

C. Paolillo¹, R. Lerza¹, E. Bondi², C. Fraticelli², G. Cerveri³, C. Locatelli⁴, I. Casagrande¹

1. (AcEMC) Academy of Emergency Medicine and Care
2. (CNI-SPDC) Coordinamento Nazionale Italiano Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
3. (SIP-Lo) Sezione Regione Lombardia della Società Italiana di Psichiatria
4. (SITOX) Società Italiana di Tossicologia

Preambolo

Il disturbo comportamentale acuto è una presentazione clinica caratterizzata da un quadro di agitazione che può manifestarsi in diversi modi: minacciosità, rabbia, intimidazione, impulsività e scarsa cooperazione. Il decorso del disturbo comportamentale è generalmente instabile nel tempo e a volte può sfociare in aggressività verbale e/o fisica e in taluni casi in un comportamento violento.

Le cause scatenanti possono essere le più disparate:

- patologie organiche: neurologiche, neurochirurgiche, disturbi metabolici, infezioni, disturbi cardiaci.
- patologie psichiatriche: disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi della condotta, disturbi di personalità, discontrollo degli impulsi, disturbi del neuro-sviluppo
- quadri derivanti da abuso o intossicazione da sostanze o da astinenza.

Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute il numero di accessi ai Pronto Soccorso italiani per patologie psichiatriche nel 2019, (e tra questi anche i disturbi comportamentali acuti) rappresentava all'incirca il 3,0% del totale. Si stima che da allora, in seguito alla pandemia COVID, gli accessi per disturbi comportamentali siano aumentati più del 30% (Il Sole 24 ore 22 aprile 2021).

L'ambiente del Pronto Soccorso, spesso caotico e ad alta emotività, il primo contatto non sempre immediato e produttivo, la scarsa formazione degli Operatori, sono tutti fattori che possono esacerbare lo stato di agitazione. Un inquadramento immediato, d'altra parte, non è per nulla semplice: capire quando ci si trovi di fronte ad un disturbo "funzionale" o ad una Persona il cui stato di agitazione è primariamente sostenuto da una patologia organica richiede organizzazione, tempo, impegno ed esperienza.

La stessa valutazione psichiatrica in Pronto Soccorso è un momento critico: il rischio di delegare frettolosamente allo Psichiatra un disturbo comportamentale acuto è alto. Lo Psichiatra a sua volta ha un campo ristretto di competenze ed allo stesso tempo è costretto a valutare quadri psicotici che richiedono raccordi anamnestici complessi.

Una survey AcEMC condotta nel 2016 tra medici ed infermieri di Pronto Soccorso evidenziò una seria difficoltà nel saper riconoscere un paziente affetto da disturbi psichici acuti e ancor più nel saper individuare un paziente a rischio di un comportamento lesivo. Nel 50% dei casi non veniva effettuata routinariamente una valutazione clinica che escludesse una causa organica. Il 60% degli intervistati riteneva poco adeguata la propria conoscenza circa l'utilizzo dei farmaci per il trattamento di un disturbo comportamentale acuto. A fronte di una non adeguata preparazione veniva evidenziata una sostanziale difformità di atteggiamenti in merito all'utilizzo di percorsi, spazi e risorse.

La complessità del paziente con un disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso richiede spesso un approccio multidisciplinare che a tutt'oggi, purtroppo, non sempre è ben codificato. Il rationale del documento è di uniformare l'organizzazione, la valutazione e la gestione del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso.

Metodo di lavoro

Questo documento di consenso è stato prodotto da un network di società scientifiche italiane. È stato costituito un team ad hoc nominato dai Presidenti e dai Board delle rispettive Società Scientifiche. È stata effettuata una revisione delle linee guida nazionali ed internazionali. Successivamente i membri del gruppo hanno prodotto un primo draft del documento che è stato distribuito alle Società Scientifiche per una valutazione e revisione. Il documento finale così come prodotto è stato approvato all'unanimità dalle società scientifiche di cui sono membri gli autori.

