

Procedura Aziendale
Gestione dei pazienti minorenni con
sintomatologia psichiatrica in Pronto
Soccorso

**GESTIONE DEI PAZIENTI MINORENNI CON
SINTOMATOLOGIA PSICHIATRICA
IN PRONTO SOCCORSO**

Procedura Aziendale

Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 2 di 6

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Nome Cognome	Data	Funzione	Nome Cognome	Data	Funzione	Nome Cognome
--/--/----	Responsabile UOSD Neuropsichiatria Infantile	Chiara Caucci	--/--/----	Direttore Dipartimento Salute Mentale	Domenico De Berardis	--/--/----	Direttore Generale	Maurizio Di Giosia
	Dirigente Medico UOC Pronto Soccorso e OBI PO Teramo	Manola Cerquone Perpetuini		Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza	Anna Rita Gabriele			
	Responsabile UOS SPDC PO Teramo	Gabriella Rapini		Direttore Dipartimento Materno Infantile	Antonio Sisto			
	Dirigente Medico UOC Pediatria PO Teramo	Marisa Zaccagnini		Direttore Dipartimento Prevenzione	Ercole D'Annunzio			
	Direttore UOC Servizio 118	Silvio Santicchia						
	CPSI UOS Gestione Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Cinzia Di Francesco						
	Direttore UOC Centro Salute Mentale Teramo	Ida Potena						
	ICO Dipartimento Salute Mentale	Graziella Cordone						
	Dirigente Medico UOSD Neuropsichiatria Infantile	Raffaella Della Cagna						

*Procedura Aziendale
Gestione dei pazienti minorenni con
sintomatologia psichiatrica in Pronto
Soccorso*

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 3 di 6

ELENCO DELLE REVISIONI

Paragrafo	Descrizione Modifica	Rev. N.	Data Rev.

*Procedura Aziendale
Gestione dei pazienti minorenni con
sintomatologia psichiatrica in Pronto
Soccorso*

Documento:


Revisione n.:

Data:

pag. 4 di 17

INDICE

1. PREMESSA	pag. 5
2. SCOPO	pag. 5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag.5
4. GLOSSARIO/ABBREVIAZIONI	pag. 5
5. RESPONSABILITÀ	pag. 6
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag.6
7. MODALITA' OPERATIVE	pag.6
7.1 Gestione in emergenza — urgenza dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva	pag. 6
7.2 Consenso alle cure	pag. 8
7.3 Gestione dell'agitazione/aggressività acuta	pag.9
8. DIMISSIONE OSPEDALIERA	pag. 10
9.ALLEGATI	pag. 11

	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 5 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

1. PREMESSA

Le urgenze psichiatriche in età evolutiva sono eventi spesso drammatici che coinvolgono il paziente e la sua famiglia, e necessitano di risposte appropriate ed efficaci.

I concetti di URGENZA e di EMERGENZA fanno diretto riferimento alla necessità prioritaria di un intervento teso alla risoluzione dello stato comportamentale.

Entrambi sono indicativi di una situazione imprevista che richiede una risposta tempestiva; essi si pongono come eventi che non sono ancora nella storia dell'individuo in quanto rappresentano una "frattura" rispetto ai livelli di funzionamento precedenti.

L'URGENZA è fortemente connotata dalla valenza temporale di una richiesta di intervento in cui atti diagnostici/terapeutici dovrebbero essere immediati. Il dato clinico è realmente grave e determinante. 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. Sempre più spesso l'acuzie rappresenta per gli adolescenti una modalità di accesso ai servizi sanitari.

L'EMERGENZA è fortemente connotata da una valenza situazionale di una richiesta di intervento in cui atti più strettamente diagnostici/terapeutici non possono essere rinviati. Il dato clinico è strettamente interconnesso ad un dato ambientale imprevisto ed incontrollabile (che oltrepassa le necessità diagnostiche-terapeutiche specifiche) ma che è determinante nella genesi della acuzie del disturbo.

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

L'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e la Pediatria di Teramo hanno registrato negli ultimi anni un incremento delle richieste di accesso al Pronto Soccorso per acuzie psichiatriche in età evolutiva.

