

## ***ABSTRACT***

**Background:** la concomitanza di fattori negativi come l'inadeguatezza degli spazi, la promiscuità degli utenti e il difficile inquadramento dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso con problematiche psichiatriche e comportamentali, insieme alla mancanza di una linea comune di gestione e talvolta di un dubbio giurisdizionale tra il reparto di Pronto Soccorso e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura impatta negativamente sulla gestione di un paziente così fragile e imprevedibile come il paziente psichiatrico o agitato, ottenendo come risultato, tra le altre problematiche ben note in letteratura medica, l'allontanamento e la fuga del paziente stesso prima o dopo la presa in carico.

**Obiettivo:** l'obiettivo dello studio è quello di identificare quali sono le principali criticità nella gestione di tali utenti all'interno del Pronto Soccorso e quindi stendere una proposta di protocollo volto al miglioramento della gestione degli stessi e alla prevenzione di eventi avversi quali fuga e allontanamento.

**Metodologia:** è stata condotta un'analisi dei flussi del Pronto Soccorso della Spezia, prendendo in esame soltanto i pazienti inseriti con causale: paziente psichiatrico, agitazione psicomotoria e autolesionismo. Sono stati analizzati i dati relativi ai codici di inserimento, ai tempi e agli esiti, estratti dall'applicativo OneSys utilizzato nell'azienda. Il periodo di rilevazione va dal 1 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022.

**Risultati:** osservando i dati si riscontra che: alla maggior parte degli accessi di questa tipologia di utenti è stato assegnato un codice a media - alta priorità. Questo perché, come definito nelle linee guida nazionali del triage intraospedaliero, è indispensabile tenere in considerazione il rischio evolutivo e la complessità di gestione che spesso caratterizza questa classe di utenti. Analizzando poi i dati relativi agli esiti possiamo notare che: pur non essendo la percentuale degli abbandoni durante iter, quindi successivamente alla presa in carico medica, eccessivamente elevata, è sicuramente un dato rilevante che necessita di essere indagato nelle sue cause, in quanto indice di un'assistenza inadeguata. Infine è emerso che nei pazienti che si sono allontanati prima della presa in carico medica, il tempo di permanenza nel PS è di 1 ora e 14 minuti.

**Conclusioni:** dopo avere individuato alcune delle criticità che concorrono ad una spesso inefficiente gestione di tali utenti, che devono andare a sommarsi alla già nota complessità assistenziale di questa classe di pazienti, ho formulato un protocollo da proporre all'azienda per prevenire tali esiti.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA  
SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE ( DiSSaL )

COORDINATORE

Prof. ssa Annamaria Bagnasco

**TESI DI LAUREA**

**"Urgenza Psichiatrica in Pronto Soccorso.  
Analisi statistica dei dati e stesura di un protocollo per la  
gestione di tali utenti"**

**Studente**

Beatrice Rebecchi

**Relatore**

Dott.ssa Elisa Simonini

**Matricola**

S4989581

**Correlatore**

Dott. Matteo Amato

Anno Accademico 2022/2023

*Ai malati invisibili*

# INDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	1-2
<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>CAPITOLO 1: IL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO</b>	
1.1. Definizione di triage .....	4
1.2 Cenni storici .....	5-6
1.3 Funzione di triage .....	7-11
1.3.1 Fast-track .....	11-12
1.4 Figura del triagista .....	13-15
1.4.1 Aspetti normativi e responsabilità dell'infermiere al triage .....	15-16
1.5 Attribuzione codici di priorità .....	17-21
<b>CAPITOLO 2: PAZIENTE PSICHIATRICO</b>	
2.1 Salute mentale .....	22-23
2.1.1 Disturbi psichiatrici .....	23-32
2.2 Definizione di emergenza e urgenza psichiatrica .....	33
2.2.1 Definizione di emergenza psichiatrica .....	33-34
2.2.2 Definizione di urgenza psichiatrica .....	34-36
2.3 Triage nel paziente psichiatrico e rischio evolutivo .....	37-39
2.3.1 Comunicazione .....	40-42
2.3.2 Sicurezza.....	42-45
<b>CAPITOLO 3: ANALISI DEI DATI</b>	
3.1 Scopo dello studio .....	46

3.2 Sviluppo dello studio .....	47-48	
3.3 Risultati .....	49-52	
<b>CAPITOLO 4: PROTOCOLLO</b>		
4.1 Introduzione .....	53	
4.2 Criticità .....	54-56	
4.3 Protocollo .....	57-62	
<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI .....</b>		63-64
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>		65
<b>SITOGRAFIA .....</b>		66
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>		67-69

# ABSTRACT

**Background:** la concomitanza di fattori negativi come l'inadeguatezza degli spazi, la promiscuità degli utenti e il difficile inquadramento dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso con problematiche psichiatriche e comportamentali, insieme alla mancanza di una linea comune di gestione e talvolta di un dubbio giurisdizionale tra il reparto di Pronto Soccorso e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura impatta negativamente sulla gestione di un paziente così fragile e imprevedibile come il paziente psichiatrico o agitato, ottenendo come risultato, tra le altre problematiche ben note in letteratura medica, l'allontanamento e la fuga del paziente stesso prima o dopo la presa in carico.

**Obiettivo:** l'obiettivo dello studio è quello di identificare quali sono le principali criticità nella gestione di tali utenti all'interno del Pronto Soccorso e quindi stendere una proposta di protocollo volto al miglioramento della gestione degli stessi e alla prevenzione di eventi avversi quali fuga e allontanamento.

**Metodologia:** è stata condotta un'analisi dei flussi del Pronto Soccorso della Spezia, prendendo in esame soltanto i pazienti inseriti con causale: paziente psichiatrico, agitazione psicomotoria e autolesionismo. Sono stati analizzati i dati relativi ai codici di inserimento, ai tempi e agli esiti, estratti

dall'applicativo OneSys utilizzato nell'azienda. Il periodo di rilevazione va dal 1 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022.

**Risultati:** osservando i dati si riscontra che: alla maggior parte degli accessi di questa tipologia di utenti è stato assegnato un codice a media - alta priorità. Questo perché, come definito nelle linee guida nazionali del triage intraospedaliero, è indispensabile tenere in considerazione il rischio evolutivo e la complessità di gestione che spesso caratterizza questa classe di utenti. Analizzando poi i dati relativi agli esiti possiamo notare che: pur non essendo la percentuale degli abbandoni durante iter, quindi successivamente alla presa in carico medica, eccessivamente elevata, è sicuramente un dato rilevante che necessita di essere indagato nelle sue cause, in quanto indice di un'assistenza inadeguata. Infine è emerso che nei pazienti che si sono allontanati prima della presa in carico medica, il tempo di permanenza nel PS è di 1 ora e 14 minuti.

**Conclusioni:** dopo avere individuato alcune delle criticità che concorrono ad una spesso inefficiente gestione di tali utenti, che devono andare a sommarsi alla già nota complessità assistenziale di questa classe di pazienti, ho formulato un protocollo da proporre all'azienda per prevenire tali esiti.

# INTRODUZIONE

Questo elaborato di tesi nasce a seguito di una esperienza vissuta nel periodo di tirocinio clinico svoltosi presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e il reparto di Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Andrea della Spezia dove ho avuto modo di avvicinarmi sia al paziente psichiatrico che al sistema di triage intraospedaliero.<sup>1</sup>

Nella mia esperienza formativa ho notato come la concomitanza di fattori negativi come l'inadeguatezza degli spazi, la promiscuità degli utenti e il difficile inquadramento di questa tipologia di paziente, insieme alla mancanza di una linea di gestione comune e talvolta il dubbio giurisdizionale tra i due sistemi (Pronto Soccorso ed SPDC) spesso impatta negativamente sulla gestione di un paziente così fragile e imprevedibile e ha come risultato l'allontanamento o la fuga del paziente stesso prima o dopo la presa in carico.

Sulla base di queste osservazioni, ho deciso quindi, di andare a ricercare se fossero presenti all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Ligure 5 (ASL5) dei protocolli specifici atti a gestire percorsi dedicati.

Il risultato della mia ricerca è stato che al momento non esistono protocolli validati utilizzati per queste particolari procedure, da qui l'idea di crearne e proporne uno.

---

<sup>1</sup> D.Marchisio, L.Trabucco, D.Boni, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019



# CAPITOLO 1

## IL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

### 1.1 DEFINIZIONE DI TRIAGE

*“Il triage infermieristico in Pronto Soccorso rappresenta il primo momento di accoglienza e valutazione delle persone che giungono in Pronto Soccorso, è una funzione volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili in modo da garantire la presa in carico e definirne l’ordine di accesso al trattamento.”<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> D.Marchisio, L.Trabucco, D.Boni, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

## 1.2 CENNI STORICI

Il concetto moderno di triage intraospedaliero, nasce alla fine degli anni '50, negli Stati Uniti, a seguito di particolari situazioni che si stavano riscontrando all'interno dei reparti di emergenza:

- aumento degli accessi nei Pronto Soccorso<sup>3</sup>
- aumento dei casi non prioritari

*“Si inizia a parlare in questo contesto di sovraffollamento dei PS e nasce l'esigenza di realizzare l'attività di triage per razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, superando il precedente criterio di ordine di arrivo ed evitando che persone in gravi condizioni si allontanassero senza essere visitate.”<sup>4</sup>*

In Italia il triage intraospedaliero nasce alla fine degli anni '80 basandosi su modelli già presenti e ben consolidati negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

La selezione degli utenti che accedono ai PS e l'attribuzione di priorità di accesso per coloro in condizioni cliniche a maggior rischio evolutivo, si crea dalla presa di coscienza di una situazione di sempre maggiore afflusso nei PS italiani.

*“Questa situazione di sovraffollamento continua a persistere e rischia seriamente di compromettere l'efficienza dell'intero sistema dell'emergenza.*

*Nel 2001 in Italia ci sono stati circa 4 accessi in PS ogni 10 abitanti per un*

---

<sup>3</sup> Pronto Soccorso: da qui a seguire PS

<sup>4</sup> G.Giardi, F.Podeschi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

*totale complessivo di circa 24 milioni di passaggi, di cui il 21,4% è stato seguito da ricovero.*

*Anche nel nostro Paese, come negli Stati Uniti, la maggior parte di questi pazienti non necessitava di prestazioni urgenti.”<sup>5</sup>*

I primi triage ospedalieri nascono in nord Italia: Reggio Emilia, Bologna, Udine e Modena, ma in tempi molto ristretti iniziò a diffondersi in moltissime altre realtà italiane.

Nel Maggio del 1996 in applicazione del Decreto del Ministero della Sanità<sup>6</sup>, vennero pubblicate le Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria contenenti per la prima volta la funzione del triage.

Questo provvedimento di legge, insieme ad altri che verranno a seguire, ha favorito il processo di evoluzione e diffusione del triage infermieristico in PS.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> G.Giardi, F.Podeschi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>6</sup> Decreto del Ministero della Sanità: pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 17 Maggio 1996

<sup>7</sup> G.Giardi, F.Podeschi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019, pagg. 3-10

### 1.3 FUNZIONE DI TRIAGE

Il triage in PS ha una funzione complessa, definita da moltissime variabili cliniche, situazionali, relazionali e organizzative.