1. Il disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso	In Pronto Soccorso ogni individuo con disturbo comportamentale acuto ha diritto ad un accesso tempestivo e a un'assistenza appropriata. L'urgenza comportamentale, indipendentemente dalla causa scatenante (organica, psichiatrica o tossicologica) deve ricevere trattamenti di alta qualità, multidisciplinari, <i>evidence based</i> e strutturati al pari delle altre urgenze.
2. Organizzazione	Il Pronto Soccorso si deve preparare ad accogliere le emergenze comportamentali allestendo spazi adeguati e attrezzati, formando il personale e favorendo la presa in carico da parte di medici e infermieri del Pronto Soccorso. È fondamentale l'integrazione precoce con psichiatri e tossicologi (Centro Antiveleeni), nonché con altri consulenti da coinvolgere al bisogno, come pure con i servizi sociali e le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza. È auspicabile l'organizzazione di lavoro per <i>team</i> sulla base dei bisogni.
3. Gestione del paziente agitato, violento e a rischio di violenza	Il paziente agitato, violento o a rischio di violenza è un paziente critico ad alto rischio per la complessità della gestione clinica e ambientale. In quanto tale, gli vanno assicurate tutte le cure e l'assistenza adeguate. Interventi relazionali di <i>de-escalation</i> , trattamenti farmacologici (tranquillizzazione) e, se necessarie, misure di contenzione vanno attuati precocemente, rispettando la dignità del paziente e attenendosi a percorsi specifici che ogni Ospedale deve predisporre.
4. Clearance medica	Lo screening medico (clearance) è una valutazione clinica di competenza del Medico d'Urgenza che ha lo scopo di escludere che il disturbo comportamentale acuto possa essere causato o esacerbato da una causa organica, da farmaci o dall'utilizzo di droghe/sostanze psicoattive o da condizioni astinenziali.
5. Urgenza psichiatrica	Il paziente che giunge in Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico acuto è un paziente complesso e ad alto rischio di un <i>outcome</i> sfavorevole. Lo psichiatra, chiamato a lavorare all'interno del <i>team</i> , si fa carico degli interventi di sua competenza, favorendo procedure coordinate, efficaci e sicure.
6. Urgenza tossicologica	Il paziente con sospetta intossicazione/effetto avverso da farmaci/astinenza deve ricevere diagnosi e cure appropriate avvalendosi dell'ausilio della consulenza

	specialistica del Centro Antiveneni di riferimento, con la disponibilità di accertamenti diagnostici atti a identificare gli agenti causali più frequenti e pericolosi.
7. La gestione in team del paziente con disturbo comportamentale	Data la complessità, i pazienti con disturbi comportamentali acuti vanno presi in carico da un <i>team</i> di professionisti costituiti dal medico d'urgenza, dall'infermiere del pronto soccorso, dallo psichiatra ed eventualmente dal tossicologo. Il medico d'urgenza dopo aver effettuato la clearance medica e tossicologica, se necessario, si avvale anche nella fase di stabilizzazione e in base al sospetto clinico delle competenze degli altri membri del <i>team</i> , condividendo sia le scelte terapeutiche che le disposizioni e i percorsi.
8. Boarding	Il fenomeno del boarding è inaccettabile per questi pazienti, perché peggiorativo dell'outcome. Una volta stabilizzati e condivisa la necessità di ricovero, i pazienti vanno inviati precocemente verso la destinazione prescelta riducendo al minimo possibile i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.
9. Assistenza in sicurezza clinica e ambientale	È misura prioritaria garantire la protezione adeguata del Paziente, degli altri utenti, degli operatori e della struttura mediante collaborazione predisposta con le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza.
10. Aspetti organizzativi e strutturali	Responsabilità delle Direzioni Sanitaria e Aziendale è garantire formazione, procedure, adeguamento strutturale e organizzazione.

Bibliografia

- 1) Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2019. www.salute.gov.it marzo 2021.
- 2) Stowell K.R. et al. (2012). Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. West J Emerg Med.13:11–6.
- 3) NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Violence: the short-term management of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments. London.
- 4) Bellelli G. et al (2017) . Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. European Geriatric Medicine 8, 293–298 .
- 5) Adult Psychiatric Emergencies. (2021) Policy statement of American College of emergency physicians (ACEP) . Ann Emerg Med. 2021;77:e121-e126.
- 6) Mental Health in the Emergency Department. (2020) Consensus statement. Australian College for Emergency Medicine. www.acem.org.au
- 7) Recommandations de Bonne Pratique Clinique. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d’urgences. Ann. Fr. Med. Urgence 2021 Vol 11; 3.