È stata rilevata, pertanto, la necessità di stilare una procedura aziendale per delineare il giusto percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del minore con patologie psichiatriche anche in ottemperanza al PDTA Paziente pediatrico in pronto soccorso-Regione Abruzzo- DGR 480 del 5/08/2020.

2. SCOPO


Scopo del presente documento, è quello di delineare linee di indirizzo clinico - organizzative di riferimento per operatori, familiari e utenti, che consentano una più appropriata gestione delle acuzie psichiatriche nel paziente minore ed ha anche l'obiettivo di fornire Raccomandazioni per buone pratiche per la sicurezza del paziente.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata da tutto il personale delle Strutture Sanitarie della ASL coinvolto nel processo di cura dei pazienti minori con sintomatologia psichiatrica.

4. GLOSSARIO/ABBREVIAZIONI

NPIA: Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza

	Procedura Aziendale Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso	Documento: Revisione n.: Data: <p style="text-align: right;">pag. 6 di 17</p>
Unità di Gestione del Rischio Clinico		

PS/DEA: Pronto Soccorso/Dipartimento Emergenza e Accettazione

CO118: Centrale Operativa 118

DSM: Dipartimento Salute Mentale

SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

5. RESPONSABILITA'

Medico di Pronto Soccorso, Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Pediatra, Medico dell'Emergenza Territoriale, Direzione Medica di Presidio e ICO dei Dipartimenti di competenza.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Et  Evolutiva: S. Costa, R. Farruggia, F. Guccione-2018
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 4 /CU del 24/01/2013.
- Autorit  Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e di proposta del 21/12/2017.
- Farruggia R, Costa S. *La situazione organizzativa dei Servizi di NPIA in risposta all'urgenza-emergenza psichiatrica in Et  Evolutiva in Italia: dati preliminari*. Giornale di Neuropsichiatria dell'Et  Evolutiva 2016
- PDTA paziente pediatrico in pronto soccorso-Regione Abruzzo- DGR 480 del 5/08/2020

7. MODALITA' OPERATIVE

7.1 Gestione in emergenza — urgenza dell'acuzie psichiatrica nel minore

7.2 Consenso alle cure nel minore


7.3 Gestione dell'agitazione/aggressivit  acuta nel minore

7.1 GESTIONE IN EMERGENZA — URGENZA DELL'ACUZIE PSICHIATRICA NEL MINORE

Attivit  di Triage e Valutazione del Medico di Pronto Soccorso:

L'eterogeneit  delle manifestazioni cliniche dei disturbi psichiatrici in et  pediatrica impone una valutazione attenta dei sintomi presentati dal paziente e l'attivazione di un idoneo percorso diagnostico e di intervento, realizzabile in base alle condizioni del soggetto.

Tutti i pazienti minori con sintomatologia psichiatrica sia gestiti direttamente dal servizio 118 sia quelli giunti al Pronto Soccorso di uno Spoke periferico in autopresentazione, dovranno essere centralizzati presso l'Hub di Teramo.

	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 7 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

Nel caso in cui sia presente grave agitazione psicomotoria, prima della centralizzazione il medico di Pronto Soccorso potrà richiedere la consulenza dello Psichiatra competente territorialmente CSM Terre del Cerrano ore 08.00 – 20.00 dal lunedì al venerdì, 08.00 – 14.00 il sabato; CSM S. Egidio alla Vibrata 08.00 – 18.00 dal lunedì al venerdì, 08.00 – 14.00 il sabato; Giulianova effettua normali servizi di consulenza diurna, notturna e festivi.

La centralizzazione sarà effettuata per mezzo di trasporto secondario urgente. Lo specialista valuterà l'eventuale necessità di accompagnamento da parte dello Psichiatra dell'età adulta o del Neuropsichiatra Infantile.

Il triagista, all'ingresso del paziente in PS/DEA, attribuirà un codice sulla base dei sintomi e delle condizioni presentate dal paziente e sui dati emersi dalla prima raccolta anamnestica (ALLEGATO A - scheda triage specifica).