*“Ogni PS dovrebbe sviluppare un sistema di triage che, scelto il modello di riferimento e definita la metodologia, tenga conto delle proprie specificità come:*

- *numero di accessi quotidiano, variazioni occasionali o stagionali;*
- *tipologia dei problemi di salute trattati presso la struttura e loro distribuzione circa la frequenza;*
- *situazione e organizzazione del sistema sanitario territoriale e delle urgenze (guardia medica, Centrale Operativa 118, volontariato, medici di base, servizi territoriali ecc.);*
- *tipologia dei medici e del personale attivi in PS;*
- *disposizione architettonica strutturale delle aree di cura dedicate;*
- *organizzazione interna dei processi di cura del Pronto Soccorso e dei servizi a esso collegati;*
- *problematiche amministrative;*
- *altri vincoli e problemi che caratterizzano la struttura.”<sup>8</sup>*

E' fondamentale che ogni PS adotti un modello di triage che sia ben definito, condiviso e omogeneamente messo in atto in tutte le sue parti.

---

<sup>8</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

Nel testo *Comprehensive Triage* di Thompson e Dains del 1982<sup>9</sup> vengono descritti tre sistemi differenti di triage da attuare in PS:

- direttore del traffico o triage non infermieristico;
- spot-check;
- triage globale;

*“Questi tre sistemi differiscono per quanto riguarda le categorie di triage e i loro codici di priorità, l’organico previsto, la documentazione richiesta, la valutazione e la rivalutazione dei pazienti, l’inizio del trattamento o delle procedure diagnostiche.”*<sup>10</sup>

Il primo modello analizzato: direttore del traffico o triage non infermieristico è il più semplice, ed è comunemente denominato accoglienza. Il triage viene attuato da personale non professionista, spesso un impiegato, un ausiliario o un soccorritore.

*“La valutazione è minima, generalmente limitata alla valutazione del dolore e al livello di percezione del non-infermiere di quanto stia male il paziente (emergenza o non-urgenza). Questa scelta è basata sull’osservazione piuttosto che sull’utilizzo di standard o protocolli. La documentazione è minima o assente. È un sistema che può essere utilizzato in un piccolo Pronto Soccorso con un afflusso di pazienti ridotto.”*<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Revisione di Thompson e Dains: dal testo *Comprehensive triage*

<sup>10</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>11</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

Il secondo modello analizzato: spot-check triage è un sistema a rapida occhiata.

*“In questo modello non è prevista la presenza dell’infermiere nell’area di triage, ma il compito di triagista è svolto da un infermiere delle sale visita, che si reca nell’area di triage solo all’arrivo dell’utente per valutarlo e assegnare un codice di priorità.”*<sup>12</sup> I protocolli o standard di riferimento vengono decisi dalle strutture o dalla persona presente al triage; la documentazione prodotta non è sempre presente e non è sempre uguale; solitamente la rivalutazione viene eseguita su richiesta del paziente in quanto non esiste nessun criterio formale già stabilito.

Il terzo modello: triage globale, è il più avanzato e il più diffuso.

*“...prevede che un infermiere specificamente formato, con esperienza presso il servizio di PS e che opera secondo protocolli propri, sia dedicato a operare nella zona di arrivo dei pazienti e sia in grado, in base al sintomo/ problema che il paziente presenta, di valutare le condizioni della persona, definire i bisogni, le necessità di assistenza e stabilire le priorità di intervento anche rispetto al grado di impegno delle risorse disponibili.”*<sup>13</sup>

Questo modello è definito globale in quanto il professionista si prende cura della persona nella sua globalità.

---

<sup>12</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>13</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

Ad oggi assistiamo ad un'ulteriore evoluzione organizzativa del triage globale, consigliata nei PS ad elevata affluenza, il triage a doppio step o bifasico.

Questo modello prevede la presenza di due infermieri che svolgono ruoli differenti.

*“Nella prima fase il paziente è accolto da un infermiere “esaminatore” che:*

- accoglie il paziente,*
- valuta velocemente l'ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability);*
- indaga sul problema di salute o sul motivo dell'accesso;*
- decide se il paziente è in grado di attendere per la valutazione e la registrazione amministrativa o se deve essere immediatamente sottoposto al trattamento.*

*La seconda fase del processo è espletata dall'infermiere “valutatore” il quale gestisce i pazienti giudicati non urgenti dall'“esaminatore”.*

*Questi pazienti possono essere valutati in ordine di arrivo o a discrezione dell'infermiere rispetto al problema segnalato dal collega esaminatore.*

*Il secondo infermiere completa la raccolta dati oggettivi e soggettivi, assegna il codice di priorità e inizia i trattamenti.”<sup>14</sup>*

Nella realtà italiana, è presente un quarto modello di triage oltre a quelli sopra citati: il triage di bancone.

---

<sup>14</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

Eseguito da un infermiere che si trova in una postazione aperta situata all'ingresso del PS. Questa tipologia di triage prevede una rapida intervista e l'operatore non procede ad una valutazione oggettiva di segni e sintomi ma si basa solamente sulla sua osservazione.<sup>15</sup>

### **1.3.1 FAST-TRACK**

Il fast-track è un percorso alternativo allo stazionamento nei locali di PS, previsto da specifici protocolli aziendali approvati dal personale, dal direttore di dipartimento e dal coordinatore infermieristico che prevedono l'invio ad un reparto mono specialistico di un paziente a bassa priorità assistenziale con condizioni cliniche stabili e parametri vitali non alterati, previa la spiegazione dei percorsi dedicati nei confronti dell'utente e le eventuali comunicazioni con i reparti mono specialistici.

Il processo così come l'attivazione dello stesso può subire variazioni condizionate da eventuali criticità relative all'utente o alle risorse del reparto accettante, per questo motivo, deve essere incentivata la comunicazione tra i reparti, qualora non ci fossero le condizioni per garantire la corretta messa in atto della procedura.

Nella realtà sanitaria spezzina, in questo momento sono attivi i seguenti modelli fast-track:

---

<sup>15</sup> D.Marchisio, D.Boni, A.Dellepiane, C.Maestrini, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019, pagg 21-26



- ORL
- Ostetrico
- Ortopedico

## 1.4 FIGURA DEL TRIAGISTA

*“L’infermiere di triage è il primo professionista che il paziente incontra alla “porta dell’ospedale” e che sicuramente può favorevolmente influenzare tutta la sua esperienza nel Dipartimento d’Emergenza.”<sup>16</sup>*

Il ruolo dell’infermiere di triage è caratterizzato da grande autonomia (attribuzione di codici, percorsi, strumenti) e da grande responsabilità che necessitano di specifiche competenze.

*“L’infermiere di triage per realizzare prestazioni efficaci dovrebbe possedere almeno le seguenti capacità:*

- *capacità di controllo dell’emotività propria e altrui [...]*
- *capacità di adattamento [...]*
- *capacità organizzativa [...]*
- *capacità decisionale [...]*
- *capacità comunicativa e disponibilità [...]*
- *capacità critica [...]*

*Poiché parte integrante della persona, le capacità sono migliorabili solo nella dimensione di attitudine (ovvero capacità in forma embrionale),*

---

<sup>16</sup> A.Bruni, D.Marchisio, K.Licciardi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

*mentre le competenze possono essere sviluppate nelle dimensioni della conoscenza e dell'esperienza, per le quali non c'è limite.”<sup>17</sup>*

La formazione post-base, anche dal punto di vista normativo, assume un ruolo fondamentale nella creazione dell'infermiere di triage.

*“Il D.P.R. 27/3/1992 afferma che all'interno del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) il triage è “funzione svolta da personale infermieristico adeguatamente formato”; successivamente, le linee guida sul triage 2001 (G.U. 285, 7/12/2001) specificano gli ambiti della formazione: “insegnamento di base rispetto alle funzioni di triage, corsi di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.”<sup>18</sup>*

Nel 2012 il documento “Linee di indirizzo per il triage in Pronto Soccorso”<sup>19</sup> dichiara che l'infermiere di triage deve essere in possesso di una formazione abilitante che comprende il titolo di studio e l'abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico o ostetrica e possedere inoltre almeno sei mesi di esperienza lavorativa in PS.

La formazione abilitante deve avvenire attraverso la partecipazione ad un corso teorico di preparazione specifico.

---

<sup>17</sup> A.Bruni, D.Marchisio, K.Licciardi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>18</sup> A.Bruni, D.Marchisio, K.Licciardi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>19</sup> Pubblicato sulla rivista *Monitor dell'Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali*

*“Il corso teorico di base sul triage può essere progettato e realizzato a livello aziendale, interaziendale o da specifiche agenzie formative [...]*

*Terminato con esito positivo il corso teorico di triage, è necessario prevedere un periodo di affiancamento in cui il neofita, affiancato da un tutor esperto, svolge sul campo attività di triage. L’obiettivo principale in questa fase sarà l’acquisizione di abilità operative che consistono nell’applicare praticamente quanto appreso a livello teorico.”<sup>20</sup>*

#### **1.4.1 ASPETTI NORMATIVI E RESPONSABILITA’ DELL’INFERMIERE AL TRIAGE**

*“L’infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare. [...]*

*L’infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza.*

*L’infermiere risponde della sottostima nell’assegnazione dei codici di priorità in relazione all’accaduto.”<sup>21</sup>*

Con la sentenza n. 18100/2017, la Corte di Cassazione ha sancito che:

*“L’infermiere che viola sia le linee guida del triage sia le regole di comune*

---

<sup>20</sup> A.Bruni, D.Marchisio, K.Licciardi, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>21</sup> L.Benci, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

*diligenza e perizia richieste a chi opera in pronto soccorso, e non assegna correttamente il codice di priorità, risponde del reato di omicidio colposo per il successivo, eventuale decesso del paziente, conseguente all'omessa tempestiva esecuzione di un esame diagnostico.*"<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Sentenza n 18100/2017, Corte di Cassazione

## 1.5 ATTRIBUZIONE CODICI DI PRIORITA'

*“Il codice di priorità esprime l’esito della decisione infermieristica di triage basata sugli elementi raccolti durante le fasi della valutazione e sul ragionamento clinico basato sul rischio evolutivo. Mediante l’assegnazione del codice di priorità l’infermiere di triage decide e comunica alle unità di cura l’ordine di presa in carico dei pazienti.”<sup>23</sup>*

I fattori che concorrono all’assegnazione del codice di priorità sono principalmente tre:

- il primo e più importante è certamente il rischio evolutivo delle condizioni cliniche del paziente, nell’attesa della presa in carico medica;
- il secondo è il grado di sofferenza del paziente, dove per sofferenza si intende sia quella fisica che psicologica. Per quanto riguarda strettamente la valutazione della sofferenza fisica, il triagista fa riferimento a due scale di dolore suggerite dalla letteratura vigente: la scala di VAS e la scala NRS.
- il terzo è la gestione delle risorse disponibili, intese sia come risorse strettamente legate agli operatori presenti in PS, sia come alle disponibilità mono specialistiche percorribili come fast-track.

---

<sup>23</sup> D.Braglia, D.Boni, M.Cuscini, S.Marcolin, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

La normativa nazionale<sup>24</sup> e regionale<sup>25</sup> nel 1992, 1996 e 2001 sancì una classificazione secondo quattro livelli di priorità identificati dai colori: rosso, giallo, verde, bianco.

Questa classificazione venne adottata su tutto il territorio nazionale e divenne la modalità di assegnazione di codice di priorità più utilizzata.

