



Memoria in merito ad audizione del 14.11.2023 della Società Italiana di Psichiatria presso XII Commissione Camera dei Deputati, indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

Criticità e prospettive

L'organizzazione dei Pronto Soccorso (PS) italiani è in continua evoluzione, sotto la pressione di forze esterne (invecchiamento della popolazione, fragilità della medicina territoriale, percezione dei bisogni e del sistema di cura da parte dell'utenza, immigrazione, scelte di politica economica e sviluppo tecnologico) e interne (depauperamento delle risorse, difficoltà nel reclutamento del personale, riorganizzazione dei processi di cura). Le urgenze psichiatriche rappresentano una realtà significativa per l'attività del PS, sia in termini di numerosità che di gravosità.

Il ricorso ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) per disturbi psichiatrici, dopo il rallentamento legato all'epidemia da Coronavirus 2019 Disease (COVID-19), ha ripreso a crescere dal 2021, come evidenziato dall'ultimo Rapporto salute mentale del Ministero della Salute relativo all'anno 2022 (giugno 2023). I numeri aumentano ulteriormente se si considera la frequente concomitanza di una condizione psichiatrica in utenti che giungono all'osservazione per altri motivi. Ciò contribuisce ad aumentare la pressione sul sistema ospedaliero e richiama ulteriormente la necessità di costante attenzione ai modelli di risposta clinico-organizzativa.

Attualmente è in essere un ripensamento sull'organizzazione funzionale dei DEA mirato a risolvere problemi di efficienza e sovraccollamento. Si impone un lavoro di rimodellamento, che tenga conto dell'importanza di contatti strutturati tra i team del DEA e i professionisti della salute mentale. L'obiettivo è la gestione appropriata di situazioni di crisi in contesti difficili. Sono richieste rapide decisioni per condizioni patologiche spesso tempo-dipendenti, ad alta complessità e rischio clinico, che interessano sempre più soggetti in età evolutiva e in età avanzata. Solo in parte relative a disturbi mentali in senso stretto, le urgenze effettivamente rappresentate da uno scompenso psichiatrico non costituiscono la maggior parte delle richieste di consulenza; molti casi riguardano sintomi psichici che accompagnano patologie di origine medica generale, criticità socio-ambientali, comportamenti antisociali e gestione della cronicità. Tale evidenza rende non percorribile la possibilità di fast-track (accesso diretto attuabile per alcune categorie di pazienti di interesse medico-chirurgico) per il paziente con "manifestazioni psichiatriche" in situazione di urgenza (es. agitazione, psicosi, intossicazione, quadri astinenziali), in quanto potenziale causa di errori e di gravi sottovalutazioni diagnostiche.

La domanda e il carico assistenziale connesso vengono a gravare in prima battuta e in maniera rilevante sul personale attivo nei PS; medici di emergenza e specialisti psichiatri sono chiamati a fronteggiare situazioni multiproblematiche che richiedono competenze che travalicano quelle tradizionalmente connesse alla loro pratica professionale generale. Si determina un impatto

significativo di frustrazione e demotivazione nell'affrontare condizioni per le quali non si è stati preparati, ma altamente sfidanti e cariche di responsabilità.

Va sottolineato come vi sia un progressivo incremento di richieste di valutazione legate a patologie psichiatriche anche nei PS pediatrici. Accanto a un rilevante aumento della domanda di diagnosi e intervento per disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, si registra un rapido cambiamento nella tipologia e nei bisogni dell'utenza, con il PS che diviene spesso la porta di accesso ai sistemi di cura. Un fenomeno ampiamente documentato nella letteratura internazionale. La fascia di età più interessata è quella 12-17 anni (ma la clinica registra sempre più accessi per età inferiori); agiti auto o etero-diretti, utilizzo di sostanze e alcol, pensieri suicidari, stati di agitazione e discontrollo comportamentale. Il sottodimensionamento del numero di letti di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) - in molte regioni non è presente nessun posto letto di ricovero ordinario - si traduce in inappropriata risposta, come ben evidenziato dal diffuso ricorso per i minorenni (20% su quasi 44.000 ricoveri nel 2018) a luoghi di degenza psichiatrica per adulti quali sono gli SPDC presso gli ospedali generali e dal fatto che solo un terzo circa dei ricoveri avviene in reparto di neuropsichiatria infantile (dati relativi al 2018 pubblicati dal Ministero della Salute, 2021). La mancanza nei PS di procedure integrate per l'emergenza psichiatrica in età evolutiva e di spazi appropriati ai bisogni concorrono alla inadeguatezza delle risposte. Si sottolinea infatti la necessità di rendere concreti elementi qualificanti dei percorsi di cura e della buona pratica clinica, quali tempestività, appropriatezza e specificità per età e disturbo, personalizzazione, multiprofessionalità e multidimensionalità, continuità longitudinale e trasversale, centralità della persona e della famiglia.