Nella valutazione e nell'assegnazione del codice di priorità dovrà prendere in considerazione ulteriori elementi riferiti anche con la collaborazione dell'eventuale accompagnatore:

- se affetto da patologia già nota e in terapia farmacologica;
- se ha assunto alcool e/o sostanze stupefacenti;
- se ha subito un recente trauma cranico;
- se ha subito abuso fisico o sessuale;
- se sono presenti segni visibili di gesti autolesivi.

Attivazione Consulenza Neuropsichiatrica Infantile, Psichiatrica e Pediatrica

Il medico del PS/DEA responsabile del caso è tenuto a richiedere, dopo inquadramento diagnostico, con il gestionale in uso e telefonicamente, la consulenza del neuropsichiatra infantile (COD. 3677 - Contrada Casalena) o dello psichiatra o del pediatra.

La valutazione da eseguire nei casi di urgenza deve garantire:


- l'inquadramento diagnostico;
- la valutazione del rischio imminente per il paziente o per gli altri;
- la valutazione della gravità (ALLEGATO B);
- il riconoscimento di eventuali fattori che possono aver causato o contribuito all'avvio dei problemi;
- l'identificazione dei problemi target per il trattamento con costruzione di un percorso di cure in rete con il servizio territoriale di NPI;
- la valutazione della necessità di ricovero ospedaliero;
- la valutazione dell'eventuale trasportabilità del paziente previa idonea prescrizione terapeutica.

Ai fini della prescrizione farmacologica in attesa della consulenza i pazienti dovranno preventivamente aver eseguito esami ematochimici, urinari e strumentali (ALLEGATO C).

Tempi del percorso ed operatori coinvolti:

La valutazione diagnostico-terapeutica è di competenza dello specialista NPIA nei soggetti minorenni o dello specialista Psichiatra nei soggetti minorenni con età ≥ 16 anni in assenza del NPIA.

La consulenza NPIA o psichiatrica, in assenza del NPI, in fase acuta nel minore con età < 16 anni, deve essere garantita nel più breve tempo possibile, comunque entro e non oltre le 36 ore, dalla richiesta del responsabile del caso, in rapporto agli orari di attività del servizio NPIA. La valutazione potrà avvenire

 <p>AUSL 4 TERAMO Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data: <i>pag. 8 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

anche mediante teleconsulto con la Struttura con la quale l'Azienda avrà attivato convenzione (ad oggi Bambino Gesù).

Il paziente può essere ubicato nella stanza dedicata NPIA del Pronto Soccorso fino alla disponibilità del posto letto entro le 36 ore. Trascorso tale termine e stabilizzato il paziente potrà essere ricoverato in Pediatria, ovviamente previa consulenza del NPI. Eccezionalmente, non come regola, il paziente potrà essere ricoverato in SPDC.

Nelle more dell'individuazione di una stanza e dell'adeguamento della suddetta nel reparto di Pediatria il paziente verrà trattenuto presso idonea stanza del Pronto Soccorso ma in carico (ricovero) al reparto di Pediatria.

Nei casi di particolare criticità, classe I e II di gravità in uscita dal P.S, saranno attivate in contemporanea le consulenze psichiatrica e pediatrica, quest'ultima ove esistano cause organiche, presso il PS al fine di stabilizzare il quadro clinico in attesa dell'intervento dello specialista NPIA.

Fasi del percorso:

Il consulente NPI/PSI in relazione al quadro clinico del paziente ne deciderà:

- la dimissibilità;
- la dimissibilità in forma protetta con l'invio del paziente alla NPIA, all'apertura del servizio, che ne garantirà la consulenza prioritariamente;
- il ricovero in ambiente ospedaliero, preferibilmente in reparto idoneo di NPIA, secondo le vigenti norme (PDTA Regione Abruzzo n. 480 del 5 agosto 2020), fuori regione se il paziente è in condizioni cliniche stabili;
- ricovero in SPDC o, se presente una componente organica, in idoneo ambiente "protetto" relativamente al quadro clinico, da individuare in ambito ospedaliero nella responsabilità della Direzione Sanitaria di Presidio, fermo restando la successiva consulenza NPIA del paziente.