Nel 2012 la situazione in Italia era ancora confusa ed era evidente la necessità di dar vita ad uno standard nazionale.

Nasce così il Coordinamento Nazionale Triage che nel documento “Linee di indirizzo per il triage in Pronto Soccorso”<sup>26</sup> suggerisce l’adozione della metodologia del triage globale ma soprattutto raccomanda un sistema di codifica a 5 livelli.

La seguente codifica viene espressa in codice numerico che va da 1 a 5, dove per 1 intendiamo il codice a massima priorità e per 5 quello a minima.

Tutto questo è stato fatto per favorire la dissociazione dell’utente o dei propri familiari tra il colore, che può evocare uno stretto rapporto con la gravità clinica, rispetto al concetto di priorità di accesso alle cure mediche.

Insieme ad un gruppo di lavoro multidisciplinare istituito presso il Ministero della Salute venne pubblicata una bozza della nuova proposta delle linee guida.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> D.P.R. 27 Marzo 1992

<sup>25</sup> Atto d’Intesa tra Stato e Regioni, 1996

<sup>26</sup> Pubblicato sulla rivista *Monitor*, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

<sup>27</sup> 30 Marzo 2016, quotidiano digitale “*Sanità24-Il sole 24 ore*”

*“Le differenze sostanziali rispetto la precedente codifica a quattro livelli (codici colore) si rilevano nella stretta relazione fra codice e tempo di accesso all’area di trattamento o attivazione del percorso assistenziale.”<sup>28</sup>*

Di seguito la classificazione dei codici di priorità.

- *"Codice 1 interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali.*

*È una condizione che richiede un intervento aggressivo o immediato; non può esservi tempo di attesa. [...]*

- *Codice 2 rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d’organo o di apparati.*

*Sono condizioni che comportano una minaccia imminente per la vita, ovvero sono quelle situazioni che dopo la valutazione di triage vengono definite “ad alto rischio evolutivo”. [...]*

*Sono pazienti che richiedono interventi molto rapidi.*

- *Codice 3 condizione senza rischio evolutivo ma con sofferenza e ricaduta sullo stato generale.*

*Non vi sono rischi evolutivi evidenti, ma il paziente è in uno stato di discomfort tale che richiede un intervento specifico, a volte complesso.*

- *Codice 4 condizione senza rischio evolutivo.*

*Solitamente richiede prestazioni e/o percorsi non complessi. I pazienti senza rischi evolutivi hanno parametri vitali normali e*

---

<sup>28</sup> D.Braglia, D.Boni, M.Cuscini, S.Marcolin, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019



*dolore lieve, per i quali sono necessari solamente interventi a bassa complessità. [...]*

- *Codice 5 condizioni non urgenti, di minima rilevanza clinica.*

*Sono usualmente problemi cronici oppure patologie di minima rilevanza clinica e con scarso o nullo dolore per le quali possono essere previsti altri percorsi. [...]"<sup>29</sup>*

Fondamentale nel processo di triage è la rivalutazione, in quanto, dopo l'assegnazione del codice di priorità i tempi possono essere variabili e talvolta lunghi. Per questo motivo, i pazienti devono essere regolarmente rivalutati per cogliere eventuali variazioni dello stato di salute.

Il codice di priorità può essere modificato in seguito alla rivalutazione.<sup>30</sup>

La normativa prevede l'obbligo di rivalutazione per i codici 2,3,4,5 qualora l'attesa superi il minutaggio massimo previsto per l'acquisizione da parte del medico: codice 1 accesso immediato, codice 2 entro 15 minuti, codice 3 entro 60 minuti, codice 4 entro 120 minuti e codice 5 entro 240 minuti.

La rivalutazione può anche essere effettuata da un infermiere delegato purché abbia le medesime competenze specialistiche del triagista, oppure da chiunque lo possa coadiuvare nell'espletare in prima persona questo compito.

---

<sup>29</sup> D.Braglia, D.Boni, M.Cuscini, S.Marcolin, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>30</sup> D.Braglia, D.Boni, M.Cuscini, S.Marcolin, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019 pagg.27-32

## I CODICI D'ACCESSO DEL PRONTO SOCCORSO

<b>1</b>	<b>ROSSO</b>	<b>EMERGENZA</b>	<b>EMERGENCY URGENCE EMERGENCIA</b>
<b>2</b>	<b>ARANCIONE</b>	<b>URGENZA</b>	<b>URGENCY URGENCE URGENCIA</b>
<b>3</b>	<b>AZZURRO</b>	<b>URGENZA DIFFERIBILE</b>	<b>DEFERABLE URGENCY URGENCE DIFFÉRÉE URGENCIA DIFERIDA</b>
<b>4</b>	<b>VERDE</b>	<b>URGENZA MINORE</b>	<b>MINOR URGENCY URGENCE MINEURE URGENCIA MENOR</b>
<b>5</b>	<b>BIANCO</b>	<b>NON URGENZA</b>	<b>NO URGENCY AUCUNE URGENCE NINGUNA URGENCIA</b>

*Linee di indirizzo sui codici di priorità in dotazione all'ASL5.*

# CAPITOLO 2

## PAZIENTE PSICHIATRICO

### 2.1 SALUTE MENTALE

L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce la salute mentale come *"uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità."*<sup>31</sup>

*"Il disturbo mentale è inteso come una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e altre attività significative."*<sup>32</sup>

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali non includono solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, tra cui le politiche

---

<sup>31</sup> Definizione Organizzazione Mondiale della Salute

<sup>32</sup> DSM- 5, *Manuale internazionale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, American Psychiatric Association, 2013

adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità.

L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età, rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire.

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media.

Per esempio, persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità maggiore del 40-60%, rispetto al resto della popolazione, di morte prematura, a causa di altre malattie, che spesso non vengono affrontate (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Quest'ultimo rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.<sup>33</sup>

## 2.1.1 DISTURBI PSICHIATRICI

I disturbi psichiatrici sono molteplici e distinguibili in diverse categorie:

- **Disturbi dell'umore:** il concetto dell'umore è una dimensione, dal punto di vista psicopatologico, complessa della vita psichica.

Esiste una linea di continuità che va dalla tristezza/dolore fisiologico a quella che è la vera e propria depressione.

Sindrome depressiva: comprende una serie di segni e sintomi che sono

---

<sup>33</sup> Ministero della Salute, *Salute mentale*

assolutamente distinguibili da quelli che vengono riconosciuti nella normale tristezza. Non esiste una sola forma di depressione: alcune dipendono dall'età della vita (infantile, età adulta, ecc.), altre sono legate alle fasi della vita (post partum, menopausa), vi sono depressioni legate a componenti ansiose, all'aspetto contro polare della malattia oppure depressioni che intercorrono in malattie organiche.

C'è una maggior frequenza della depressione nella donna, ma una maggior gravità nell'uomo.

Ci sono dei fattori di vita precursori della depressione, tra cui lutti (soprattutto in età infantile), il mal accudimento, l'iperprotettività da parte di familiari, l'interruzione delle relazioni, l'interruzione delle attività lavorative oppure traslochi ripetuti.

Anche una componente ansiosa forte, una forte paura del giudizio è precursore di depressione.

Disturbo bipolare: si caratterizza per gravi alterazioni delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti, passando da fasi maniacali o ipomaniacali a fasi depressive anche molto frequentemente.

La ciclicità della bipolarità è la più varia: più i cicli sono ravvicinati, più il disturbo si aggrava.

Gli stati misti sono i più gravi: si sommano fase depressiva e fase maniacale, è estremamente pericoloso e difficile da trattare.

Disturbo bipolare di tipo 1: completo, con fasi depressive alternate a fasi maniacali.

Disturbo bipolare di tipo 2: decorso insidioso, è molto difficile da riconoscere ed è ad alto rischio la slatentizzazione.

Nel disturbo bipolare c'è un rischio molto alto di suicidio: è presente in tutte le fasi di malattia ma soprattutto nelle fasi di passaggio.

E' molto elevato nei primi anni della malattia e nei pazienti giovani, quando si imposta la terapia. Il paziente può mettere in atto numerosi tentativi di suicidio e può arrivare anche a compierlo, spesso in maniera impulsiva.

Uno dei motivi legati al rischio di suicidio è connesso all'utilizzo di alcool e sostanze in concomitanza con l'umore tipico del bipolare.

- **Disturbi d'ansia:** i disturbi d'ansia comprendono il disturbo d'ansia generalizzato, i disturbi da stress e il disturbo da attacchi di panico.

L'ansia è uno stato di tensione emotiva che si accompagna a sintomi fisici ed è una reazione istintiva di difesa, istinto di conservazione per pericoli che possono arrivare dall'interno oppure dall'esterno.

L'ansia interferisce con tutte le funzioni neurovegetative e dà come sintomatologia palpitazioni, sudorazione, tachicardia, freddo o caldo.

Diventa un disturbo quando il paziente supera un livello normale di quota d'ansia in riferimento alla situazione, oppure quando il paziente sa di provare ansia in un momento durante il quale, in condizioni normali, non si dovrebbe provare.

Esiste un meccanismo neuronale che sostiene il disturbo, la sintomatologia ha un'acme, oltre a quel livello non sale.

Disturbo da attacchi di panico: colpisce il 10% della popolazione giovanile.

L'insorgenza si caratterizza dalla comparsa di almeno quattro o più di una serie di sintomi quali: tachicardia, sudorazione, tremore, brividi, mancanza d'aria, respiro corto, dolore toracico, nausea, disturbi addominali, vampate di calore, formicolio e torpore, paura di perdere il controllo, paura di impazzire e paura di morire, derealizzazione e depersonalizzazione.

Per definire un disturbo da attacchi di panico, le crisi devono essere inattese: il picco si raggiunge in pochi minuti e pian piano decresce.

La frequenza di queste crisi cambia a seconda della cognitività della persona.

Può svilupparsi un'ansia anticipatoria e di conseguenza si evitano i luoghi chiusi, i luoghi aperti e i luoghi affollati soprattutto per la vergogna e la paura di farsi vedere star male. E' un disturbo con un'altissima componente genetica.

Disturbo d'ansia generalizzato: lo scenario più diffuso è legato a pazienti che sviluppano sintomi depressivi. Chi ne soffre tende ad essere troppo apprensivo, preoccupato eccessivamente per tutto e sempre in tensione. C'è consapevolezza dell'eccessiva ansia e il disturbo ha un decorso molto variabile.

Esistono disturbi d'ansia che sono secondari a quadri medici e farmacologici: ipertiroidismo, interruzione brusca di terapie

farmacologiche, patologie infettive, patologie cardiache e cortisonici ad esempio possono scatenare un attacco di panico.

I disturbi d'ansia si trattano con gli antidepressivi sia di vecchia che di nuova generazione, ma sono pazienti che rispondono moltissimo se curati con la terapia cognitivo-comportamentale. Gli ansiolitici si utilizzano per tutti i disturbi ma soprattutto nella fase acuta.

- **Disturbo ossessivo compulsivo:** è uscito dai disturbi d'ansia per le sue caratteristiche particolari (gravità e durata).

Comprende due sintomi fondamentali: le ossessioni e le compulsioni.

Le ossessioni sono pensieri, impulsi, immagini persistenti, ecodistonici, riconosciuti come processi della mente e non come qualcosa di esterno, nonostante ciò non sono facilmente sopprimibili. Il paziente comprende l'assurdità del proprio pensiero e mette in atto una serie di azioni (compulsioni) mentali o comportamentali che sono ripetitive e intenzionate a sopprimere l'ossessione.

