosi**]) che richiedano assistenza continua, in cui il mancato intervento provoca conseguenze catastrofiche.
- b. situazioni in cui **aggressività, comportamento oppositivo provocatorio, traumi**, disturbi d'ansia e dell'umore, traumi e abuso, reazioni di adattamento a stress psico-sociali acuti compromettano in maniera significativa il funzionamento psichico e sociale dei minori e delle loro famiglie.
- c. situazioni in cui la patologia neuropsichiatrica comporti **gravi ripercussioni dello stato di salute generale fino al rischio di vita**, quali i gravi disturbi dell'alimentazione (es. **Anoressia nervosa** in scompenso acuto).

Una classificazione delle emergenze psichiatriche adolescenziali<sup>31</sup>, propone quattro classi di gravità in uscita dal DEA, descritte in tabella 9. Esse sono utili per la definizione della opportunità di ricovero, che è sempre indicato nelle situazioni di classe I e di classe II, fatto salvo in queste ultime quando vi siano situazioni ambientali particolarmente favorevoli e in grado di garantire il livello di supporto e contenimento necessario al paziente.

<sup>29</sup> McCaskill M.E., Durheim E., Managing adolescent behavioural and mental health problems in the Emergency Department, *J. Ped. Clin. Health* 52 (2016) 241-245.

<sup>30</sup> Allegato B, "Linee Operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile", Regione Lombardia, GAT, 2013

<sup>31</sup> ibidem

**Tabella 9. Classi di gravità in uscita dal P.S.**

Classe di gravità	Quadri clinici
<p><b>Classe I</b></p>	<p><b>Situazioni di elevato pericolo di vita per sé e/o per gli altri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grave rischio suicidario</li> <li>- Grave rischio di agiti violenti e /o di agitazione psicomotoria</li> <li>- Psicosi acuta con deliri e allucinazioni uditive di comando</li> <li>- Disturbo del comportamento alimentare con importante compromissione medica</li> </ul>
<p><b>Classe II</b></p>	<p><b>Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideazione suicidaria senza pianificazione e con adesione al contratto</li> <li>- Rischio autolesivo</li> <li>- Disturbo dell'umore grave</li> <li>- Disturbo del comportamento grave</li> <li>- Sintomi psichiatrici rilevanti in abuso fisico/sexuale e/o traumi.</li> </ul> <p><i>il livello di collaborazione dei pazienti e dell'ambiente e la presenza o meno di una presa in carico specialistica pregressa sono elementi rilevanti per la definizione del percorso di cura e della necessità o meno del ricovero</i></p>
<p><b>Classe III</b></p>	<p><b>Situazioni che necessitano di adeguato percorso diagnostico-terapeutico, ma non di intervento immediato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disturbi psichiatrici minori, in particolare se con anamnesi psichiatrica nota quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri.</li> <li>- Disturbo somatoforme (es. pz con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati).</li> <li>- Abuso di sostanze occasionale in assenza di sintomatologia psichiatrica persistente</li> </ul>
<p><b>Classe IV</b></p>	<p><b>Difficoltà psicosociali con eventuale disturbo psichico lieve</b></p>

Se una persona in età evolutiva con disturbo psichiatrico acuto necessita di un ricovero in ambiente ospedaliero, questo deve rispondere ad un setting appropriato all'età e al livello di sviluppo dell'utente<sup>32</sup>, e deve poter offrire un ventaglio di interventi specifici, comprendenti: attività educative e psicologiche, trattamento farmacologico, terapie individuali e di gruppo, supporto per le famiglie.

**Il luogo appropriato per il ricovero di disturbi psichiatrici gravi in età evolutiva è il reparto di degenza di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza**, e pertanto è indispensabile che la dotazione di posti letto di ricovero ordinario di NPIA venga gradualmente incrementata per giungere a garantire il ricovero in NPIA a tutti gli utenti con disturbi psichiatrici gravi e/o acuti che ne abbiano necessità.

Nelle more di tale progressivo incremento e nel caso di impossibilità di ricovero in NPIA per insufficienza di posti disponibili, il ricovero presso reparti di pediatria o di psichiatria adulti richiede la condivisione di specifiche procedure tra tutte le UO coinvolte, la messa in atto di adeguate modificazioni clinico-organizzative e di percorsi formativi mirati<sup>33</sup> secondo quanto esemplificato in tabella 10 e 11.