La ricognizione dei posti letto extraregionali deve essere effettuata dal Bed Manager, se presente, o dal Pronto Soccorso. Il trasporto del paziente verrà organizzato dal servizio 118 che fornirà il mezzo e l'autista. Il paziente verrà accompagnato dall'infermiere del 118 ed un medico, NPI o Psichiatra, se necessario.


Data la mancanza di posti letto di NPIA nella regione Abruzzo, in caso di disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti ma che non possano essere trasferiti in reparti di degenza di NPI, secondo PDTA Regione Abruzzo n. 480 del 5 agosto 2020, è possibile il ricovero in

- **Pediatria** in caso di età < 16 anni giunti in PS/DEA per tentativo di suicidio o atti autolesivi senza ideazione suicidaria persistente o disturbi del comportamento alimentare.
- **SPDC** in caso di età ≥ 16 anni giunti in PS/DEA per psicosi acuta, gravi comportamenti autolesionistici, gravi comportamenti etero-aggressivi/violenti e tentativi di suicidio con perdurante rischio di ideazione anticonservativa.

7.2 CONSENSO ALLE CURE

Nei casi di acuzie psichiatrica in adolescenza, è sempre richiesta l'autorizzazione di entrambi i genitori, oltre naturalmente al coinvolgimento dell'interessato del quale deve essere sempre cercato l'assenso.

Se è presente un solo genitore, l'art. 317 comma 1 c.c. e s. m. e i. prevede che, in caso di impedimento (lontananza, incapacità naturale, ecc) di un genitore, la potestà genitoriale sia esercitata dall'altro. Il genitore presente sotto la sua responsabilità si impegna tuttavia ad informare tempestivamente l'altro, previa compilazione della modulistica aziendale reperibile nell'area intranet.

	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 9 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

Nel caso di minori accompagnati da adulti o da altri minori non formalmente delegati alle decisioni di cura è necessario il consenso dei genitori, o di chi esercita la potestà genitoriale o è stato formalmente delegato alle decisioni di cura.

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 (stato di necessità, art 39 del Codice Deontologico, art. 54 Cpp).

In caso di assenza di consenso alle cure da parte degli esercenti la responsabilità genitoriale qualora l'operatore sanitario percepisca l'esistenza di un severo pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo aver 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.

Nel momento in cui il minore non acconsente alle cure di emergenza/urgenza, pur a fronte di un consenso dei genitori, andrebbero previste le medesime procedure previste per il TSO dell'adulto.

7.3 GESTIONE DELL'AGITAZIONE/AGGRESSIVITÀ ACUTA

Inizialmente, è bene adottare, da parte del personale, delle tecniche comportamentali di contenimento:

- **De-ESCALATION:** consiste in interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività (tecniche di estinzione progressiva):
 - presentarsi con sicurezza (siamo lì per lui) utilizzando un linguaggio semplice con frasi brevi,
 - parlare lentamente, servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante,
 - ridurre gli stimoli ambientali,
 - non polemizzare, criticare o contrastare,
 - non pressare ma negoziare continuamente,
 - non essere direttivi,
 - né agire contro-aggressività,
 - rivolgersi al paziente usando il suo nome personale,
 - rimuovere oggetti mobili o fragili.

Il fallimento degli interventi di de-escalation orienta il processo decisionale degli operatori verso interventi contenitivi farmacologici e non che riducano le possibilità di successo dell'eventuale azione violenta.


In caso di fallimento delle tecniche comportamentali si procede con l'intervento farmacologico:

- **TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA (ALLEGATO D).**

Il consulente dovrà prioritariamente acquisire informazioni sulla anamnesi farmacologica del paziente ed aver effettuato, se possibile, un esame fisico e prenderà visione degli esami ematochimici e strumentali.

Potrà quindi procedere alla prescrizione di una Benzodiazepina (BDZ) ove non sussistano contrindicazione alle stesse, e/o un antipsicotico ad alta potenza (in primis considerare la via orale, in caso di impossibilità di somministrazione per via orale valutare terapia con Aripiprazolo I.M., Loxapina Intra-nasale, Olanzapina Fl I.M. – evitando per questo farmaco il concomitante uso di BDZ, ricorrendo a farmaci come Aloperidolo o Clotiapina o Clorpromazina ed altri solo quando le recedenti strategie sono fallite). Di regola è preferire ricorrere ad antipsicotici atipici. Lo Psichiatra o NPI non possono prescrivere il farmaco Midazolam in quanto privo di indicazioni in scheda tecnica per patologie psichiatriche.