- **Psicosi:** attualmente con disturbo psicotico si intende un disturbo psichiatrico grave, caratterizzato da un distacco dall'ambiente che circonda il paziente, da forti difficoltà ad iniziare delle attività e a provare sentimenti autentici nei confronti delle altre persone.

I sintomi psicotici sono classificabili in: disturbi della forma del pensiero ovvero alterazioni del flusso ideico, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza;

disturbi di contenuto del pensiero, ideazione prevalente o delirante, in



particolare è molto nota la cosiddetta paranoia. Il contenuto dei deliri può essere di vario tipo: persecuzione, di riferimento, somatico, religioso o di grandezza;

disturbi della sensopercezione con allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili e gustative. Tuttavia le allucinazioni uditive sono le più comuni nei disturbi psicotici e si presentano sotto forma di voci, familiari o non familiari.

- **Schizofrenia:** psicosi cronica caratterizzata dalla persistenza di sintomi di alterazione delle funzioni cognitive e percettive, del comportamento e dell'affettività, con un decorso superiore ai sei mesi e con forte disadattamento della persona, ovvero una gravità tale da limitare o compromettere le normali attività di vita.

I sintomi più comuni includono: allucinazioni uditive, deliri paranoici e pensieri o discorsi disorganizzati. L'insorgenza dei sintomi si verifica in genere in età adulta.<sup>34</sup>

- **Disturbi dell'alimentazione:** comprendono tutto ciò che è un'alimentazione patologica. L'esordio avviene negli anni infantili, è prevalentemente colpito il sesso femminile, ma sono in aumento anche nel sesso maschile. Con il trattamento del disturbo alimentare spesso emergono comorbidità come ansia, depressione, disturbi della personalità o eventi traumatici importanti.

---

<sup>34</sup> DSM- 5, *Manuale internazionale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, American Psychiatric Association, 2013

Binge eating: alimentazione incontrollata, caratterizzata da episodi di abbuffate in cui si mangia in poco tempo una quantità di cibo esagerata, associato alla spiacevole sensazione di pienezza, si mangia molto velocemente e spesso da soli per la vergogna. Solitamente c'è consapevolezza di malattia.

Anoressia: i pazienti si alimentano sempre meno, hanno paura di ingrassare e sviluppano una fobia vera e propria per gli alimenti. Il cibo viene demonizzato, sminuzzato e l'autostima è totalmente influenzata dal fatto di riuscire a non mangiare. Vi è l'alternanza di abbuffate ed episodi di vomito, spesso associati all'utilizzo di diuretici, di lassativi e anche di farmaci che accelerano il metabolismo. I pazienti hanno spesso comorbidità con ansia e cambi di umore.

Bulimia: consiste in una voracità patologica ed eccessiva nel mangiare, seguita talora da induzione del vomito, eccessiva attività fisica, digiuno o utilizzo di farmaci lassativi. Non vi è la perdita di molto peso, la gravità viene quindi calcolata sul numero delle abbuffate. Vi è comorbidità con cambi di umore, ciclotimia e autolesionismo.

Non esistono farmaci specifici per il trattamento dei disturbi alimentari, spesso si utilizzano terapie mirate alle comorbidità e alla sfera gastrica.

E' consigliato l'utilizzo di farmaci anti-ossessivi come la fluorexitina che non aumenta l'appetito. E' fondamentale ricercare la complicità della famiglia per riuscire meglio nel trattamento con i pazienti.

I protocolli prevedono una terapia ambulatoriale con un'equipe composta

da psichiatra, psicologo e nutrizionista e una terapia semi-residenziale dei day-hospital dove si uniscono all'equipe infermieri ed educatori.

E' preferibile la terapia cognitivo-comportamentale.

- **Disturbo da abuso di sostanze:** una sostanza psicoattiva è una sostanza che altera lo stato di coscienza e le funzioni mentali, l'uso induce dei fenomeni di tolleranza, abuso, dipendenza e tossicomania.

Si diventa tolleranti alla sostanza e quindi costretti ad aumentare le dosi per ottenere lo stesso beneficio, si tende ad abusarne e di conseguenza a sviluppare una dipendenza di tipo sia psichico che fisico. Le sostanze psicoattive sono sostanze che possono provocare intossicazioni di tipo acuto e danno una sintomatologia di astinenza nel momento in cui vengono interrotte.

L'obiettivo di strutture come il SERT<sup>35</sup> è portare il paziente alla diminuzione della sostanza fino a raggiungere l'astinenza, ma soprattutto evitare tutti i comportamenti legati all'utilizzo della sostanza.

Il metadone è un farmaco utilizzato nel trattamento di disassuefazione da narcotico-stupefacenti. Il trattamento disintossicante e il trattamento di mantenimento devono essere eseguiti sotto controllo medico.

Il metadone ha anche un'azione antidepressiva, quindi diventa difficile arrivare all'astinenza anche da esso.

Non esistono farmaci sostitutivi per le sostanze psicostimolanti, perciò si va a trattare il disturbo psichiatrico che è spesso alla base o concomitante,

---

<sup>35</sup> Servizi per le tossicodipendenze

evitando l'impulsività dell'utilizzo delle sostanze come la cocaina.

Esiste un settore del servizio della tossicodipendenza dedicato all'alcool.

E' giusto tenerlo separato dalle altre sostanze stupefacenti in quanto sostanza legale. L'alcool costituisce un problema psico-sociale e produce una malattia multiorgano.

L'astinenza da alcool sviluppa una sintomatologia estremamente grave con sintomi come sudorazione, aumento della frequenza cardiaca, tremore, nausea, vomito, senso di confusione, disartria fino alle crisi convulsive.

Il delirium tremens è una complicanza potenzialmente mortale della sospensione dell'alcool, può verificarsi tra il terzo e il quinto giorno dalla sospensione. Produce una sintomatologia caratterizzata da allucinazioni e sudorazione.

Si previene riducendo la sostanza in modo molto lento ed è una complicanza di competenza medica, non psichiatrica.

Allucinazioni alcoliche, disturbi della memoria, ansia, disturbi del sonno ed encefalopatie alcoliche sono tutte complicanze croniche dell'uso continuo della sostanza.

Per mantenere la sobrietà viene somministrato l'Antabuse, farmaco che impedisce di assumere alcolici in quanto in caso di associazione alla sostanza provoca sudorazione, cefalea, fino alla depressione respiratoria.

L'assunzione di questo farmaco è volontaria da parte del paziente, in quanto deve dare il suo consenso al medico che lo prescrive. Una delle

caratteristiche dell'alcool dipendenza è che la dipendenza si ripristina rapidamente se il paziente ricomincia ad assumere alcolici.

- **Disturbi di personalità:** i disturbi di personalità possono essere gravi o possono rimanere a livello di non cura: alcuni di questi pazienti sono molto pericolosi per gli altri più che per se stessi, considerano questo modo di essere un modo personale e non ritengono che questo sia da curare, uscendo così dalla diagnosi del disturbo di personalità. La personalità è studiata in cluster che sono i precursori delle vere e proprie patologie:

Cluster A: disturbi della sfera psicotica

Cluster B: disturbo antisociale di personalità, narcisismo, istrionismo, disturbo borderline.

Cluster C: dipendenti di personalità come insicurezza, incertezza, disturbo ossessivo, evitanti di personalità.

Disturbo borderline di personalità: è un disturbo caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e da una marcata impulsività e difficoltà ad organizzare in modo coerente i propri pensieri.

E' frequente in questa tipologia di pazienti la manifestazione di ricorrenti comportamenti, gesti o minacce di tipo suicidario o comportamenti autolesivi.

## **2.2 DEFINIZIONE DI EMERGENZA E URGENZA PSICHIATRICA**

### **2.2.1 DEFINIZIONE DI EMERGENZA PSICHIATRICA**

L'emergenza psichiatrica è un' *“improvvisa grave modificazione del comportamento e dello stato emotivo che causa disagio acuto e difficoltà del rapporto per il paziente, la famiglia, il suo ambiente sociale”*<sup>36</sup>.

Esistono numerose cause che possono portare ad un'emergenza psichiatrica:

- Esordio o riacutizzazione di malattia psichiatrica;
- Patologie somatiche che si manifestano con sintomi psichiatrici;
- Crisi individuali in rapporto a situazioni psicosociali difficili;
- Situazioni legate alla turbativa dell'ordine pubblico (tossicomanie, alcolismo, comportamenti violenti o antisociali);
- Casi di emarginazione e deriva sociale;

Esempi di emergenze psichiatriche sono:

#### **Paziente violento**

Con il termine “aggressività” si fa riferimento a comportamenti caratterizzati da minacce verbali o fisiche, mentre si definiscono comportamenti violenti i veri e propri atti di violenza contro gli oggetti, gli altri e contro se stessi.

---

<sup>36</sup> Università degli studi di Napoli, *“le emergenze in psichiatria”*,

E' di fondamentale importanza formulare una valutazione del rischio di violenza a breve termine basandosi sulle informazioni disponibili, facendo attenzione ai segni verbali e motori che indicano la possibilità di comportamenti violenti quali eloquio a voce alta, iperattività motoria, agitazione, tensione e midriasi.<sup>37</sup>

*“Il personale infermieristico chiamato a dare assistenza, in questi casi, deve essere formato specificamente, per gestire un tale frangente e adottare le misure più appropriate, a garanzia della sicurezza di tutti i soggetti coinvolti.*

*E' in questo quadro quindi che si è inserita la volontà dell'Istituzione di mettere a disposizione degli operatori della clinica una formazione specifica sulla gestione dell'aggressività del paziente psichiatrico.”<sup>38</sup>*

### **2.2.2 DEFINIZIONE DI URGENZA PSICHIATRICA**

Si definisce urgenza psichiatrica la *“situazione acuta e grave in cui la sofferenza psichica di un soggetto o un suo comportamento, collegati ad una qualche psicopatologia, richiedano un intervento psichiatrico immediato per i rischi che tale stato comporta alla persona stessa (per la sua tutela somatica, relazionale, sociale, professionale e patrimoniale) o*

---

<sup>37</sup> Università degli studi di Napoli, *“le emergenze in psichiatria”*,

<sup>38</sup> P.Zbinden, N.Seiler, *GESTIONE DELL'AGGRESSIVITA' DEL PAZIENTE PSICHIATRICO*, 2007

*agli altri.”<sup>39</sup>*

L'urgenza in psichiatria non è improvvisa ma progressiva, l'intervento non serve a mantenere in vita il paziente e la necessità di ricorrere al ricovero non è molto frequente.

L'urgenza in psichiatria nasce e si propone attraverso il rapporto che intercorre tra la condizione psichiatrica ed il contesto nel quale si colloca, non è quindi la gravità del disturbo a determinare la necessità dell'intervento urgente ma bensì il rapporto che intercorre tra il soggetto e il suo ambiente.