<sup>32</sup> Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. *Department of Health (England) and the devolved administrations (2007)*

<sup>33</sup> Allegati B e C, "Linee Operative integrate relativamente al trattamento dei disturbi psichici nella fase di transizione all'età giovanile", Regione Lombardia, GAT, 2013

**Tabella 10. Criteri e requisiti per il ricovero in SPDC**

Criteri	Ricovero in SPDC
<b>Criteri per il ricovero in SPDC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. assenza di posto letto disponibile in degenza NPIA</li> <li>b. Classe di gravità I o eventualmente II all'uscita dal PS ed in particolare                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicosi Acute</li> <li>▪ Gravi comportamenti autolesionistici</li> <li>▪ Gravi comportamenti etero aggressivi/violenti</li> <li>▪ Tentativi di suicidio con perdurante rischio di ideazione e di comportamento parasuicidari</li> </ul> </li> <li>c. Età superiore a 16 anni</li> </ul>
<b>Criteri di dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Stabilizzazione della condizione acuta che ha richiesto il ricovero e strutturazione di appropriato progetto di cura</li> <li>b. Situazione ambientale compatibile con la dimissione</li> <li>c. Appuntamento fissato presso la UONPIA</li> <li>d. In alternativa, necessità di trasferimento presso reparto NPIA</li> </ul>

**Tabella 11. Criteri e requisiti per il ricovero in Pediatria**

Criteri	Ricovero in Pediatria
<b>Criteri per il ricovero in Pediatria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. assenza di posto letto disponibile in degenza NPIA</li> <li>b. Classe II , o eventualmente III, all'uscita dal PS, ed in particolare:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tentativi di suicidio o atti auto lesivi senza ideazione suicidaria persistente</li> <li>▪ disturbi del comportamento alimentare che richiedano ricovero</li> </ul> </li> </ul>
<b>Criteri di dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Strutturazione di appropriato progetto per il proseguimento della cura</li> <li>b. Situazione ambientale compatibile con la dimissione</li> <li>c. Appuntamento fissato presso la UONPIA</li> </ul>
<b>Elementi necessari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Raccordo con UONPIA e gestione congiunta nel corso del ricovero per i codici gialli ; consulenza per i codici verdi</li> <li>b. spazio sufficientemente appartato dal resto del reparto ma agevolmente monitorabile</li> <li>c. stanza singola o doppia, in cui possano essere ospitati anche genitori o educatori</li> <li>d. adeguata sicurezza ambientale</li> <li>e. presenza di attività educative o didattiche adeguate</li> <li>f. Presenza quando necessario di risorse aggiuntive infermieristiche o educative, specificamente dedicate e formate</li> <li>g. Presenza di specifiche procedure concordate per la gestione di situazioni di abuso o maltrattamento</li> <li>h. Presenza di specifiche procedure per la gestione del rischio aggressivo</li> <li>i. Formazione mirata del personale</li> </ul>



## Raccomandazione 6:

### Nell'ambito dei percorsi per acuzie psichiatrica in età evolutiva, deve essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio

L'obiettivo finale dell'intervento ospedaliero nelle acuzie è costituito da una adeguata presa in cura territoriale, mirata anche alla prevenzione di ulteriori accessi in PS/DEA o ricoveri, e orientata al miglioramento della salute mentale dell'utente, della sua qualità di vita e di quella della sua famiglia.

Un elemento di elevata criticità è rappresentato dalla *Dimissione ospedaliera* e dal periodo immediatamente successivo ad essa, data la complessità delle condizioni cliniche. La dimissione dal PS/DEA, dal ricovero in NPIA e ancor più dal ricovero avvenuto in altri reparti per l'assenza di posti in NPIA rappresenta una transizione istituzionale di pazienti particolarmente "difficili" e pertanto molto delicata nel processo di *Passaggio di consegne (Handover)* (Regione Toscana, 2015) che può di per sé stessa rappresentare un Rischio Clinico se non ben programmata ed organizzata.

**Tab. 12 . Dimissione "sicura" (Handover)**

Dimissione "sicura"	
<b>Definizione</b>	<i>L'insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dal setting di cura ospedaliero a quello territoriale o ad altro setting (ad esempio servizio territoriale, centro diurno terapeutico o comunità terapeutica per adolescenti)</i>
<b>Destinatari</b>	<i>Soggetti in condizioni di precaria stabilità clinica, significativo rischio di ricaduta con necessità di monitoraggio (es. psicofarmacologico), con attento passaggio di consegne, ricognizione e riconciliazione della cura (ad es. nel caso di tentativi di suicidio ed altre condotte autolesive, uso di sostanze, scompensi psicotici, comportamenti aggressivi e/o impulsivi, fughe) soprattutto se associati a situazioni familiari multiproblematiche e gravemente carenti di risorse.</i>

I rischi di un trasferimento non coordinato e non pianificato possono comportare un "nuovo" ricovero e il ricorso improprio alle prestazioni in PS/DEA per scompensi e ricadute (indicatori importanti per la qualità dell'intervento).