Gli Antipsicotici atipici sono da preferire in caso di sintomi psicotici (allucinazioni, deliri) e/o di grave discontrollo comportamentale, o intossicazione alcolica previa valutazione dello stato fisico della persona.

	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 10 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

Le benzodiazepine (BDZ), sia per OS che IM/EV rappresentano il trattamento di scelta in assenza di diagnosi o di storia clinica sicura, ad eccezione dei casi di sospetta o accertata intossicazione da oppiacei o da alcool, condizione medica generale che inficia la funzionalità respiratoria, alterata funzionalità renale/cocaina.

In caso di condizione medica che inficia la funzionalità cardiaca è utile evitare antipsicotici e soprattutto aloperidolo (> rischio torsione di punta).

La combinazione antipsicotico-BDZ (tranne nei casi di utilizzo del farmaco Olanzapina) è più efficace della monoterapia con possibilità di somministrare una dose minore di antipsicotico con minore rischio di Sindromi extra piramidali acute (EPS). Nelle somministrazioni ripetute (ogni 2-4 ore) è utile privilegiare le BDZ rispetto agli antipsicotici, tenendo presente che alcuni antipsicotici di ultima generazione possono essere somministrati ad intervalli precisati in scheda tecnica.

Non usare anticolinergici o antistaminici (se non necessari) per non confondere ulteriormente il quadro clinico.

Dovrà privilegiare la somministrazione per OS, e ricorrere all'IM in caso di assenza di cooperazione del paziente e passare a somministrazione orale appena possibile.

Monitorare temperatura corporea, frequenza/pressione arteriosa, ossimetria

Gestire eventuali problemi:

- Distonia acuta: anticolinergici con cautela (in primis per OS od eventualmente IM/EV)
- Polso lento (<50) o irregolare: consulenza cardiologica specifica
- Ipotensione: (< 50mmHg): posizione sdraiata e monitoraggio
- Riduzione di frequenza respiratoria (< 10/min) o saturazione di O₂ (< 90%) da BDZ: flumazenil (0,3 milligrammi/microgrammi ev in 15 sec, ripetibili dopo 60 secondi;) da altre sostanze: ventilazione meccanica
- Disinibizione paradossa e delirium in disabilità intellettiva e/o spettro autistico: evitare ove possibile l'uso delle BDZ
- Iperpiressia: valutare la sospensione degli antipsicotici

8. DIMISSIONE OSPEDALIERA

La Dimissione Ospedaliera e il periodo immediatamente successivo ad essa, rappresentano un elemento di elevata criticità che può rappresentare un rischio clinico se non ben programmata ed organizzata. In base ai criteri di gravità in uscita dal PS/DEA, la dimissione può avvenire direttamente (o dopo un episodio di ricovero ordinario), in tal caso, l'utente e la sua famiglia devono avere già fissato un appuntamento per visita neuropsichiatrica infantile presso la UOSD di NPI di Teramo per il proseguimento delle cure con impegnativa e non con foglio di consulenza del Pronto Soccorso. Il percorso assistenziale deve prevedere la formulazione di un Piano di trattamento Individuale (PTI) da parte della UOSD di NPIA, con la possibilità di attivazione di risposte con livelli di intensità assistenziale differenziati erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (criterio dell'appropriatezza clinica), nonché la capacità di potervi accedere (criterio della compatibilità clinica), da parte dei minori a cui esse sono destinate. In caso si ritenga necessaria l'attivazione di Percorsi semiresidenziali o residenziali, gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI redatto in sede di UVM orientano sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e semiresidenziale e sul livello assistenziale e tutelare che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.