Le urgenze psichiatriche possono essere distinte in vere e false:

- urgenze psichiatriche vere: sono quelle di stretta pertinenza psichiatrica, come ad esempio l'agitazione psicomotoria come espressione di un quadro psicotico acuto, uno stato d'ansia acuto oppure un quadro depressivo;
- urgenze psichiatriche false: non sono di stretta competenza psichiatrica ma riferibili a competenze mediche, neurologiche o di ordine pubblico;
- urgenze psichiatriche mascherate o urgenze pseudosomatiche: sono urgenze psichiatriche che si manifestano con sintomi somatici acuti;

*“Un problema centrale dell'urgenza psichiatrica consiste nell'individuare rapidamente e precisamente la competenza del problema che viene posto come psichiatrico. Oltre che improprio è dannoso che lo psichiatra gestisca*

---

<sup>39</sup> M.Preve, *“Psichiatria d'urgenza”*, Dipartimento di psichiatria, neurobiologia, farmacologia e biotecnologie, Università di Pisa



*le false urgenze, ma anche che il medico di medicina generale gestisca le urgenze mascherate.*"<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> M.Preve, "*Psichiatria d'urgenza*", Dipartimento di psichiatria, neurobiologia, farmacologia e biotecnologie, Università di Pisa

## **2.3 TRIAGE NEL PAZIENTE PSICHIATRICO E RISCHIO EVOLUTIVO**

Sulla base di quanto prima affermato si può supporre che il paziente psichiatrico che afferisce al PS necessita di una accoglienza e valutazione che porti ad un'attribuzione di un codice di priorità che tenga conto della imprevedibilità dell'evoluzione e dell'impegno delle risorse al momento disponibili in reparto, al fine di non creare situazioni che portino ad un rapporto sproporzionato di risorse rispetto al numero dei pazienti e quindi a non garantire un'adeguata assistenza agli altri utenti in attesa.

Tra le varie condizioni che fanno parte del rischio evolutivo c'è il pericolo di fuga, di autolesione o di lesione a terzi.

E' fondamentale eseguire un triage con un percorso protetto che preveda un'accurata gestione della privacy e la possibilità di parlare con il paziente allontanando tutte le altre persone.

E' importante chiedere le informazioni utili ai parenti, a meno che non ci siano momenti di frizione relativi a quella determinata persona che sta scatenando l'evento.

In un primo momento è buona pratica utilizzare determinati comportamenti:

- *“evitare di toccare la persona senza il suo consenso [...]”;*
- *evitare di sostenere lo sguardo se questo crea disagio alla persona;*
- *evitare di mettersi tra la persona e l'unica via di fuga, [...]”;*
- *mantenere un tono rispettoso anche se si tratta di un giovane;*

- *mantenere una distanza di sicurezza, anche nei casi di non pericolosità [...];*
- *parlare con un tono di voce rassicurante, non accondiscendente o falso, con volume medio basso e lentamente”.*<sup>41</sup>

I principali rischi evolutivi che possono verificarsi mentre un paziente con sintomatologia psichiatrica è al triage sono principalmente atti autolesivi o eterolesivi, crisi di agitazione psicomotoria secondaria alle attese, talvolta lunghe e infine autosoppressione.<sup>42</sup>

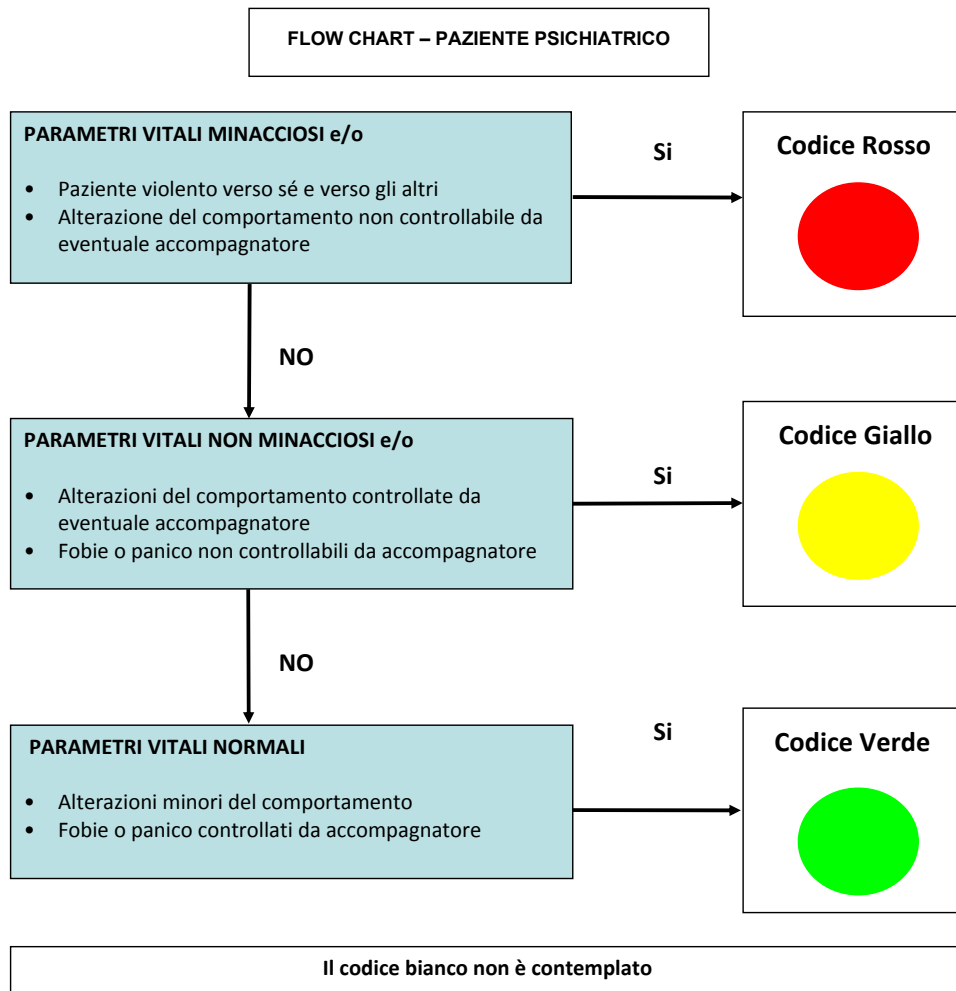
Nel 2017 è stato condotto a Londra, uno studio da Swires-Hennessy & Hayhurst, secondo il quale ogni paziente che presenta un disturbo psichiatrico, nel momento in cui afferisce al PS e accede al triage, deve essere sottoposto ad una valutazione del rischio di autolesionismo, suicidio e danno a terzi.

Ciò permetterà di individuare uno spazio adeguato per l'utente, una valutazione del rischio di fuga e se possono essere necessarie osservazioni speciali o una presenza di security e sorveglianza. Inoltre, la valutazione iniziale rappresenta un periodo utile per la raccolta di informazioni necessarie da parte del personale infermieristico di triage.

---

<sup>41</sup> A.Gargiulo, E.Bernardinello, D.Marchisio, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019

<sup>42</sup> A.Gargiulo, E.Bernardinello, D.Marchisio, *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019 pag.305



*Flow Chart di massima suggerita dal Gruppo Formazione Triage che riassume le specifiche generali per l'inquadramento del paziente psichiatrico - TRIAGE INFERMIERISTICO McGraw-Hill, Milano 2019*

### 2.3.1 COMUNICAZIONE

*“L’infermiere di triage, per poter realizzare un approccio adeguato alle problematiche psichiatriche e comunicare efficacemente con gli altri operatori, deve conoscere il linguaggio psichiatrico, imparare a riconoscere e definire i segni e i sintomi osservandoli accuratamente e saperli descrivere in modo articolato.”<sup>43</sup>*

In psichiatria è molto complesso definire la parola “sintomo”, in quanto i sintomi sono esperienze soggettive descritte dal paziente stesso.

Per la valutazione e l’adeguata gestione del paziente psichiatrico in fase acuta che accede al servizio di PS, l’infermiere di triage deve necessariamente utilizzare come strumenti principali la relazione e l’ascolto: il paziente deve sentirsi compreso e sviluppare un rapporto di fiducia con l’operatore.

*“La comunicazione verbale con il paziente psichiatrico si avvale di alcuni principi:*

- utilizzare un tono di voce calmo, caldo e chiaro. Può essere alterato in modo appropriato per esprimere energia nella conversazione;*
- evitare il confronto personale restando concentrati sui problemi più recenti (nella prima fase di de-escalation, non perdere di vista il problema*

---

<sup>43</sup> E.Brindusa, *“La gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso: criticità e profili innovativi”*, Università Politecnica delle Marche, Aprile 2020

*principale, anche se il paziente sta parlando d'altro dirottando il discorso);*

- *definirsi come persona che è lì per aiutarlo, non per reprimerlo.*

*Principi della valutazione non verbale:*

- *essere consapevoli della propria postura; evitare posizioni che possano suggerire un atteggiamento di chiusura o autorità;*
- *la distanza tra i soggetti deve essere di almeno 1 metro; può essere necessario aumentarla di 3 volte in risposta ad una aggressione verbale; al diminuire della risposta aggressiva potrà diminuire anche la distanza.*
- *essere consapevoli del contatto visivo; mantenere lo stesso contatto visivo che si avrebbe con una persona non aggressiva; evitare sguardi intimidatori;*
- *controllare la propria mimica facciale, assicurarsi che sia coerente con i contenuti espressi.*

*Alcune indicazioni per realizzare un ascolto efficace con il paziente psichiatrico:*

- *ascoltare per il significato complessivo, non fermarsi al racconto dell'accaduto o al sintomo, ma comprendere il significato di tutto ciò che la persona racconta, e quali emozioni mostra nel racconto;*
- *evitare pregiudizi e interpretazioni;*
- *esplorare preferibilmente con domande aperte rispetto a domande chiuse;*

- *non permettere che i sentimenti interferiscano con la propria professionalità, e concentrarsi sempre sul comportamento che si desidera da parte dell'utente;*
- *mai formulare promesse che non potranno essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrare farmaci). ”<sup>44</sup>*

### **2.3.2 SICUREZZA**

*“Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori ‘ex lege’ di una posizione di garanzia, espressione dell’obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l’integrità; e l’obbligo di protezione dura per l’intero tempo del turno di lavoro”.*<sup>45</sup>

All’interno delle Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell’allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie<sup>46</sup>, vengono esplicitati una serie di elementi utili a prevedere il rischio di abbandono delle strutture:

---

<sup>44</sup> E.Brindusa, *“La gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso: criticità e profili innovativi”*, Università Politecnica delle Marche, Aprile 2020

<sup>45</sup> *Corte di Cassazione*, V sezione penale, sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005

<sup>46</sup> Regione Emilia-Romagna, Direzione generale sanità e politiche sociali per l’integrazione, Luglio 2015

- *“Intenzione verbalizzata di allontanarsi*
- *pregressi episodi di allontanamento conosciuti*
- *paziente con wandering<sup>47</sup>*
- *palese disaccordo per quanto riguarda il piano diagnostico terapeutico assistenziale*
- *pazienti affetti da gravi patologie che hanno ricevuto comunicazione di prognosi infausta*
- *pazienti sottoposti a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)*
- *paziente con restrizione della libertà personale”*

In seguito all’identificazione dei fattori di rischio, è necessario adottare misure di protezione e tutela idonee, quali ad esempio: presenza di un caregiver/familiare, garanzia di una corretta programmazione della sorveglianza infermieristica (es.: collocare il paziente in un’area che permetta al personale sanitario un’attiva e costante osservazione e un adeguato livello di vigilanza), garantire un’adeguata manutenzione della struttura e delle attrezzature (sistema di illuminazione, finestre, serrature, ecc.).<sup>48</sup>

Dopo aver riportato queste informazioni generali, ritengo opportuno fare un focus su quelle che sono le responsabilità dell’infermiere qualora un

---

<sup>47</sup> comportamento di vagabondaggio che può comparire nei pazienti con demenza

<sup>48</sup> U.O.S. RISK MANAGEMENT ASL Pescara, Responsabile Dr.ssa Annamaria Ambrosi, Procedura Aziendale: *“PREVENZIONE E GESTIONE DELL’ALLONTANAMENTO NON AUTORIZZATO DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA SANITARIA”*, 2021



paziente psichiatrico si allontanasse o abbandonasse la struttura sanitaria presso cui si trova.