Alla luce dei cambiamenti in essere nei servizi per le urgenze anche il ruolo dei sanitari merita un'approfondita riflessione, al fine di offrire interventi di elevata qualità e specificità che tutelino pazienti e operatori. La consapevolezza della presenza in ambito di PS di quote crescenti di persone con problematiche psichiatriche in fase critica e comportamentali è oggi patrimonio della medicina d'urgenza e della psichiatria, alla ricerca di risposte cliniche più puntuali e sicure. È importante sottolineare che il PS svolge un ruolo fondamentale per accogliere il paziente, effettuare una prima valutazione clinico-diagnostica e una diagnosi differenziale (*medical clearance e focused medical assessment*), prestare i primi interventi mirati a una sufficiente stabilizzazione e permettere il ricovero in condizioni di garanzia per il paziente e per il personale sanitario. Ciò all'interno di un sistema integrato e affidabile. Le situazioni che si presentano nelle aree dell'urgenza sono spesso ad alta complessità clinica e gestionale. Difficoltà di inquadramento diagnostico, disturbi della condotta, necessità di valutazione del rischio anticonservativo e agiti violenti possono sfidare le capacità di comprensione e gestione del Medico d'Urgenza (MdU) (e prima ancora di chi interviene nel setting dell'emergenza pre-ospedaliera) e richiedono risposte di team più strutturate rispetto agli standard di trattamento attuali. La complessità dell'intervento si rende ancora più evidente se si considera che nei PS giungono oltre a emergenze di ordine medico-psichiatriche anche emergenze a importante coloritura psicosociale. Le modalità generali di intervento in PS richiedono spazi adeguati che garantiscano sicurezza clinica e ambientale, consentano una prima valutazione delle condizioni fisiche e dello stato mentale e dei trattamenti necessari. Certamente condizioni psicotiche, disturbi gravi di personalità, necessità di approfondimento e valutazione del rischio anticonservativo e/o autolesivo, valutazione del bisogno di ospedalizzazione o indicazione alla presa in carico post-dimissione dal PS giustificano l'attivazione dello specialista psichiatra. Nei quadri di maggiore

urgenza valutazione e interventi trattamentali procedono in parallelo, secondo l'evoluzione in atto delle condizioni cliniche del paziente e sulla base di diagnosi incerte e provvisorie.

Una buona pratica clinica richiede l'attivazione di forme strutturate di collaborazione tra personale di PS e specialista psichiatra. La presenza di procedure locali condivise Psichiatria/PS oggi è sempre più elemento necessario e indicatore di buona qualità delle cure.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Le strutture psichiatriche che operano all'interno degli ospedali sono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interfaccia con i PS. Sono strutture di primo soccorso per le patologie psichiatriche in fase di acuzie e di scompenso, inserite nei Dipartimenti di Salute Mentale e ricomprese nella rete che garantisce continuità e integrazione degli interventi.

Mentre si concorda con gli standard di risorse economiche e professionali proposti per i singoli SPDC da parte di AGENAS (Documento AGENAS "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN". Intesa sancita il 21.12.2022 sulla nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN), l'indicazione della stessa agenzia di 'almeno 1 SPDC ogni 300.000 abitanti' appare insufficiente alla reale domanda di cura, traducendosi in una riduzione complessiva degli SPDC a livello nazionale (sino a circa 200 SPDC). Si ritiene invece, sulla base delle caratteristiche del territorio (densità/dispersione abitativa, infrastrutture e collegamenti, presenza/collocazione dei presidi ospedalieri) che le diverse aree geografiche dovrebbero dotarsi di 1 SPDC a fronte di bacini di utenza ridotti (indicativamente con un parametro di 1 SPDC ogni 150.000-200.000 abitanti). La parametrizzazione indicata da Agenas, a nostro avviso, rafforzerebbe tendenze già in atto di impoverimento dei servizi di cura, riconducibile in molta parte a carenze di personale, con accentuata riduzione dell'accessibilità ai presidi da parte della popolazione. L'ultimo Rapporto salute mentale (giugno 2023) del Ministero della Salute relativa al 2022, registra un aumento degli accessi in PS e dei ricoveri per patologie psichiatriche (nel 2022 sono state 137.233 dimissioni contro le 129.891 dell'anno precedente), a fronte di meno letti di psichiatria: l'offerta per i posti letto (pl) in degenza è di 9,3 ogni 100.000 abitanti maggiorenni rispetto al 9,6 del 2021. Viene infatti censito per il 2022 un numero di SPDC pari a 323 con 3897 pl complessivi, mentre nel 2021 vi erano 329 SPDC, con 4039 pl, ai quali si aggiungono 282 pl di day hospital. Nella sostanza verrebbe ad accrescersi la forbice nel confronto internazionale con i paesi a reddito medio-alto, a partire da una collocazione dell'Italia già sui valori minimi di dotazione.