In base ai criteri di gravità in uscita dal PS/DEA, la dimissione può avvenire direttamente (classi di gravità III o IV) o dopo un episodio di ricovero ordinario (classi di gravità I o II). In tutti i casi, l'utente e la sua famiglia devono avere un chiaro punto di riferimento per il proseguimento delle cure, e preferibilmente un appuntamento per la continuità post dimissione (indispensabile nelle situazioni di classe I e II).

E' sempre opportuno che l'accesso al PS/DEA, e il ricovero che potrebbe seguire all'episodio di acuzie non rappresentino una semplice soluzione di emergenza, ma costituiscano il momento in cui diviene possibile attivare (se non lo è già stata) tutta la filiera dei Servizi. (Tab. 13).



**Tab. 13 . Sinergie Ospedale - Territorio**

Classe di gravità	Sinergie Ospedale – Territorio
Classe I	<i>Intervento clinico di contenimento della situazione, ricovero in NPIA. Attivazione tempestiva del raccordo con il servizio di NPIA territoriale, dimissione con appuntamento già fissato nel servizio territoriale</i>
Classe II	<i>Intervento clinico di contenimento della situazione, valutazione della necessità di ricovero in NPIA in base al quadro clinico e alla situazione familiare ed ambientale, inclusa la presenza di eventuali figure di supporto. Attivazione tempestiva del raccordo con il servizio di NPIA territoriale, dimissione con appuntamento già fissato nel servizio territoriale</i>
Classe III	<i>Dimissioni ed invio al servizio territoriale di NPIA</i>
Classe IV	<i>Dimissioni ed invio ai servizi territoriali più opportuni</i>

**Raccomandazione 7:**

**Nelle situazioni di sub-acuzie, pre acuzie e post acuzie psichiatrica in età evolutiva deve essere garantito un percorso di presa in carico appropriato per intensità e specificità**

Il percorso assistenziale deve poter prevedere l'attivazione di risposte con *livelli di intensità assistenziale differenziati* erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (*criterio dell'appropriatezza clinica*) nonché con la capacità di potervi accedere (*criterio della compatibilità clinica*), da parte dei minori a cui esse sono destinate<sup>34</sup>. Prevede la formulazione di un **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** da parte del Servizio territoriale di NPIA.

La individuazione dei livelli assistenziali differenziati deve tener conto dei seguenti fattori:

- gravità e tipologia del disturbo ;
- contesti socio-familiari ;
- fasi evolutive.

In particolare deve poter essere possibile accedere a trattamenti territoriali adeguatamente intensivi e/o a interventi semiresidenziali terapeutici, eventualmente anche a interventi domiciliari, ed ove tali trattamenti non siano sufficienti il percorso di cura deve poter prevedere la possibilità di interventi residenziali terapeutici secondo quanto indicato dal documento di accordo Stato Regioni n 138/2014<sup>35</sup>.

Il PTI deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari (sulla base di strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, C-GAS, ICF, WHODAS), le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica nonché punti di forza e criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre riportare i trattamenti farmacologici utilizzati e i risultati ottenuti. Deve essere riportato l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso.

Il PTI deve contenere la sottoscrizione di un accordo di cura con il minore, con la partecipazione della famiglia, che è partner attivo, e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento e il coinvolgimento attivo e partecipato della

<sup>34</sup> Documento di intesa Stato Regioni n.138/CU 13 novembre 2014 "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e l'adolescenza"

<sup>35</sup> Documento di intesa Stato Regioni n.138/CU 13 novembre 2014 "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e l'adolescenza"

famiglia e della scuola e l'intervento in rete con i contesti (educativo e sociale). Nel PTI sono inoltre contenuti obiettivi, durata del programma, verifiche periodiche, aggiornamento dell'andamento, verifica e modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

In caso si ritenga necessaria l'attivazione di **Percorsi semiresidenziali o residenziali**, gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e semiresidenziale e sul livello assistenziale e tutelare che insieme identificano la tipologia di supporto necessario. In base a ciò l'équipe della struttura semiresidenziale o residenziale elabora, in accordo con il responsabile del PTI, un **Programma terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI)** .

In particolare, ove necessario devono poter essere garantiti anche percorsi residenziali terapeutici per la post – acuzie, secondo quanto previsto dal già citato documento di accordo stato-regioni.