In seguito ad una richiesta avanzata dal Collegio IPASVI di Pisa, nel 2016, il giurista Luca Benci<sup>49</sup> si esprime sulla *“responsabilità dell’infermiere in merito ad eventi avversi che possano interessare pazienti che, non per deliberata volontà, si allontanino dalle strutture sanitarie presso cui sono ricoverati”*.

Bisogna innanzitutto aver chiaro che, la responsabilità di un infermiere nel caso in cui un paziente si allontanasse dal reparto è strettamente correlata alla presa in carico.

Nonostante la figura dell’infermiere si sia evoluta negli anni, mantiene una responsabilità sull’incolumità del paziente, in relazione ai suoi bisogni assistenziali. Quindi l’infermiere ha la cosiddetta posizione di garanzia: si rende garante dell’incolumità di un paziente che non è in grado di garantirselo.

*“La responsabilità è però limitata. La giurisprudenza la subordina a due concetti chiave del diritto penale: la prevedibilità e la prevenibilità dell’evento. Se un evento è prevedibile e prevenibile c’è responsabilità infermieristica, altrimenti no.”*

La definizione di prevedibilità è correlata alle condizioni del paziente, alla sua diagnosi e al grado di autosufficienza mentre la prevenibilità riguarda strettamente le condizioni della struttura, il personale, l’organizzazione.

---

<sup>49</sup> esperto in Diritto delle professioni sanitarie, Firenze

*“L’infermiere può essere chiamato a rispondere di lesioni personali – nel caso che il paziente abbia danni su se stesso - e di omicidio colposo in caso di morte. [...]. In conclusione: il momento fondamentale è relativo alla presa in carico del paziente, alla sua valutazione e ai suoi bisogni. L’assistenza – e quindi la responsabilità – vengono paramtrate in relazione proprio alla valutazione e al piano di assistenza relativo.”*

# **CAPITOLO 3**

## **ANALISI DEI DATI**

### **3.1 SCOPO DELLO STUDIO**

Lo studio è stato condotto presso il PS dell'Ospedale Sant'Andrea della Spezia, dal mese di Giugno al mese di Agosto 2023, visionando tramite il programma OneSys, le cartelle cliniche dell'anno 2022 dei pazienti inseriti con causale: paziente psichiatrico, agitazione psicomotoria o autolesionismo.

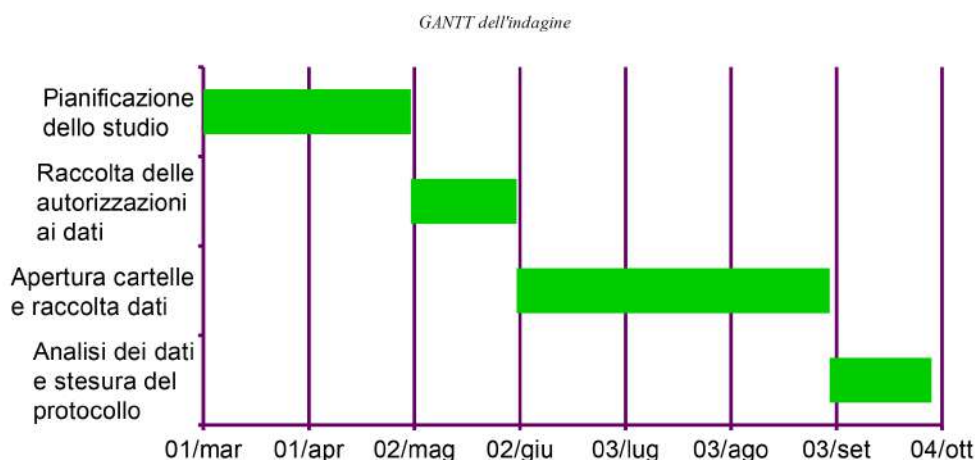
Il criterio di inclusione non determina una condizione clinica ma esclusivamente una classe di pazienti identificati come tali sulla base di un sintomo o di un problema principale.

Da ogni cartella sono stati estrapolati i seguenti dati: orario di triage, codice colore assegnato, orario di presa in carico medica, orario di chiusura cartella, esito.

Per quanto riguarda i pazienti con esito "abbandono durante iter" oltre ai dati sopracitati è stata verificata la presenza o meno di una richiesta di consulenza specialistica SPDC.

Lo scopo finale di questo studio è quello di evidenziare la percentuale delle fughe, degli abbandoni durante iter, le tempistiche medie e la correlazione di quest'ultime con generici eventi avversi.

### 3.2 SVILUPPO DELLO STUDIO



Lo studio si è sviluppato secondo il calendario sopra riportato.

I mesi di Marzo e Aprile 2023 sono stati dedicati interamente alla pianificazione dello studio e alla ricerca di eventuali protocolli di gestione già presenti in ASL5.

Durante il mese di Maggio mi sono dedicata alla compilazione di tutte le richieste per ottenere le autorizzazioni necessarie a far partire lo studio.

Sono state presentate le domande per avere accesso alle cartelle cliniche e al sistema informatico in dotazione al PS della Spezia.

Una volta ottenuta l'autorizzazione dal dirigente delle professioni sanitarie Dott. Franco Piu, dalla coordinatrice teorico-pratica del mio polo di didattico di appartenenza Dott.ssa Enrica Cantinotti e dal Direttore Generale Dott. Palamede Colotto, è iniziata la raccolta dei dati.

Sempre nel mese di Maggio, mi è stato fornito un file Excel contenente i numeri di cartella clinica di tutti i pazienti inseriti al triage nell'anno 2022

con causale: paziente psichiatrico, agitazione psicomotoria e autolesionismo.

Mi sono recata presso la struttura di PS con cadenza settimanale, a partire dal mese di Giugno: tramite l'accesso al sistema informatico, ho aperto singolarmente le cartelle cliniche e da ognuna ho estrapolato i dati a me necessari per avere un quadro generale delle principali criticità nella gestione di tali pazienti e per permettermi di stendere un protocollo il più possibile adatto alla prevenzione di eventi avversi quali fuga e allontanamento.

Terminata nel mese di Agosto la raccolta dei dati, ho organizzato tutto in un documento che mi permettesse di realizzare i grafici dei risultati dello studio.

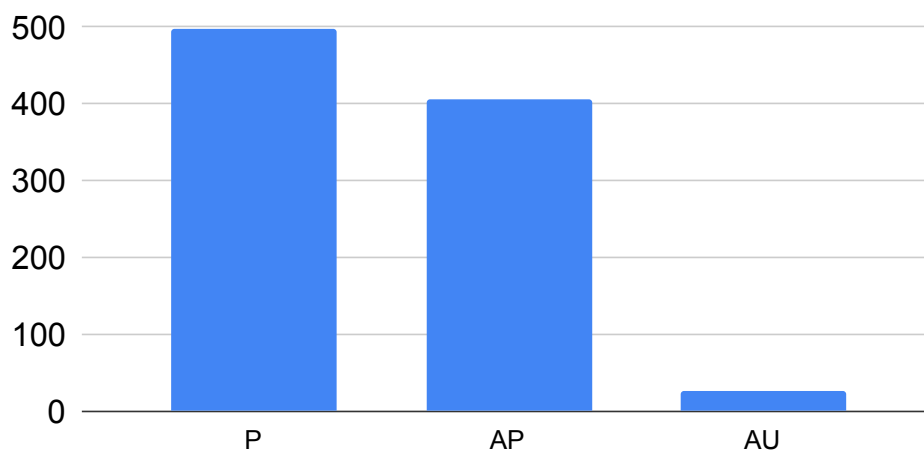
Nel mese di Settembre, analizzati i dati e individuate le principali criticità ho steso la mia proposta di protocollo.

### 3.3 RISULTATI

Il campione di popolazione esaminata per lo studio è formata da **929 individui**, di sesso e di età mista che hanno afferto al Pronto Soccorso della Spezia.

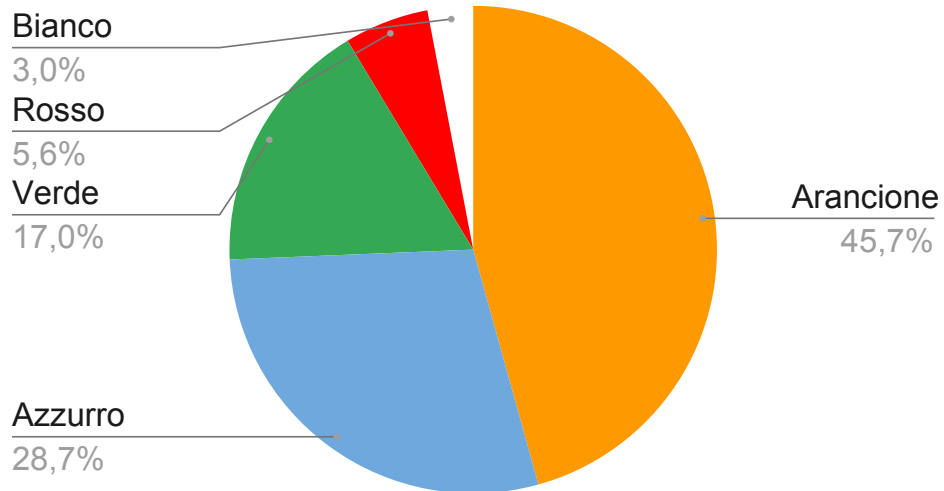
Al triage la **causale di inserimento** per gli utenti presi in esame è stata: paziente psichiatrico (P: 497), agitazione psicomotoria (AP: 405), autolesionismo (AU: 26).

Causale di inserimento (P: psichiatrico; AP: agitazione psicomotoria; AU: autolesionismo)



Sempre in sede di triage, è stato assegnato ad ogni paziente un **codice di priorità** identificato da un colore: bianco (28 pazienti, 3%), verde (158 pazienti 5,6%), azzurro (266 pazienti, 28,7%), arancione (424 pazienti 45,7%) e rosso (52 pazienti, 5,6%).

## CODICE DI INSERIMENTO AL TRIAGE



Come si può facilmente osservare dal grafico riportato, alla maggior parte degli accessi di questa tipologia di utenti è stato assegnato un codice a media - alta priorità. Questo perché, come definito nelle linee guida nazionali del triage intraospedaliero, è indispensabile tenere in considerazione il rischio evolutivo e la complessità di gestione che spesso caratterizza questa classe di utenti.