Procedura Aziendale Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso


Documento:

Revisione n.:


Data:

pag. 11 di 17


ALLEGATO A - scheda triage specifica. PDTA Regione Abruzzo n.480 del 5.8.2020



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE



Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare




REGIONE
ABRUZZO

Allegato 3

SCHEDE TRIAGE


TRIAGE PEDIATRICO DELL'ALTERAZIONE PSICOMOTORIA

CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali	da codice 1	da codice 2	da codice 3	da codice 4	da codice 5
Caratteristiche del sintomo/segno principale	ABCD NON MANTENUTO. Tentato suicidio o ideazioni suicidarie. Aggressività verso sé o altri. Ansia severa (grave disagio e apprensione agitazione con tremori o tachicardia, scarsa collaborazione e impossibilità a calmarsi). Autolesionismo. Stato d'agitazione. Allucinazioni.	Ansia moderata (disagio e apprensione, agitazione senza presenza di tremori o tachicardia, collaborazione e capacità a calmarsi solo temporanea). Disorientamento spazio-temporale. Attacco di panico in atto. Depressione grave.	Ansia lieve (disagio, apprensione con possibilità di rassicurazione, irrequieto ma cooperativo, obbedisce ai comandi).		
Sintomi/Segni associati	Tachicardia. Assunzione di sostanze. Lesioni cutanee suggestive di autolesionismo.	Vomito. Cefalea. Febbre (sospetto encefalite).			
Score specifici	GCS	GCS	GCS		
L'ASSEGNAZIONE DEL CODICE COLORE PUO' VARIARE IN BASE AL RILIEVO PARAMETRI VITALI					

	Procedura Aziendale Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso	Documento: Revisione n.: Data: <p style="text-align: right;">pag. 12 di 17</p>
Unità di Gestione del Rischio Clinico		

ALLEGATO B: - Classi di gravità (SINPIA 2018)

Classi di gravità	Quadri clinici	Opportuno il ricovero
Classe I	Situazioni di elevato pericolo di vita per sé e/o per gli altri <ul style="list-style-type: none"> - Grave rischio suicidario; - Grave rischio di comportamenti violenti e/o di agitazione psicomotoria; - Psicosi acuta con deliri ed allucinazioni di comando; - DCA con marcata compromissione medica 	sì
Classe II	Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti <ul style="list-style-type: none"> - Ideazione suicidaria senza pianificazione e con adesione al contratto - Rischio autolesivo - Disturbo dell'umore grave - Disturbo del comportamento grave - Sintomi psichiatrici rilevanti in abuso fisico/sexuale e/o/traumi <i>Il livello di collaborazione di 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>	sì
Classe III	Situazioni che necessitano di adeguato percorso diagnostico-terapeutico, ma non di intervento immediato <ul style="list-style-type: none"> - 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 per gli altri - Disturbo somatoforme (es. pazienti con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati - Abuso di sostanze occasionale in assenza di sintomatologia psichiatrica persistente) 	no
Classe IV	Difficoltà psicosociali con eventuale disturbo psichico lieve	no


	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 13 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

ALLEGATO C:

Prelievo ematico: emocromo completo con formula, glicemia, colesterolo HDL LDL, trigliceridi, gamma GT, GOT, GPT, CPK, azotemia, uricemia, creatinina, amilasi, lipasi, ammoniemia, PT, PTT, INR, elettroliti, protidogramma, TSH, PRL; eventuale dosaggio farmacologico (dosaggio VPA, CZP, litio, clozapina); ECG con QTc;

Test di gravidanza nelle donne fertili, esame urine, dosaggio nelle urine delle sostanze da abuso o test rapido salivare quando necessario.

Altri approfondimenti (richiesti quando necessari): TC encefalo, consulenza cardiologica, consulenza neurologica.