Posti nei presidi ospedalieri di I livello e II livello, oltre a gestire le fasi di malattia psichiatrica che necessitano di ricovero, gli SPDC forniscono consulenza e intervento presso i PS. Numerosità e complessità clinico-gestionale di tali condizioni richiederebbero una più ampia diffusione di specifici protocolli locali di gestione delle acuzie psichiatriche tra PS e SPDC, che definiscano percorsi di cura, spazi e team per la gestione delle situazioni di emergenza. Le procedure devono essere periodicamente aggiornate e valutate nella loro applicazione e devono prevedere momenti formativi condivisi sulla gestione del soggetto psichiatrico in urgenza. Le azioni sono orientate a migliorare la risposta in DEA, nell'attualità non completamente appropriata e che necessita di interventi clinico-strutturali che migliorino la qualità delle prestazioni. In particolare andrebbe assicurata la presenza di locali/spazi in area DEA dedicati e adeguati, che garantiscano sicurezza, riservatezza e tranquillità. La maggior parte dei PS in realtà non dispone di uno spazio specificamente progettato per gestire i pazienti acuti con disturbi psichiatrici e comportamentali e condizioni di intossicazione/astinenza da

sostanze - nonostante le raccomandazioni dei documenti di consenso e delle linee guida internazionali e nazionali - e procedure condivise PS-Psichiatria-Dipendenze. In considerazione del crescente bisogno, è necessario il potenziamento della possibilità di consulenza clinico-tossicologia e delle metodologie analitiche per l'analisi quali-quantitativa di supporto all'intervento diagnostico nel setting dell'urgenza ma anche per gestione e monitoraggio delle conseguenze post-acuzie.

La ridotta disponibilità di pl psichiatrici e di risorse umane a fronte di una crescente complessità della domanda in termini quali/quantitativi influisce sulla risposta in area PS, contribuendo all'aggravamento del fenomeni di boarding nelle aree del DEA.

I dati di accesso ufficiali in PS di soggetti con abuso di sostanze appaiono sottostimati e risentono del riferimento alla diagnosi principale, a fronte di crescenti situazioni critiche e complesse, che richiederebbero una maggiore e più strutturata presenza in area ospedaliera dei servizi per le dipendenze. Questi aspetti, che incidono in modo profondo sull'operatività quotidiana dei diversi servizi, esigono cambiamenti organizzativi e strutturali in grado di far fronte alle nuove necessità. Lo scenario attuale si deve avvalere di documenti di consenso multidisciplinari e intersocietari relativi alle aree dell'emergenza che orientino e sorreggano l'operatività, in considerazione delle modificazioni in atto della realtà clinica e delle peculiarità del lavoro di PS caratterizzato dalla interdisciplinarietà

Alle difficoltà lamentate dal personale di assistenza si aggiunge una insoddisfazione diffusa espressa dai soggetti che accedono in PS in situazione di crisi; tempi di attesa prolungati, risposte non sempre soddisfacenti, ambienti sovraffollati e caotici, stigma verso le problematiche e le persone in difficoltà psichiatrica e/o con disturbi comportamentali associati o meno ad assunzione di sostanze.

Sintesi per punti delle aree di interesse da attenzionare e implementare

- Integrazione (procedure e prassi) del SPDC con il PS
- Collegamento tra l'area dell'emergenza-urgenza territoriale e le strutture del DSM
- Costruzione di percorsi differenziati basati sulle evidenze per fasce di utenza e per patologia, ridefinizione di tempi e spazi di cura all'interno dell'Ospedale rispondenti ai bisogni, dal momento della presentazione in PS a quello della dimissione
- Miglioramento della risposta al bisogno di valutazione/intervento in area di emergenza e di appropriatezza del ricovero per l'età evolutiva, i quadri psicogeriatrici, le condizioni di addiction, la disabilità intellettiva
- Rafforzamento/implementazione del terzo livello di assistenza specialistica (ambito ospedaliero), garantito da SPDC, reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), da reparti o letti tecnici per la disintossicazione da alcol o sostanze
- Possibilità di consulenza clinico-tossicologia e delle metodologie analitiche per l'analisi quali-quantitativa di supporto all'intervento diagnostico nel setting dell'urgenza ma anche per gestione e monitoraggio delle conseguenze post-acuzie (nuove e vecchie sostanze psicoattive)
- Implementazione della sicurezza clinico-ambientale
- Presenza/rafforzamento delle attività consultazione e collegamento con servizi e strutture dell'ospedale generale
- Dotazioni adeguate quali-quantitativamente di personale per équipe multiprofessionali e multidisciplinari

- Possibilità di formazione continua, intra e interdisciplinare (formazione condivisa con personale di PS sulla gestione in urgenza, regolazione/miglioramento dei climi di reparto, gestione degli agiti aggressivi e delle manifestazioni di violenza, orientamento alla progressiva riduzione del ricorso alla contenzione meccanica nei diversi setting)
- Sviluppo della telemedicina, sia per le attività cliniche intra e interospedaliere che di snellimento dei collegamenti fra sistemi di cura e assistenza
- Impegno delle Direzioni Sanitaria e Aziendale a garantire formazione, procedure, adeguamento strutturale e organizzazione ai fini di una gestione appropriata delle emergenze psichiatriche e comportamentali.

Dr Carlo Fraticelli

Consiglio Esecutivo Società Italiana di Psichiatria

SIP: Piazza Santa Maria della Pietà, 5 - 00135 ROMA (RM) - Tel. +39 340 8000944

Sito web: <http://www.psichiatria.it> e-mail: segreteria@psichiatria.it