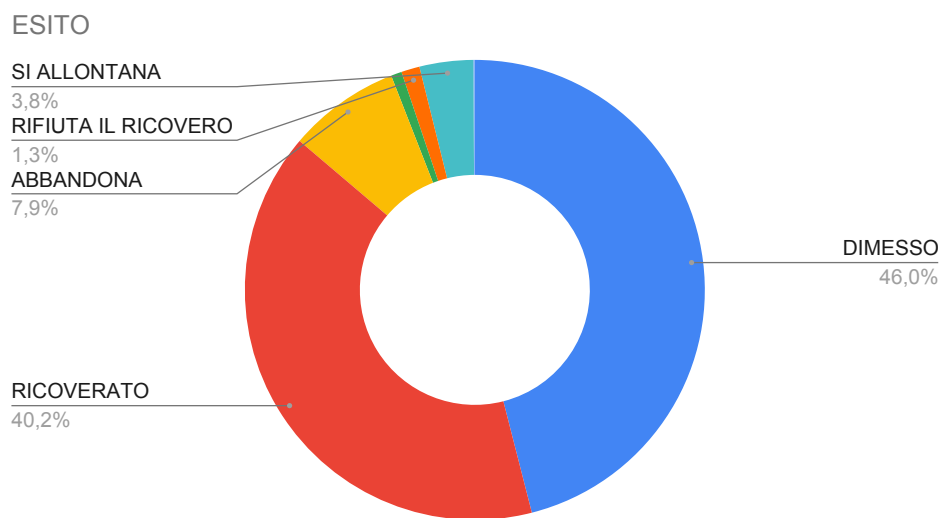
Seppur scarsa, si evidenzia una quota pari al 3% di codifica in codice bianco, che viola le indicazioni generali fornite dal GFT<sup>50</sup> sulla classificazione di questa tipologia di pazienti, verosimilmente e scorrettamente dovuta alla presenza di utenti con ingressi cronici impropri che tuttavia presentano le caratteristiche suscettibili per inquadrare

---

<sup>50</sup> Gruppo Formazione Triage

quest'ultimo come paziente psichiatrico, pur non costituendo un livello di emergenza.

I dati fin qui riportati hanno lo scopo di contestualizzare gli **esiti** finali degli accessi presi in esame.



Il 46% dei pazienti è stato dimesso in quanto non ritenuto necessario il ricovero, il 40,2% è stato ricoverato presso la struttura competente SPDC, l'1,3% ha rifiutato il ricovero, lo 0,8% è stato trasferito, il 3,8% si è allontanato prima della presa in carico medica e il 7,9% ha abbandonato durante l'iter.

Pur non essendo la percentuale degli abbandoni durante iter, quindi successivamente alla presa in carico medica, eccessivamente elevata, è sicuramente un dato rilevante che necessita di essere indagato nelle sue cause, in quanto indice di un'assistenza inefficace.



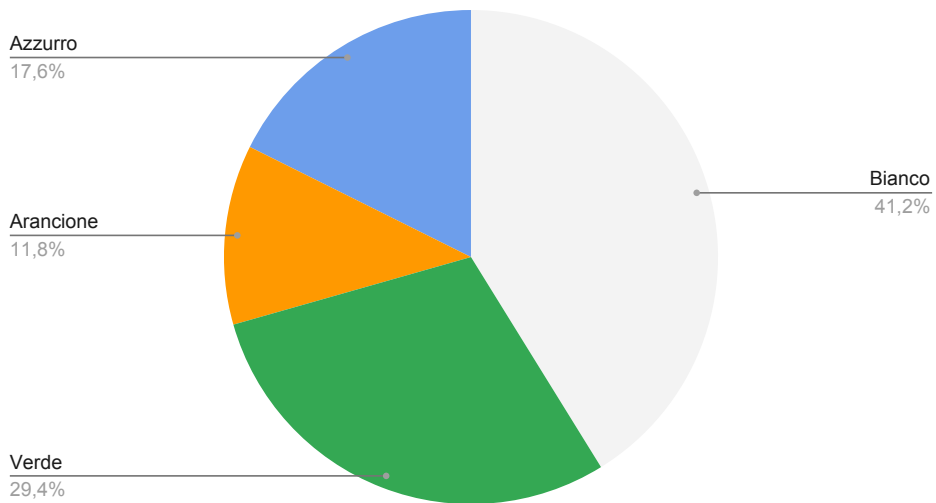
Per quanto riguarda i pazienti che si sono allontanati, quindi che hanno abbandonato la struttura ospedaliera prima della presa in carico medica, sono stati analizzati ulteriori dati inerenti alle tempistiche di attesa.

#### Permanenza media - pazienti allontanati



Sono stati ottenuti i seguenti risultati: calcolando la media degli orari di ingresso e la media degli orari di chiusura cartella è emerso che la permanenza media all'interno del PS di questi utenti, prima dell'allontanamento spontaneo è di 1 ora e 14 minuti.

### CODICE TRIAGE - pazienti allontanati



Si evince da questo grafico che la quota maggioritaria degli abbandoni prima della presa in carico medica, riguarda pazienti codificati in codice minore. E' tuttavia anche molto rilevante l'altro estremo di questo grafico cioè una quota estremamente importante (11,8%) di pazienti che hanno abbandonato pur inseriti con un codice ad alta priorità.

Questa popolazione è verosimilmente la classe sulla quale il mio protocollo si spera avrà maggior influenza, andando con la sua applicazione, a diminuire, se non del tutto ad abbattere il dato ad oggi presente.

# **CAPITOLO 4**

## **PROTOCOLLO**

### **4.1 INTRODUZIONE**

Sulla base delle problematiche emerse dall'analisi dei dati e dalle alte percentuali di eventi avversi per questa tipologia di pazienti, tenendo anche considerazione del ben noto in letteratura medica, impegno assistenziale e rischio di sovraccarico delle risorse, che questa classe di utenti eroga, in collaborazione con gli infermieri, con la Coordinatrice infermieristica del PS della Spezia e con la responsabile della struttura semplice SPDC, ho creato un protocollo volto al miglioramento della gestione della classe di pazienti sopracitati, che al momento ancora necessita di validazione da parte degli organi competenti.

Il protocollo avrà un valore bilaterale: sia nei confronti degli operatori sanitari e quindi nelle risorse del Pronto Soccorso, sia nei confronti della tutela dei pazienti stessi.

## 4.2 CRITICITA'

Al fine di realizzare un protocollo di gestione dei pazienti con fragilità legate a problematiche di natura psichiatrica, ottimizzando le risorse disponibili e riducendo sensibilmente il rischio di eventi avversi come la fuga degli stessi, il deterioramento delle condizioni cliniche o l'aggressione ai danni del personale sanitario, ho proceduto come prima azione all'individuazione delle criticità.

L'ostacolo più evidente all'interno del pronto soccorso di La Spezia nella gestione di pazienti con problematiche psichiatriche o fasi acute di agitazione psicomotoria è senza dubbio l'architettura. Il reparto presenta di fatti scarsi spazi e numerose zone di promiscuità con altri utenti. Il Triage stesso viene obbligatoriamente effettuato in molte occasioni, in condizioni di scarsa privacy, situazioni che possono senza dubbio favorire delle reticenze da parte dei paziente e quindi una difficoltà nella giusta codifica del codice prioritario.

Anche durante l'attesa della visita medica e talvolta l'attesa della consulenza specialistica, il paziente è spesso presente in un contesto di scarsa tranquillità, condizione che in molti casi può favorire un'ingravescenza dei sintomi, con un certo danno a carico di quest'ultimo e degli altri pazienti presenti.

Ulteriore problema è certamente l'elevato carico di lavoro del personale

sanitario al Triage, che in molti casi non può dedicare una vigilanza attiva e costante su tutti i pazienti in attesa, con il concreto rischio di fuga come già evidenziato dai dati raccolti, di determinate classi di pazienti.

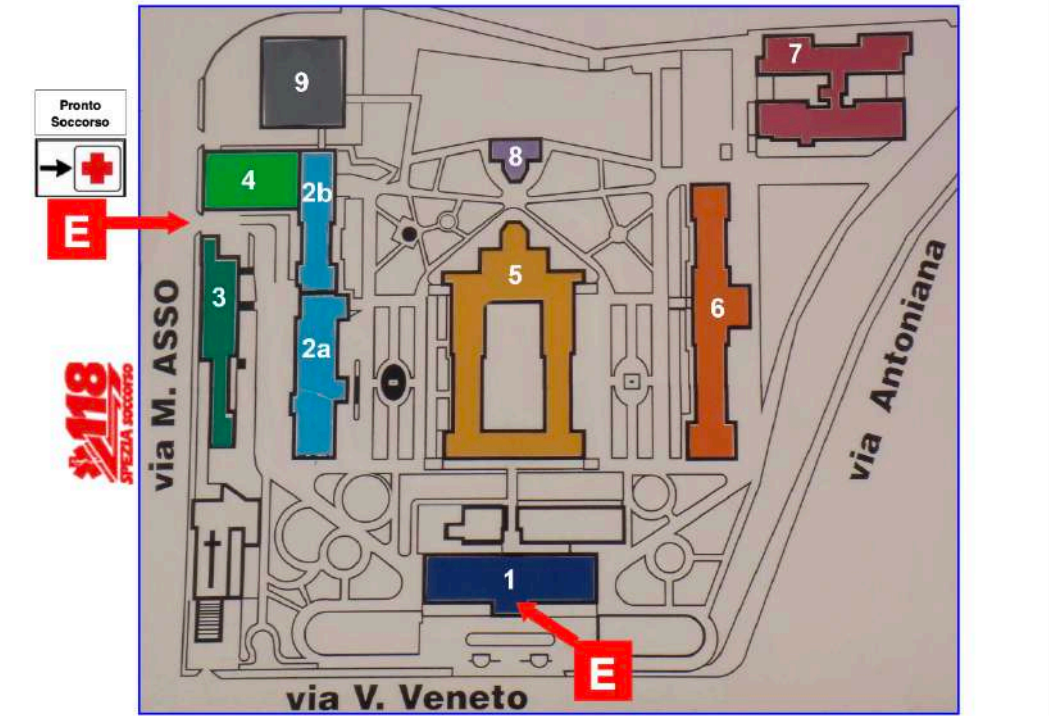
La via di accesso con apertura automatica in uscita, utilizzata dalle ambulanze difatti, è collocata alla spalle della principale postazione di Triage, ed in qualche caso può essere utilizzata per la fuga approfittando della confusione.



*PS La Spezia - Accesso destinato alle ambulanze alle spalle della postazione di triage*

La struttura organizzata in padiglioni e la lontananza del padiglione ospitante il reparto di SPDC (pad.7) concorre di certo ad aumentare l'eventuale ritardo tra la richiesta di consulenza e l'arrivo del medico

specialista, cosa che, anch'essa può contribuire all'evoluzione delle condizioni psicologiche del paziente.



*Padiglioni Ospedale Civile S. Andrea La Spezia*

Ultimo fattore che può concorrere è stato evidenziato nella saltuaria sottostima dei codici prioritari di questa classe di pazienti così come nella sottostima dei meccanismi di alert che possono essere premonitori di una rapida evoluzione infausta. Essendo come si diceva in precedenza un “triage difficile” per molte motivazioni, si può essere portati ad attribuire un codice medio-basso, con l’ovvio conseguente aumento dei tempi d’attesa alla visita medica.