 <p>AUSL 4 TERAMO Il meglio è nel tuo territorio</p>	<p><i>Procedura Aziendale</i> Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso</p>	<p>Documento: Revisione n.: Data: <i>pag. 14 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

ALLEGATO D

PROTOCOLLO GESTIONE AGITAZIONE PSICOMOTORIA

Interventi non farmacologici (De-ESCALATION)

se il pz non risponde

Intervento farmacologico (TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA)

Trattamento orale

- **Lorazepam (Tavor) 1 mg o 2.5 mg** (anche in formulazione più rapida orodispersibile “Oro”): ½ cpr o 1 cpr
oppure
- **Delorazepam (En) 10-15-20 gtt** (0.04-0.2mg/kg/dose), 26 gocce equivalgono a una compressa di 1 mg di delorazepam.

se necessario in associazione con antipsicotico (tranne per Olanzapina) oppure monoterapia con antipsicotico per os (a seconda della patologia)

- **Olanzapina (Zyprexa), meglio se orodispersibile, 5-10-20 mg** (fino ad un max 30 mg): vantaggi + rapida titolazione, svantaggi < rapidità; svantaggi: evitare associazione con benzodiazepine.
oppure
- **Risperidone (Risperdal) 1-2 mg/ml cpr o, meglio, soluzione orale:** svantaggi: rischio di distonie, possibile allungamento del QT.
oppure
- **Aloperidolo (Haldol/Serenase): 2 mg/ml 10-20-30 gocce oppure 2-5 mg in cpr;** svantaggio > rischio di sintomi extrapiramidali, > rischio allungamento QT
oppure
- **Clorpromazina (Largactil): 25-50 mg** svantaggi: ipotensione, sedazione intensa, > rischio allungamento QT
oppure
- **Promazina (Talofen): fino a 20-30 gocce;** vantaggi: < rischio di EPS, svantaggio: maggior rischio ipotensione, > rischio allungamento QT
oppure
- **Clotiapina (Entumin): fino a 15 gocce;** svantaggi: ipotensione, sedazione intensa, > rischio allungamento QT
oppure
- **Zuclopentixolo (Clopixol): 5-10 gocce,** svantaggi: ipotensione, EPS, sedazione intensa, > rischio allungamento QT

se inefficace, ripetere dopo 30-60 minuti (massimo 2 volte)

L'associazione di **aloperidolo** 5-10 mg (o clorpromazina 50 mg) e **lorazepam/delorazepam** 2-5 mg IM può essere una scelta nei quadri più gravi (< rischio di ripetere la dose) però alto rischio di allungamento del QT.

Procedura Aziendale Gestione dei pazienti minorenni con sintomatologia psichiatrica in Pronto Soccorso

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 15 di 17

se non accetta trattamento per os

Trattamento intramuscolare (nessun antipsicotico iniettabile può essere somministrato per via endovenosa o sottocutanea) o inalatorio (solo Loxapina)

- **Lorazepam (Tavor) fiale 4 mg, dose 2-4 mg im o ev, o 0.05 mg/kg, ripetibile dopo 2 ore; con controllo comportamentale passare a Tavor per os. Svantaggio: difficile reperibilità.**
oppure
- **Aripiprazolo iniettabile (Abilify) fiale 7.5 mg/ml: 1 fiala** ripetibile dopo 2 ore (non più di 3 iniezioni devono essere fatte in tutto l'arco delle 24 ore, prima scelta se si decide di usare un antipsicotico)
Oppure
- **Olanzapina iniettabile (Zyprexa fiale) fiale 10 mg: ½ o 1 fiala** solo per uso intramuscolare (non somministrare MAI per via endovenosa o sottocutanea). Due ore dopo la prima iniezione, in base alla condizione clinica del paziente, può essere effettuata una seconda iniezione, di 5-10 mg. Nell'arco delle 24 ore non devono essere effettuate più di tre iniezioni e non deve essere superata la dose giornaliera massima di 20 mg di olanzapina (inclusando tutte le formulazioni). Evitare l'uso concomitante di benzodiazepine (BDZ).
- **Loxapina inalatoria (Adasuve) 9.1 mg:** una somministrazione inalatoria, ev. seconda dose dopo due ore, anche più bassa della prima; svantaggi: monitorare per broncospasmo (trattabile con broncodilatatore beta-agonista a breve durata tipo salbutamolo), paziente deve essere moderatamente collaborante.
- **Clorpromazina (Largatil) fiale 50 mg/2 ml: ½ o 1 fiala;** minore rischio di sintomi extrapiramidali, > rischio ipotensivo.
- **Clotiapina (Entumin) fiale: ½ o 1 fiala;** svantaggi: ipotensione, EPS, sedazione intensa, > rischio allungamento QT
- **Zuclopentixolo fiale (Clopixol Acuphase): ½ o 1 fiala;** svantaggi: EPS, sedazione intensa, > rischio allungamento QT
- **Aloperidolo (Haldol/Serenase) fiale 2 mg/ml, 5 mg/ml: 1 fiala** (2 in caso di grave eccitazione ed elevata massa corporea), ulteriori aumenti non portano miglioramenti significativi, attenzione all'allungamento del QT.
- **Delorazepam (En) fiale da 2 mg: dose ½ fiale - 1 fiala** (o 0,02-0,05 mg/kg) ripetibili dopo 1-2 ore, monitorare ev. depressione respiratoria.
- **Diazepam (Valium) fiale, 10 mg/2 ml:** dose 5-10 mg im o ev, ripetibili dopo 1-2 ore.