### 4.3 PROTOCOLLO

- 1) Assegnazione di un codice colore elevato, in particolare modo se si tratta di un paziente noto per l'evoluzione infausta, per l'abbandono o se durante l'inserimento presenta i noti segnali premonitori di rischio per un'ingravescenza rapida delle condizioni psicologiche
- 2) Triage protetto all'interno della stanza adiacente alla postazione
- 3) Distanziamento del paziente da situazioni innescanti
- 4) Quando possibile e quando non in contrasto con la gestione dello stesso paziente, assolvere il più possibile i bisogni e le richieste semplici che possano essere propedeutiche ad uno stato di tranquillità
- 5) Segnalazione all'agente di polizia presente all'interno dell'Ospedale della presenza del paziente qualora dia segnali di evoluzione imminente e potenzialmente pericolosa per sé stesso o per terzi
- 6) Segnalazione al medico di PS della presenza di un paziente con alto rischio evolutivo che richiede una visita in tempi brevi, tramite la comparsa di una spunta di alert sulla lista dei pazienti in attesa che segnali anche la presenza di un triage complesso
- 7) Segnalazione al medico psichiatra di guardia della presenza di un paziente che potrebbe necessitare di cure specialistiche
- 8) Prendere in carico il paziente preferibilmente all'interno del Box 3, in quanto più spazioso, più lontano dall'eventuale confusione del triage e con all'interno soltanto materiali indispensabili a differenza degli altri box dove sono presenti oggetti potenzialmente pericolosi

All'arrivo del paziente in PS, l'infermiere che si trova al triage inserisce il paziente cercando di eseguire un'intervista il più possibile protetta. Potrebbe essere utile, se possibile, svolgere la parte di acquisizione all'interno della stanza adiacente alla postazione principale, in modo tale che ci possa essere un ambiente meno confusionario e talvolta che il paziente possa sentirsi più a suo agio.



*PS La Spezia - stanza adiacente alla postazione principale di Triage*





*PS La Spezia - stanza adiacente alla postazione principale di Triage*

Il codice di priorità che viene assegnato, come indicato dalle linee guida nazionali sul triage intra ospedaliero, deve essere un codice ad alta priorità soprattutto se il paziente è un paziente che già in precedenza ha abbandonato il PS oppure ha avuto un'evoluzione infausta.

Nel contesto del triage è importante garantire al paziente una situazione di tranquillità, tentando quindi di allontanare eventuali situazioni innescanti quali accompagnatori di terzi particolarmente aggressivi o altri pazienti che stanno vivendo situazioni stressanti e possono risultare polemici o sovversivi.

L'infermiere deve cercare, dove possibile, di soddisfare i bisogni e le richieste semplici del paziente, in modo che quest'ultimo non trovi

potenziali motivi di scontro che possano poi evolvere in situazioni spiacevoli e difficili da gestire.

L'avviso al questurino verrà fatto soltanto se dovesse essere presente un paziente che presenti segnali di evoluzione imminente aggressiva o qualora tale aggressività sia già stata annunciata da parte del personale del 118, verso se stesso o verso gli altri.

L'avviso al medico di PS della presenza di un paziente che necessita di visita in tempi brevi, potrebbe essere determinata, in situazioni di parità di codice prioritario con altri pazienti al momento in attesa, anche tramite una spunta di alert<sup>51</sup> che comparirebbe sul sistema di gestione (OneSys). Questa spunta, dovrà indicare al medico che alla postazione di triage è presente un utente con un alto rischio evolutivo ma allo stesso tempo l'esecuzione di un triage complicato.

Verrà allertato il medico psichiatra che è presente nei locali di PS un utente che potrebbe necessitare di cure specialistiche.

La presa in carico medica e quindi la visita ed eventuali procedure dovranno, se possibile, compatibilmente con la disponibilità della stessa, essere svolte all'interno del box 3.

La decisione di utilizzare quella specifica stanza è dettata principalmente da come è strutturata e da come sono gestiti gli spazi, ma anche dal fatto che all'interno non sono presenti oggetti potenzialmente pericolosi, come ad

---

<sup>51</sup> proposto l'inserimento ai tecnici informatici e al reparto di PS, in attesa di approvazione

esempio ferri chirurgici, pinze o forbici, presenti invece all'interno delle altre stanze del PS.

## **CAPITOLO 5**

### **CONCLUSIONI**

Sulla base dello studio svolto, è stato evidenziato un elevato numero di allontanamenti e di abbandoni durante iter da parte dei pazienti presi in esame. L'ovvio rischio per la salute degli stessi, oltre che il senza dubbio aumento dei carichi di lavoro per gli operatori sanitari del territorio e del reparto di Pronto Soccorso, sono le motivazioni primarie che devono rafforzare l'applicazione di regole specifiche ed uniformi per la gestione di questi casi.

In relazione a questo evento sono state evidenziate le presunte criticità che concorrono a questa problematica, definite nel precedente capitolo.

Il quesito che mi sono posta, in seguito all'analisi dei dati e alla mia esperienza di tirocinio clinico presso il Pronto Soccorso, è stato quello di identificare i fattori che potessero essere concorrenti o scatenanti a questi eventi. In particolare modo quelli prevedibili e prevedibili circostanziali alla nostra realtà sanitaria.

Dopo averne individuati alcuni, che devono andare a sommarsi alla già nota complessità assistenziale di questa classe di pazienti, ho formulato un protocollo da proporre all'azienda per prevenire esiti indesiderati.

Il protocollo seguirà l'ordinario iter per l'approvazione dello stesso e qualora dovesse essere accettato e validato, ne succederà uno studio che ne

determini l'efficacia nel tempo. La mia tesi resterà comunque nel frattempo a disposizione del personale sanitario tutto, stampata in cartaceo e salvata in formato multimediale sul disco comune di archiviazione per l'eventuale consultazione.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *TRIAGE INFERMIERISTICO*, McGRAW-HILL, MILANO 2019
2. D.Thompson, J.E.Dains, *COMPRENSIVE TRIAGE*, Reston Pub Co, 1982
3. *DSM- 5*, Manuale internazionale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, American Psychiatric Association, 2013

## SITOGRAFIA

1. <https://www.gazzettaufficiale.it>
2. <https://www.agenas.gov.it>
3. <https://www.anaao.it>
4. <https://www.fnopi.it>
5. <https://www.certifico.com/>
6. <https://www.sanita24.ilsole24ore.com>
7. <https://www.salute.gov.it>
8. <https://www.docenti.unina.it>
9. <https://gestionedell'aggressivitàdelpazientepsichiatrico>
10. <https://terapistioccupazpisa.files.wordpress.com>
11. <https://tesi.univpm.it>
12. <https://www.altalex.com>
13. <https://salute.regione.emilia-romagna.it>
14. [aslpescara//allegati/risk\\_management/2021/](aslpescara//allegati/risk_management/2021/)

## RINGRAZIAMENTI

Alla mia relatrice, Dott.ssa Elisa Simonini, per aver creduto in questo progetto.

Al mio correlatore, Dott. Matteo Amato, per avermi supportato e soprattutto sopportato in questo lungo percorso di stesura del mio elaborato di tesi. Grazie per avermi accompagnato passo passo e per aver avuto sempre una parola giusta nei momenti di sconforto. Oltre ad un grande professionista ho trovato una grande persona e un grande amico.

Ai miei genitori il grazie più grande: senza di voi tutto questo non sarebbe stato possibile.

A mio padre, il mio punto fermo. Grazie per avermi sempre capita, anche senza che io parlassi. Grazie per essere stato la mia spalla, per aver asciugato le mie lacrime ogni volta che tornavo a casa dopo un esame che non andava come avrei voluto, grazie per non aver mai smesso di credere in me.

A mia madre, grazie per avermi permesso di respirare ogni volta che mi sembrava di soffocare. Grazie per avermi insegnato l'importanza dell'impegno, della costanza e della dedizione, grazie per essere stata l'esempio più grande nel perseguire i miei obiettivi ma soprattutto i miei sogni.

Ai miei nonni, le mie colonne. Sono grata alla vita per avermi permesso di condividere questo traguardo con voi. E' soprattutto merito vostro se oggi sono la donna che sono e se sono arrivata qui.

A Giulia, la mia metà perfetta. Grazie per avermi preso per mano nel periodo più difficile non solo del mio percorso universitario ma anche della mia vita. Sei stata la famosa luce di cui avevo bisogno per uscire da un tunnel che ormai mi faceva vedere buio da troppo tempo.

Grazie per continuare a stringere la mia mano anche oggi, in questo giorno così speciale per entrambe. Oggi più che mai sono orgogliosa di te, sono orgogliosa di noi e di poter dire che possiamo iniziare per davvero a mettere su i mattoncini del nostro futuro insieme.



A Giorgia, semplicemente grazie per essere quello che sei. Grazie per esserci stata sempre: da quando ci tenevamo per mano mentre entravamo all'asilo, all'esame di maturità con 38 di febbre, ad oggi, in questo giorno per me così importante. Grazie per essere stata la mia ancora di salvataggio, per avermi sorretto e rialzato le numerose volte in cui sono inciampata. Grazie per non avermi mai lasciata da sola ad affrontare la vita e le sfide più difficili a cui mi ha messo davanti, ma soprattutto grazie per avermi accompagnata con pazienza in questo percorso e per aver creduto in me anche nei momenti in cui nemmeno io riuscivo a farlo.

“Sei quel vento che soffia da sempre, ma che riesce a non farmi cadere.”

A Martina, io e te siamo il bianco ed il nero, il giorno e la notte. Grazie perché nonostante tutto il male che ci siamo fatte abbiamo sempre trovato la forza di perdonarci. Grazie perché da diciotto anni condividiamo la vita insieme. Grazie perché anche quando ci siamo trovate ad affrontare e condividere insieme momenti di infinita tristezza, hai sempre tentato di farti carico anche della mia sofferenza per alleggerirmi le spalle. Sei la parte meno ragionevole di me, la più folle ma anche la più speciale.

A Elisa, grazie per avermi sempre dato la forza di inseguire i miei sogni. Grazie perché prima di ogni esame da sostenere non mancava mai un tuo messaggio, grazie per essere stata sempre la mia sostenitrice numero uno. Grazie perché mi capisci e mi appoggi in ogni mia decisione, talvolta discutibile. Grazie perché riesci sempre a tirare fuori il meglio di me, in ogni situazione.

A Lucrezia, donna da una forza straordinaria. All'esempio professionale più grande che io potessi avere. Grazie per avermi spinto ad iniziare questo percorso, per avermi seguita in questi tre anni con dedizione, pazienza e con i consigli giusti al momento giusto. Grazie per avermi insegnato che infermiera voglio essere. Spero di diventare almeno la metà della professionista che sei tu.

Alle mie compagne di avventura: Martina, Letizia, Roberta e Noemi, per non avermi mai permesso di perdere di vista l'obiettivo, per non avermi mai lasciata da sola nei momenti più difficili, alla nostra amicizia che è nata tra un esame e l'altro e che sono sicura, proseguirà per tutta la nostra vita.

A Thomas, il fratello che non ho avuto, grazie per avermi capita ogni volta che ne avevo bisogno, per avermi strappato un sorriso nei momenti in cui avrei solo voluto piangere e soprattutto per avermi insegnato a credere in me.

A Riccardo ed Elisa, dall'inizio accanto a me in questo percorso, grazie per i momenti di spensieratezza e per tutto il supporto che non mi avete mai fatto mancare. Siete stati una gran bella scoperta.

Infine un doveroso grazie a me stessa, ad ogni volta che penso di non farcela e poi ce la faccio sempre.