se inefficace o impossibile

Trattamento endovenoso

- **Lorazepam (Tavor) 2-4 mg in infusione lenta** in 10 cc di soluz fisiologica
- **Acido Valproico (Depakin) 20 mg/Kg in infusione lenta** in 50 cc di soluzione fisiologica (durata 20'-30'). N.B.: non indicazione per patologie psichiatriche per la formulazione endovenosa.

In caso di insuccesso passare a:

- **Midazolam 10-15 mg EV**, con ev. attivazione di consulenza anestesologica. Non può essere prescritto da uno psichiatra perché non vi sono indicazioni per l'uso in un disturbo psichiatrico o nell'agitazione.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio e nel tuo territorio</small></p>	<p><i>Procedura Aziendale</i> <i>Gestione dei pazienti minorenni con</i> <i>sintomatologia psichiatrica in Pronto</i> <i>Soccorso</i></p>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;"><i>pag. 16 di 17</i></p>
<p>Unità di Gestione del Rischio Clinico</p>		

- **Propofol (Diprivan)**, può essere somministrato solo dall'anestesista.
- **Dexmedetomidina (Dexdor)**, può essere somministrato solo dall'anestesista. Evidenze nell'agitazione psicomotoria nell'adulto > del propofol. Minor rischio di depressione respiratoria.

Procedura Aziendale
Gestione dei pazienti minorenni con
sintomatologia psichiatrica in Pronto
Soccorso

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 17 di 17

ALLEGATO E
ELENCO DEI REPARTI EXTRAREGIONALI NPI

OSPEDALE	RECAPITI TELEFONICI	FAX o mail
Bambino Gesù di Roma	0668592032 (Medico di Guardia)/33 (FAX, Numero Degenze) 0668591 (Centralino)	0668592450 066867954 (Pronto Soccorso)
Policlinico Umberto I di Roma	0649972904 (Reparto) 0649972947/5 (Stanza Medici)	064451218
Policlinico Gemelli	0630155340 (Reparto)	0630154363
Salesi di Ancona	0715962812 (Medico di Guardia) 0715962526/502/511/566/520 (Reparto)	0715962502
Policlinico di Bari Ospedale Giovanni	0805592829 0805595258 0805714170	0805595260
Ospedali Riuniti di Foggia	0881732361 0881732396 0881732363 0881732364	
ASST degli Spedali civili di Brescia	0303995726/4	0303995725
ASST Santi Paolo e Carlo	0281844702	Segreteria.npi@asst-santipaolocarlo.it
ASST Monza	039 2333579	0392333321 npimonza@asst-monza.it
Ospedale Santo Bono di Napoli	0812205111	
Ospedale Maggiore di Crema	037325833	
Gaslini di Genova	010 56363269	010 5636 3463
Città della Salute di Torino	0113135242	
Azienda Ospedaliera-Università di Padova (AO-UNI PD)	0498213582	
Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina	2904	
ASSL Cagliari	070/6096467	neuropsichiatriainfantile.distretto1@pec.aslcagliari.it
Gemelli	0630155340 (Reparto)	0630154363

Modello dei FAX

Spett. le:	Da: UOSD Neuropsichiatria Infantile
Alla c.a:	Data:
Oggetto: RICHIESTA DI POSTO LETTO	Pag.: (compresa la presente)
Fax:	Fax In: