



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA GESTIONE DEL
PAZIENTE PSICHIATRICO IN
PRONTO SOCCORSO:
CRITICITÀ E PROFILI
INNOVATIVI**

Relatore: chiar.ma
**Dott.ssa Stefania
Liberati**

Tesi di Laurea di:
Elena Brindusa Alupului

Correlatore: chiar.mo
Dott. Federico Cotticelli

A.A. 2018/2019

*“Guarda in sù e non in giù;
guarda avanti e non indietro;
guarda fuori e non dentro;
e tendi una mano.”*

Edward Everett Hale

Ringrazio di cuore

la mia relatrice Stefania Liberati per essermi stata accanto durante questo periodo importante della mia vita, per avermi spronata ed appoggiata in questa ricerca,

il mio correlatore Federico Cotticelli per l'incoraggiamento,

tutti gli infermieri che hanno permesso questo studio e
la coordinatrice Giuliana Fratini per tutta la fiducia e la disponibilità dimostrata,

la mia famiglia,

le mie amiche e i miei compagni di questi tre ed intensi anni di università,

il dottor Conte, in particolar modo,

i futuri colleghi che, tramite la loro pazienza, passione e dedizione, mi hanno insegnato,
ma più di tutto, guidata in questo percorso di formazione,

sarà anacronistico ringraziare specialmente

i pazienti che, con un sorriso ed un "grazie", mi hanno fatto capire che stessi facendo la
cosa giusta e stessi nel posto adatto per me

e non riesco a rinunciare all'idea di immortalare qui un grazie a me.

Indice

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1.....	8
1.1 Pronto Soccorso e patologie psichiatriche.....	8
1.2 Triage e paziente psichiatrico.....	13
1.3 Le competenze dell'infermiere di triage.....	22
CAPITOLO 2.....	25
2.1 Persona con sintomatologia psichiatrica: elementi base per l'approccio.....	25
2.2 Agitazione e aggressività.....	30
CAPITOLO 3.....	34
3.1 Disegno di ricerca.....	34
3.2 Materiali e metodi.....	34
3.3 Limiti.....	35
3.4 Analisi dei dati.....	36
3.5 Risultati: grafici e tabelle.....	42
3.6 Discussione dei dati.....	49
3.7 Conclusione e sviluppi futuri.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
SITOGRAFIA.....	59

Abstract

BACKGROUND: La consapevolezza della presenza, in Pronto Soccorso, di quote crescenti di persone con problematiche psichiatriche in fase critica e comportamentali è oggi patrimonio della medicina d'urgenza e della ricerca di risposte cliniche più appropriate e sicure.

OBIETTIVI: Lo scopo primario di questo studio è conoscere qual è l'attuale condizione di lavoro e preparazione, riferita alla gestione del paziente psichiatrico, dell'infermiere che lavora in Triage, le uniformità ed eventuali difformità di gestione del paziente con disturbi mentali nei Pronto Soccorso dell'Area Vasta 3 e le possibili criticità al fine di determinare quelle che potrebbero essere le strategie di miglioramento. Inoltre, si è voluto indagare il grado di sicurezza e percezioni degli infermieri per quanto concerne gli eventi avversi in PS.

METODI: Ai fini dello studio è stato somministrato un questionario *CENA Survey* (Sivakumar et al., 2011) rielaborato e adattato; nel periodo Febbraio-Aprile 2020. Per la ricerca sono stati coinvolti gli infermieri del Pronto Soccorso di quattro aziende ospedaliere differenti facendo capo all'AV3: Ospedale Generale Provinciale di Macereta, Ospedale di Civitanova Marche, Ospedale Civile di San Severino Marche, l'Azienda Sanitaria di Camerino e le PoTES 118 di Matelica e Macerata.

RISULTATI: È possibile evidenziare che il 68,8% degli infermieri intervistati ha oltre 10 anni di esperienza nel campo sanitario ed in qualità di triagista il campione ha prevalentemente oltre 6 anni di servizio (il 54,7%). Il 77,9% degli operatori dichiara di non aver mai avuto esperienze lavorative nell'ambito psichiatrico ed il 47,4% non ha mai partecipato ad eventi formativi su tali tematiche. Dall'indagine sull'attuale gestione, nelle Aziende ospedaliere, dei soggetti psichiatrici che accedono al DEA è emerso che: l'88,9% degli infermieri non utilizza scale codificate, il 45,2% dichiara l'impossibilità di reperire informazioni che facilitino la fase anamnestica degli utenti con precedenti accessi al PS, l'80% riferisce la mancanza di un percorso interno che prevede l'isolamento del paziente e l'88% ha assistito al verificarsi di eventi avversi durante il triage psichiatrico. Un totale di 47 infermieri sostiene che la causa dei suddetti eventi è attribuibile all'assenza di un percorso adeguato al paziente psichiatrico, a seguire, la mancanza di luoghi riservati (54,4%), la mancanza di sorveglianza (57,4%) e le lunghe attese (44,1%). Le strategie mirate a facilitare la gestione dei soggetti psichiatrici che si

presentano al Pronto Soccorso sono: la formazione adeguata del personale del PS (65,8%), presenza h24 dello psichiatra (56,6%) e la possibilità di richiedere una consulenza infermieristica al CSM o al SPDC (40,8%). Al quesito “Nel mio contesto lavorativo mi sento sicuro durante la gestione dei pazienti psichiatrici” il 42,9%, ha ammesso di essere "In disaccordo" e il 23,4% "Fortemente in disaccordo".

LIMITI: La grandezza campionaria di questo studio risulta essere un limite, in quanto il ridotto campione rispetto al reale potrebbe non rendere sempre confermati gli esiti ottenuti. Nonostante ciò, le stime permettono comunque di avere delle significative evidenze statistiche. Un limite riscontrato è quello correlato all'utilizzo di procedure non applicate in tutti i contesti di triage infermieristico.

CONCLUSIONI: Riassumendo, si può dedurre che i risultati riflettono una richiesta di strategie mirate a facilitare la gestione della sofferenza psichica in Pronto Soccorso. È evidente, quindi, la necessità di coniugare alla competenza professionale anche una buona gestione logistica finalizzata alla massimizzazione del livello di servizio in termini di rapidità, qualità ed adeguatezza. È importante diffondere l'idea che, investendo sulla creazione di aree specifiche dedicate all'accoglienza del paziente psichiatrico e organizzando percorsi facilitati e dedicati, si incide qualitativamente sulla gestione dell'utente.

Introduzione

La salute mentale è un concetto assai complesso che non si può costringere in categorie esposte a un riduzionismo, biologico o psicologico. Al momento attuale, possiamo intraprendere un percorso che tenda a riunire, come in fondo accade spontaneamente nell'organismo umano non malato, la mente e il corpo, fino a configurare interventi integrati aventi come obiettivo la salute mentale. In tal senso, l'OMS, pur riferendosi soprattutto alla salute fisica, fa del benessere il vero obiettivo delle cure sulla persona, non considerando sufficiente l'assenza di sintomi o di lesioni macro o microscopiche del corpo (G. Lago, 2008).

Da qui può partire la valutazione dell'analisi interpretativa delle cifre ufficiali e dei dati statistici nazionali ed internazionali, quei pochi esistenti, che mostra l'esigenza di una riforma urgente e profonda della normativa sulla salute mentale in Italia.

È importante riflettere sui principali e possibili lineamenti di riforma, tenendo presente come sia necessario che l'attenzione non venga più limitata alle malattie croniche o agli episodi acuti della patologia psichiatrica, bensì estesa a tutti i disturbi mentali delle diverse fasce della popolazione a rischio come l'infanzia, l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti, i detenuti. I dati statistici denotano che i disturbi mentali riguardano un adulto ogni cinque, coinvolgendo circa 450 milioni di persone a livello mondiale. In Italia i disturbi psichiatrici costituiscono un problema per oltre 10 milioni di persone e coinvolgono una famiglia su due (Bruno & Gaiti, 2008).

Secondo quanto emerge da una revisione sistematica di dati e statistiche provenienti da studi di comunità, nei Paesi dell'Unione europea (Ue), Islanda, Norvegia e Svizzera, il 27% della popolazione adulta (18-65 anni) ha sperimentato almeno un episodio di disturbo mentale nell'ultimo anno (inclusi problemi derivanti dall'uso di sostanze, psicosi, depressione, ansia e disturbi alimentari).

Queste cifre rappresentano un enorme peso per la salute della popolazione europea, con circa 83 milioni di persone colpite. È tuttavia probabile che questi numeri sottostimino

la portata del problema sia perché nella revisione sono stati inclusi solo un numero limitato di disturbi mentali sia perché non sono stati raccolti dati su persone di età superiore a 65 anni, fascia di soggetti particolarmente a rischio.

Le percentuali per le donne sono significativamente più alte rispetto a quelle degli uomini, ad eccezione dei disturbi legati all'uso di sostanze (uomini 5,6%, donne 1,3%) e dei disturbi psicotici (stime quasi identiche). Le percentuali complessive sono: 33,2% per il sesso femminile contro 21,7% per il sesso maschile.

Queste cifre, inoltre, non riescono a cogliere la complessità dei problemi che molte persone devono affrontare: il 32% delle persone colpite, per esempio, ha anche un altro disturbo mentale in comorbilità, il 18% ne riporta due e il 14% tre o più (Gigantesco, 2018).

I legami tra i disturbi mentali e le principali malattie non trasmissibili (NCD) sono ben consolidati. I disturbi mentali colpiscono, e sono a loro volta colpiti, le malattie non trasmissibili: possono essere un precursore o una conseguenza di patologie croniche come le malattie cardiovascolari, il diabete o il cancro. I fattori di rischio per queste malattie, come il comportamento sedentario e l'uso dannoso dell'alcol, sono anche fattori di rischio per i disturbi mentali. Nella pratica clinica, tuttavia, tali interazioni e co-morbilità vengono regolarmente trascurate. La mortalità prematura e la disabilità potrebbero essere ridotte se ci fosse una maggiore attenzione nell'affrontare le comorbilità.

Le persone con disturbi mentali muoiono 20 anni più giovani della popolazione generale. La grande maggioranza di questi decessi non è dovuta ad una causa specifica (come il suicidio) ma ad altre cause, in particolare le malattie non trasmissibili che non sono state adeguatamente identificate e gestite (Liu et al., 2017).

La mancata attivazione di adeguati percorsi preventivi e assistenziali precedenti l'ospedalizzazione giustifica il dato che la maggior parte degli adolescenti che giunge in PS non ha mai avuto prima contatti con i servizi di neuropsichiatria infantile o di psichiatria (Costantino & Didoni, 2015).

Per gli infermieri che si trovano a dover gestire un'emergenza psichiatrica, nulla sembra essere più coinvolgente sul piano emotivo quanto l'intervento in situazioni di scompenso psicopatologico.

Secondo il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) gli accessi nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) / Pronto Soccorso (PS) con diagnosi psichiatrica rappresentano, in media, circa il 3% del totale a livello nazionale (Di Cesare et al., 2017).

Il contesto attuale, caratterizzato da un incremento degli episodi di violenza, dal diffuso consumo di alcolici/sostanze stupefacenti e dall'aumentata richiesta di aiuto psicologico rivolta alle strutture pubbliche, nonché, la peculiare situazione organizzativa determinata dalla riforma psichiatrica, sono tra le principali motivazioni che giustificano il crescente numero di pazienti che giungono in DEA/PS per un quadro di acuzie psichiatriche. Le diagnosi più frequentemente riscontrate in un contesto psichiatrico d'urgenza sono rappresentate dai disturbi dell'umore, dalla schizofrenia e dalla dipendenza da sostanze (Kaplan & Sadock, 2001). In particolare, patologie psichiatriche severe quali i disturbi dello spettro psicotico risultano correlate a numerose e ricorrenti valutazioni in Pronto Soccorso. I pazienti con diagnosi psichiatriche multiple e comorbidità con disturbi di dipendenza da sostanze presentano percentuali di ospedalizzazione significativamente più elevate a 5 anni dalla valutazione psichiatrica in urgenza (Chaput et al., 2008).

L'urgenza psichiatrica riguarda non solo condizioni cliniche che necessitano di trattamento immediato, ma, nella maggior parte dei casi, anche circostanze complesse: sociali, familiari, assistenziali, che investono la responsabilità degli operatori.

Una delle situazioni più frequenti che si trovano a dover affrontare gli infermieri in triage sono gli impulsi aggressivi dei pazienti psicotici. La condizione di sofferenza psichica acuta, e quindi un'alterazione del tono dell'umore, dei processi ideativi o del comportamento (Chiaranda, 2016), costituisce un fattore d'aggravamento del quadro clinico comportamentale e di peggioramento della prognosi del disturbo di base.

La gestione dell'urgenza può richiedere non solo competenze tecniche, ma anche capacità di: gestione della frustrazione alla quale alcuni pazienti sottopongono gli operatori, contenimento delle istanze aggressive, coordinamento solidale e integrazione interprofessionale. Nel caso di interventi urgenti è necessario non solo effettuare una corretta valutazione, ma anche stimare il rischio che il paziente corre di nuocere a sé stesso o ad altri e considerare l'opportunità o meno di richiedere l'intervento delle autorità di Pubblica Sicurezza.

Per un percorso clinico-assistenziale completo ed efficace fondamentale è il lavoro in team tra le diverse figure professionali. Indispensabile, nell'ambito del processo di triage, la presenza di personale infermieristico adeguatamente formato, la cui esperienza e specifico training consentano non solo la raccolta dei dati e l'identificazione dei bisogni di salute della persona, ma anche il possesso di capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto, al sostegno emotivo e alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca, al fine di *far sentire* davvero il paziente e i familiari in una situazione di collaborazione ed appoggio (Ruocco et al., 2018).

La buona volontà e la disponibilità individuale degli operatori, per non parlare di altre caratteristiche come il coraggio o l'esperienza, sono sempre utili ed apprezzabili, ma non sono sufficienti per affrontare la gestione dei pazienti aggressivi e violenti. Purtroppo, non sempre si affronta un momento di emergenza del paziente psichiatrico con una formazione adeguata. Nonostante l'evoluzione normativa abbia portato molti cambiamenti e assunzioni di responsabilità, questo, di pari passo, non ha seguito una formazione di base mirata sul tema dell'urgenza psichiatrica.

In Italia la specializzazione in psichiatria viene riconosciuta tramite un corso post-base (Master di Primo Livello), che consente agli operatori di specializzarsi; oggi, molti professionisti acquisiscono le conoscenze di base solo tramite un corso integrato dove, non sempre, è presente un modulo didattico che tratti la gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche e, non sempre, gli studenti possono frequentare tirocinio in reparti psichiatrici.

Il campo dell'emergenza psichiatrica è quello sul quale, forse, si sono verificate le maggiori novità della psichiatria negli ultimi anni in Italia, però risulta esserci, ancora,

qualche lacuna in letteratura riguardo la condizione del “triagista” e di chi si trova a gestire il paziente psichiatrico.

Ogni esperienza di tirocinio nel corso dei tre anni è stata una risorsa formativa e costruttiva sia dal punto di vista professionale sia, e forse maggiormente, sotto l’aspetto relazionale ed emozionale.

L’idea di questa tesi nasce dalla mia ultima esperienza di tirocinio svolto presso l’SPDC, uno dei reparti che più mi ha segnato assieme al campo dell’emergenza – urgenza. In queste due realtà ho avuto modo di seguire, osservare e apprezzare il lavoro degli infermieri che ogni giorno si trovano ad affrontare e gestire situazioni particolari. Il mio elaborato di tesi ha come obiettivo approfondire l’agire dell’infermiere che lavora nell’Unità Operativa del Pronto Soccorso, focalizzando l’attenzione sulla figura del triagista che si trova a valutare, in prima linea, e gestire una tipologia di paziente, complesso ed imprevedibile, come i pazienti con disturbo mentale.

Lo scopo di questo studio è individuare qual è l’attuale condizione e preparazione dell’operatore che lavora in Pronto Soccorso, le uniformità ed eventuali difformità di gestione nei vari Pronto Soccorso dell’Area Vasta 3, le possibili criticità e proporre eventuali profili innovativi. Inoltre, si è voluto indagare il *senso di sicurezza* e le percezioni degli infermieri per quanto concerne la gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso.

CAPITOLO 1

1.1 Pronto Soccorso e patologie psichiatriche

Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, nell'anno 2017, secondo un rapporto del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), ammontava a 592.226. Essi hanno rappresentato circa il 3% (n = 20.798.369) del numero totale di accessi al Pronto Soccorso a livello nazionale.

Rispetto all'anno precedente, in cui il numero totale degli accessi ammontava a 575.416, si è assistito un aumento su base annua del 2,9%.

Il 72,6% del totale dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso con problemi psichiatrici viene dimesso e rinviato a domicilio; il 13,1% viene ricoverato. Il 50% dei soggetti ricoverati viene collocato nei reparti psichiatrici. Di questi il 26% accede con diagnosi di ingresso di schizofrenia e altre psicosi funzionali.

Per la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza ed urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso, è stato istituito, con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m.i., il Sistema Informativo Sanitario per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Sistema EMUR). La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto è a regime dal 1 Gennaio 2012. Relativamente alle attività del Pronto Soccorso, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sono i seguenti: struttura erogatrice, dati relativi all'accesso ed alla dimissione dell'assistito, diagnosi e prestazioni erogate.

Dall'esame dei dati si evidenzia che la diagnosi di sindromi nevrotiche e somatoformi rappresenta il 46,8% degli accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici, segue con il 20,5% degli accessi la diagnosi legata agli altri disturbi psichici. L'8,6% degli accessi è caratterizzato da una diagnosi di demenze e disturbi mentali organici, il 7,5% presenta diagnosi di schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 6,8% una diagnosi di alcolismo e tossicomanie.

È interessante sottolineare che il numero di accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici che esitano in ricovero corrisponde ad un numero di 77.507 rispetto ad un totale di 592.226 accessi. In tutte le regioni italiane oltre l'86% di assistiti con disturbi mentali ha un solo accesso nell'anno; percentuali oscillanti tra 6 e 9 hanno 2 accessi e circa il 2% ha 3 accessi; residuale la quota di coloro che hanno 4 o più accessi (Di Cesare et al., 2017).

Il ricorso ai servizi di emergenza per problemi psichiatrici è in aumento e gli operatori del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)/Pronto Soccorso (PS) rappresentano spesso il primo contatto per chi necessita di cure psichiatriche. I pazienti arrivano nei servizi d'urgenza ospedalieri volontariamente, da soli o con familiari, oppure in condizioni di coattività, condotti dalle forze di polizia o dai servizi di pronto intervento territoriali.

L'organizzazione dei DEA italiani è in continua evoluzione sotto la pressione di vari fattori, alcuni esterni (invecchiamento della popolazione, crescente utilizzo di nuove sostanze, immigrazione, scelte di politica economica, sviluppo tecnologico) e altri interni (depauperamento delle risorse, difficoltà di reclutamento dei medici specializzati nell'ambito delle emergenze di carattere psichiatrico).

La "psichiatria d'urgenza" sviluppata all'interno dei setting per l'emergenza si definisce oggi come un momento centrale nella gestione delle situazioni di crisi caratterizzate da alterazioni psichiatriche e/o comportamentali e può rappresentare un via di collegamento fondamentale per la continuità delle cure. Evidenze della pratica clinica e della ricerca suggeriscono sempre più l'importanza per i team del DEA di contatti strutturati e di una formazione specifica e condivisa con i professionisti della salute mentale, al fine di garantire una gestione appropriata delle situazioni di crisi in contesti complessi. L'organizzazione dei servizi, i processi diagnostico-decisionali, che non possono prescindere dal *Focused Medical Assessment*, la migliore individuazione di spazi fisici di intervento, la sicurezza, le questioni etiche e legali e la formazione sono tematiche che richiedono attenzione e più precisa definizione da parte dei professionisti e degli organismi di programmazione e di governo dei sistemi sanitari.

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 appropriate e sicure.

Una delle riflessioni più attuali è quella sugli spazi dedicati a tale tipologia di urgenza e sui tempi di presenza in PS; sempre più spesso gli operatori del DEA hanno a che fare con la valutazione e il trattamento di soggetti in crisi che, talora, restano in osservazione per lunghi periodi e all'interno di ambienti di cura sovraffollati, rumorosi e frenetici (*boarding psichiatrico nel DEA*). Quello del sovraffollamento del PS (*crowding*) è un fenomeno che lo vede trasformarsi in una sorta di reparto di degenza “atipico”, snaturato nelle finalità e nella capacità di assistenza (Fratricelli et al., 2019).

Il fenomeno dell'*overcrowding* (sovraffollamento) è una delle principali criticità per i DEA: si riscontra quanto vi è un eccessivo e non programmabile afflusso di pazienti, con un importante divario tra richieste dell'utenza e disponibilità di risorse per soddisfarle. In Italia le statistiche confermano la presenza di tale fenomeno: i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE), relativi all'anno 2015, documentano circa 3,6 accessi in Pronto Soccorso ogni 10 abitanti; di questi, circa il 66% sono costituiti da pazienti con codice verde e circa il 15% viene in seguito ricoverato (Petrosino & Lanzuise, 2019).

Da studi condotti in Australia è emerso che il sovraffollamento, delle Unità Operative del Pronto Soccorso, riduce l'efficienza e aumenta il rischio degli errori portando ad eventi avversi. Il modello teorico sviluppato dall'analisi dei dati è chiamato *carousel*. Esso integra in modo univoco diagnosi, trattamento e trasferimento dei singoli pazienti con il lavoro intellettuale che comprende il coordinamento del dipartimento. Quest'ultimo riguarda la gestione del mix di competenze del personale e l'assegnazione dei pazienti al reparto più adatto. Il modello amplia le rappresentazioni tradizionali del flusso dei pazienti, promuove l'apprendimento organizzativo, sottolinea l'importanza di creare specifiche pratiche e politiche innovative, le quali, ad esempio, possono ridurre o migliorare la gestione degli accessi in Pronto Soccorso (Nugus et al., 2014).

Il dibattito su come uscire da una condizione non altrimenti gestibile sta producendo proposte di cambiamento negli assetti organizzativi e procedurali, che animano il confronto all'interno delle diverse comunità professionali. A tale proposito vale ricordare come sia stato trasmesso nel maggio 2019 alle Regioni il nuovo documento elaborato dal tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute, che definisce nuovi codici per la definizione delle priorità, azioni per ridurre il sovraffollamento, l'istituzione della stanza/area di ricovero dedicata ai pazienti in attesa di ospedalizzazione (*Admission Room*). Non vi è invece traccia di percorsi "separati" per pazienti con disturbi della salute mentale con porta di ingresso parallela, come invece prevede una recente DGR (n. 614/2019) della Regione Veneto che prevede in alcuni ospedali (principalmente in quelli hub) la gestione delle emergenze psichiatriche mediante il "Pronto Soccorso ad accesso diretto" (Fratticelli et al., 2019).

Il Pronto Soccorso, quindi, come dimostrato precedentemente, risulta essere il primo luogo in cui le persone cercano assistenza durante una crisi di salute mentale. Tuttavia, il personale può risultare poco preparato ad assistere questi pazienti, psicologicamente e socialmente difficili, che spesso presentano condizioni mediche complesse.

Gli operatori possono avere incertezze nella valutazione e nel trattamento delle patologie psichiatriche, essere frustrati dalla natura mutevole delle prestazioni, oppure, in alcuni casi, possono riflettere atteggiamenti sociali generalmente negativi nei confronti della malattia mentale.

L'ambiente del Pronto Soccorso cambia rapidamente; le influenze esterne, come le emergenze e problemi correlati alla capienza del dipartimento possono esercitare interferenze sul processo decisionale o comportamentale. La sfida per l'infermiere di triage è quello di sintetizzare rapidamente le informazioni in modo sistematico e standardizzato per garantire che il processo decisionale avvenga in modo accurato e coerente per tutti i pazienti (Clarke et al., 2015).

Il lungo e faticoso processo di valutazione e l'intervento immediato in caso di emergenza per il paziente psichiatrico tende a perturbare il normale flusso del Pronto

Soccorso. Gli individui possono presentarsi con vaghi sintomi non specifici e le informazioni collaterali risultano essere necessarie, ma difficili da reperire; invece, le consultazioni psichiatriche possono giungere in maniera poco tempestiva e le risorse risultano essere difficilmente disponibili. Come affermano Allen et al. (2005), c'è un senso di urgenza e tempo limitato per il processo decisionale e subentra la necessità di intervenire immediatamente nonostante i dati limitati. Sia nel Pronto Soccorso e nei dipartimenti dedicati alla salute mentale la valutazione tempestiva e l'intervento efficace possono ridurre il pericolo per il personale e per il paziente, promuovendo il recupero di quest'ultimo più velocemente. Allo stesso tempo, qualsiasi azione o inazione può avere gravi effetti negativi.

Inoltre, il personale del Pronto Soccorso, in alcuni casi, ritiene di non avere sufficienti capacità valutative e gestionali del paziente con problemi di salute mentale. Un lavoro condiviso fra specialisti e figure professionali diverse in luoghi "comuni" (ridisegnati) riduce la tendenza alla sottovalutazione e alla rapida dimissione, abbattendo così i livelli di conflittualità e della sensazione di sovraccarico ed inadeguatezza, prevenendo il verificarsi degli eventi avversi.

Oggi la ricerca suggerisce sempre più l'importanza di una formazione, specifica e condivisa, fra le diverse figure specialistiche delle équipe attive nei setting per l'emergenza. I medici d'urgenza sono esperti nel trattamento di patologie fisiche, mentre appaiono timorosi nell'affrontare le emergenze psichiatriche, a causa della preparazione avvertita come insufficiente e del carico emotivo che le accompagna.

I medici d'urgenza italiani coinvolti in una indagine circa il loro punto di vista sulle urgenze psichiatriche dichiarano una esigenza formativa, data l'importanza che attribuiscono a tale settore (78%), in particolare sull'uso degli psicofarmaci, sulla gestione dei pazienti aggressivi e dei soggetti con abuso etilico, ma anche sulla metodologia di comunicazione e la gestione emotiva della relazione con il paziente e i suoi familiari (Ferrari et al., 2009).

La formazione e l'aggiornamento congiunto può consentire ai medici dei DEA, di accogliere e agire in prima battuta, in attesa di uno specialista collaborativo; gli esiti possibili sono rappresentati dalla riduzione del ricorso a trattamenti coercitivi, dei tempi di attesa e del numero di richieste di ricovero. La realtà internazionale propone modelli di spazi comuni/limitrofi in area DEA, gestiti da équipes integrate, ma protetti dal caos che spesso caratterizza gli ambienti dell'urgenza (Zeller, 2018).

1.2 Triage e paziente psichiatrico

I pazienti con disturbi mentali che si presentano in Pronto Soccorso prima di essere visitati dal medico vengono, in ogni caso, valutati dall'infermiere di triage; il suo ruolo ha alcuni aspetti indipendenti e alcuni aspetti interdipendenti. Tra le funzioni indipendenti vi è la comunicazione, la valutazione e la gestione primaria dei pazienti; nel momento di attesa della valutazione psichiatrica si indaga e si ottengono dati significativi, di carattere soggettivo, comunicati sia dal paziente sia da chi lo accompagna. Le funzioni interdipendenti, invece, includono l'assistenza e la valutazione dello psichiatra (Clarke et al., 2005).

La fase di triage e, quindi, la figura dell'infermiere "triagista", rappresenta il primo contatto con la persona per determinare l'urgenza delle cure e include la valutazione iniziale del rischio e la determinazione del livello di osservazione. È necessario intraprendere un triage sullo stato psichico per tutti gli utenti all'ingresso dei PS, insieme a quello per la salute fisica. Il riconoscimento di condizioni concomitanti è fondamentale per la valutazione completa di un paziente, in quanto la complessità delle situazioni cliniche è legata alla frequente compresenza di problemi fisici e mentali (*Focused Medical Assessment*).

L'affermazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2019) secondo cui "non c'è salute senza salute mentale" enfatizza la necessità di promuovere una medicina olistica e unitaria e di migliorare la qualità dell'assistenza per le condizioni di salute mentale.

In tali situazioni, sono necessarie competenze complesse e multidisciplinari per una valutazione iniziale degli aspetti fisici, tossicologici e psichiatrici; infatti, le Linee

Guida per il trattamento di tali emergenze prevedono l'esecuzione degli esami tossicologici nella valutazione iniziale del paziente (D'Ambrosio et al., 2007).

Una corretta valutazione consentirà un buon trattamento immediato basato su un breve intervento, utilizzando il paradigma bio-psico-sociale:

Biologico: ad es. trattamento di qualsiasi causa sottostante, trattamento farmacologico, farmaci per la sedazione;

Psicologico: es. impegno terapeutico, consulenza di supporto con de-escalation;

Sociale: ad es. mobilitazione di supporti sociali, famiglia ed altri per fornire assistenza post-dimissione, trovare alloggio di emergenza.

Per alcuni accessi è necessaria la valutazione da parte di servizi specializzati di salute mentale prima del congedo dal DAE/PS; mentre, per altri sarà sufficiente consultare il personale psichiatrico e di rinviare i pazienti al Centro di Salute Mentale della comunità per il follow-up. Il contatto con il personale specializzato in ambito psichiatrico è un collegamento fondamentale per la continuità delle cure; quest'ultimo rappresenta una chiave per affrontare il problema presente e ridurre la possibilità di un ritorno nel contesto clinico acuto (*fenomeno porta girevole*). A questo proposito, l'inclusione nel processo di triage di strumenti semplici per rilevare il rischio di comportamenti aggressivi, suicidi o possibile fuga dovrebbe essere considerata un'ulteriore possibilità di miglioramento.

Parlare di sicurezza è molto importante e impegnativo quando si gestiscono pazienti con condizioni psichiatriche al Pronto Soccorso. In effetti, i casi di violenza sanitaria sono in aumento, e il luogo più diffuso e prevedibile per la violenza è esattamente al PS. Quasi il 20-50% delle valutazioni psichiatriche di emergenza coinvolge verbalmente e/o fisicamente pazienti aggressivi e il 10% dei pazienti visitati può essere agitato e/o violento. Circa il 55-60% degli operatori subiscono aggressioni fisiche da pazienti psichiatrici ogni anno.

L'impatto della violenza sugli operatori può generare un senso di perdita di sicurezza, con paura e sentimenti di vulnerabilità, nonché una riduzione del senso di competenza

professionale. Gli episodi di violenza nel servizio di emergenza sono raramente analizzati attraverso la supervisione psicologica, che porta a sottovalutare il fenomeno e le sue conseguenze (Fratlicelli et al., 2019).

La vulnerabilità del sé ha un esito privativo sulla soggettività e sul senso di identità. Lo scacco evolutivo da essa determinata impedisce l'esperienza di un senso di interezza (pieno) e di vitalità (consapevolezza soggettiva). Contribuisce alla polarizzazione dei vissuti per necessità di evitare condizioni psicologiche annichilenti o implosive.

La vulnerabilità riguarda dunque complessivamente l'esperienza, ne coglie gli aspetti fenomenologici e quelli relativi ai disturbi delle funzioni costitutive la dimensione della soggettività e dell'autonomia del soggetto. L'attenzione posta sul valore euristico del concetto di vulnerabilità enfatizza a sua volta quelli di empatia (Fina, 2008).

Secondo uno studio londinese condotto nel 2017 da Swires-Hennessy & Hayhurst, ogni paziente che presenta un disturbo/malattia mentale deve sottoporsi ad una valutazione del rischio di autolesionismo o suicidio e rischio di danno ai membri del personale, quando accede in triage. Ciò contribuirà ad individuare lo spazio adeguato per il paziente da *prendere in cura*, il rischio di fuga e se possono essere necessarie osservazioni speciali o una presenza di security e sorveglianza. Inoltre, la valutazione iniziale rappresenta un periodo adeguato per la trasmissione di informazioni e la raccolta di esse da parte del personale infermieristico di triage. In alcuni casi, vengono identificati i pazienti, senza malattia fisica, che possono essere appropriati per un Fast Track e quindi *presi in cura* direttamente dai servizi di psichiatria, senza la necessità di essere visto da un medico del PS.

Feeling on the Edge è un opuscolo attualmente prodotto dal Royal College of Psychiatrists (RCPsych), con l'approvazione di più colleghi, da lasciare a disposizione agli utenti che accedono al Pronto Soccorso. Il contenuto di questa risorsa è fornito per suggerire informazioni generali sul processo assistenziale e sui servizi disponibili in caso di una patologia mentale o di grande sofferenza psichica.

“L’opuscolo ti aiuterà se hai la sensazione che potresti farti del male. Quando ti senti così angosciato, può sembrare che nessun altro voglia davvero conoscere o capire, ma ci sono persone che vogliono ascoltare e capire. Vorranno aiutarti.” Così esordisce la prima pagina del volantino, il quale offre l’opportunità di consigliare all’utente alternative al DEA, informazioni sul trattamento medico e rispondere a questioni quali: “Sono nel dipartimento di emergenza, cosa succederà dopo?”.

La fase valutativa del paziente dovrebbe includere la valutazione del rischio e i problemi di comunicazione tra emergenza e clinica psichiatrica, soprattutto se è possibile una rapida consultazione. L’infermiere che valuta i pazienti fortemente autolesivi, agitati, ansiosi, confusi, psicotici o in uno stato di abuso etilico, dovrebbe sempre considerare la loro sicurezza e garantirne la stessa al personale ed agli altri utenti nell’area di attesa.

La presenza di sicurezza clinica, ambientale e legale richiede la creazione di una *cultura della sicurezza* (Casey et al., 2017) e una chiara definizione della gestione dell’agitazione e del rischio di violenza. Il primo passo è avere politiche innovative e nuove linee guida per affrontare il processo di triage psichiatrico e la gestione di tali pazienti.

Molte strutture dedicate alla fase di accettazione, in Pronto Soccorso, non hanno uno spazio appositamente progettato per gestire i pazienti con disturbi psichiatrici, nonostante le raccomandazioni delle linee guida. Se una persona viene valutata paranoica, psicotica, sotto shock o potenzialmente suicida, è chiaro che l’ambiente può essere dannoso ed intensificare i sintomi. Idealmente, l’area dovrebbe avere un’ampia visibilità per il personale di assistenza e privacy per i pazienti.

L’Istituto Nazionale per la Salute e le Linee Guida per l’eccellenza nella cura prescrivono che gli operatori sanitari che lavorano in triage abbiano almeno una sala designata per la valutazione del paziente psichiatrico, che sia vicina o parte dell’area principale di ricezione del PS, attrezzata con arredi morbidi senza oggetti

potenzialmente pericolosi, dotata di un sistema di chiamata di emergenza, una porta apribile verso l'esterno e una finestra per l'osservazione.

In Italia, il Ministero della Salute nel 2007 (Raccomandazione n°8) ha emanato raccomandazioni per la prevenzione di atti di violenza contro gli operatori sanitari. Nel nostro Paese mancano i dati e statistiche estese sulla diffusione del fenomeno, tuttavia, l'allarme presente nei DEA è elevato ed indica la necessità di attivare misure di prevenzione per contrastare il verificarsi di tali episodi violenti ed aggressivi. Alcune precauzioni possono ridurre il rischio, come: non lasciare visibili oggetti pericolosi, fornire locali ampi e non isolati, mantenere una distanza di sicurezza e fornire possibilità di fuga.

Nella valutazione è importante fare attenzione a potenziali segni che possono evolvere in comportamenti violenti come iperattività motoria, voce forte, tensione, impulsività contro oggetti, tono minaccioso o atteggiamento provocatorio; valutare se gli assistenti hanno un effetto di contenimento o favorente l'aggressività e, quindi, decidere se consentire o meno la loro presenza.

È fondamentale che sia disponibile altro personale addestrato perché la presenza di più infermieri consente il controllo di situazioni critiche o, in caso di contenimento verbale inefficace, l'esecuzione di interventi obbligatori (Fratricelli et al., 2019).

Ispirato dal sistema di triage australiano, è stato introdotto nei DEA a Copenaghen, nel 2011, un nuovo modello di triage per il paziente con disturbi psichiatrici. L'obiettivo dello studio è quello di determinare le caratteristiche del paziente secondo i criteri di assegnazione del codice di priorità in triage. Un campione casuale di 929 pazienti è stato registrato per tutto il 2012 in tre Pronto Soccorso di Copenaghen. È significativa l'associazione tra la *categoria* triage e i diversi parametri clinici; il tempo di visita è stato correlato alle diagnosi.

Il sistema di triage psichiatrico comprende cinque *categorie* per ogni paziente, in fase acuta, che accede al Pronto Soccorso. La procedura di triage iniziale è condotta da un

infermiere appositamente formato all'utilizzo dei codici di priorità suddivisi in cinque categorie.

Categoria rossa: rischio di morte evidente (per sé o altri), individuo violento/aggressivo e comportamento gravemente minaccioso, grave condizione medica o stati di delirio acuto; con accesso immediato alle aree di trattamento.

Categoria arancione: probabile rischio di morte (per sé stessi o altri), gravi disturbi comportamentali come agitazione ed aggressione; il tempo massimo di attesa prima del trattamento è di 15 minuti.

Categoria gialla: rabbia (con sé o nei confronti di altri), sintomi psicotici o reazioni di crisi acute.

Categoria verde: da lieve a moderata sofferenza, nessuna minaccia immediata di vita o assenza di sintomi acuti.

Categoria blu: nessun disturbo comportamentale acuto, crisi sociale senza sintomi psichiatrici o sintomi acuti.

In particolare, le categorie di triage rosso, arancio e giallo sono considerate casi urgenti, con un tempo massimo di attesa di 60 minuti per la *categoria* gialla. In caso di peggioramento delle condizioni del paziente dopo il triage iniziale, si rivaluta la *categoria* più acuta. Le categorie verde e blu appartengono ai casi non urgenti, il tempo massimo di attesa è di 180-240 minuti. L'obiettivo dello studio è quello di determinare le caratteristiche del paziente secondo i criteri di triage definiti e conformi.

I risultati dello studio indicano che l'uso del nuovo sistema di triage psichiatrico in emergenza ha facilitato la categorizzazione delle urgenze, i tempi di attesa si sono ridotti, le decisioni cliniche risultano essere nettamente ottimizzate e tutto ciò ha comportato una maggiore sicurezza per i pazienti e per il personale (Sæbye et al., 2017).

Una strategia ben accettata per classificare la gravità dell'emergenza psichiatrica, quindi, è la valutazione in triage, processo che consente di individuare quelli che sono i rischi reali e potenziali. Infatti, la classificazione del rischio di suicidio, aggressione e violenza è ampiamente raccomandata durante tale valutazione. Per esempio, nelle realtà

internazionali, l'*Australian Mental Health Triage* (MHTS) così come la *Hobart Mental Health Triage Scale* e la *South Eastern Sydney Area Health Service* (SESAHS) sono le scale di valutazione e classificazione, strutturate ed utilizzate per le emergenze psichiatriche che giungono in Pronto Soccorso. La MHTS e la SESAHS classificano le emergenze in 4 e 5 categorie rispettivamente, tra cui: emergenze, urgenze, sub-urgenze o semi-urgenze e non urgenze (Smart et al., 1999).

È stato dimostrato che con l'utilizzo delle scale SESAHS e MHTS si migliorano i tempi di attesa in Pronto Soccorso, ma, nonostante ciò, queste scale includono solo le condizioni di emergenza correlate ad una patologia psichiatrica, senza tener conto di altre problematiche e comorbidità.

A ribadire l'importanza del benessere globale è l'approccio di Nordstrom et al. (2012), che consigliano una valutazione *completa* anche in presenza di individui che sono ben noti ai servizi psichiatrici o con chiari segni di una malattia psichiatrica; infatti, è importante escludere condizioni mediche sottostanti che possono scatenare o esacerbare l'agitazione.

Un'altra scala utilizzata per la gestione delle emergenze psichiatriche è la *Crisis and Triage Rating Scale* (CTRS). È stata progettata per individuare quale trattamento (ambulatoriale o ricovero ordinario) sia migliore per ogni paziente al momento del primo accesso al Pronto Soccorso. Tuttavia, la CTRS non è realmente una classificazione dell'emergenza psichiatrica basata sulla patologia, ma riflette piuttosto la necessità di un ricovero del paziente o ne consiglia la sua dimissione. Inoltre, questa scala non comprende la valutazione delle condizioni mediche acute che sono spesso in comorbidità con l'emergenza di carattere psichiatrico. Un'altra limitazione della CTRS è rappresentata dal fatto che richiede la conoscenza del sistema di supporto sociale e familiare di ciascun paziente al momento della valutazione, che può essere particolarmente difficile da misurare in uno stato di aggressività e agitazione del paziente, che spesso si mostra insospettito, si isola e non collabora (Lopez et al., 2016).

La classificazione dei disturbi psichiatrici non può far riferimento ai criteri utilizzati per le malattie somatiche, ovvero basarsi sulla eziologia, la patogenesi, la fisiopatologia e le conseguenze cliniche. Le patologie psichiatriche vanno considerate come entità sindromiche caratterizzate da diverse costellazioni di sintomi. Comunque, la necessità di facilitare la comunicazione tra gli operatori e di uniformare le diagnosi, anche ai fini prognostici e terapeutici, comporta l'acquisizione di sistemi classificatori universalmente riconosciuti.

Si è quindi reso indispensabile l'impiego di un approccio diagnostico di tipo categoriale, la cui caratteristica essenziale consiste nel presupposto che esistano entità nosografiche chiaramente distinte e separate.

A questo scopo, è stata introdotta la Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale (SVARAD). Questa è una scala di valutazione psicopatologica costruita e validata presso la III Clinica Psichiatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma. Si tratta di una scala di eterovalutazione a cinque punti, costituita da 10 items. Le dieci dimensioni psicopatologiche indagate sono le seguenti: Apprensione/Timore, Tristezza/Demoralizzazione, Rabbia/Aggressività, Ossessività/Iterattività, Apatia/Abulia, Impulsività, Distorsione della realtà, Disorganizzazione del pensiero, Preoccupazione somatica/Somatizzazione, Ipertimia/Attivazione. Per ogni dimensione, vengono valutate l'intensità dei sintomi, la frequenza, la pervasività e le eventuali conseguenze sul piano relazionale della vita. Per facilitarne la compilazione da parte dell'infermiere di triage, sono incluse specifiche definizioni di ognuna di queste dimensioni e dei cinque possibili livelli di gravità (Pancheri et al., 2001).

Il volume *Rating Scales for Psychiatry*, pubblicato a cura dell'AMDP (Association for Methodology and Documentation in Psychiatry) e del CIPS (Collegium Internationale Psychiatriae Salarum) dalla Beltz Test GmbH di Weinheim, è invece la raccolta di 16 fra le più note scale di valutazione presentate in 5 lingue (tedesco, inglese, francese, italiano e spagnolo).

Data la mancanza di parametri oggettivi, biologici, certi, su cui basare la valutazione psichiatrica, le Rating Scale (RS) risultano essere strumenti ragionevolmente capaci, se

correttamente utilizzati, di fornire una rappresentazione quantitativa dei fenomeni psichici e del comportamento. Esse consentono la standardizzazione dei parametri e dei criteri di valutazione, al fine di ridurre al massimo la soggettività dell'osservazione psichiatrica, e di ottenere dati confrontabili, riproducibili ed analizzabili mediante le analisi statistiche (Conti, 2000).

Inoltre, Raucci & Spaccapeli (2005), in risposta ad un'esigenza organizzativa, abbastanza tipica dei servizi territoriali di salute mentale, hanno contribuito per la creazione di una scheda di valutazione di Triage Psichiatrico Territoriale (TPT). Essa è finalizzata a definire un livello di priorità standardizzato alle richieste non programmate di utenti che avvertono un bisogno urgente di cure in materia psichiatrica. La scheda di TPT è stata validata grazie alla sperimentazione all'interno del CPS di Monza dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo, ma è stata anche oggetto di utilizzo in altre realtà italiane. Lo studio si propone lo scopo di delineare le caratteristiche delle prestazioni in urgenza, ovvero i fattori sociodemografici e clinici riferibili a quella fetta di pazienti che accede al servizio territoriale, nel tentativo di fornire agli operatori un valido strumento di valutazione in condizioni di emergenza. Le quattro aree valutate in questo studio sono: disturbi del processo del pensiero, deflessione del tono dell'umore, stato d'ansia e stato di aggressività.

L'assegnazione del codice colore in linea con la classica scheda da triage ospedaliero riconosce i quattro codici di priorità:

- Rosso: situazioni che richiedono un tempestivo intervento da parte degli operatori (medici e infermieri) e che necessitano, il più delle volte, di un ricovero urgente (agitazione psicomotoria, crisi pantoclastica, idee suicidarie, gesti auto-eterolesivi, isolamento e apatia prolungati, situazioni organiche che richiedano un intervento di specialisti di altri settori)
- Giallo: situazioni che necessitano di un intervento degli operatori, che non sempre richiedono un ricovero urgente, ma solo un monitoraggio costante; anche in considerazione della compliance terapeutica e della presenza o meno di figure di supporto alla persona (risorse di rete).

- Verde: situazioni che spesso si presentano in maniera eclatante, ma che si risolvono dopo un colloquio infermieristico (gli stati di ansia non necessitano solitamente di interventi di altri operatori).
- Bianco: situazioni che si presentano con richiesta di urgenza, ma che dopo valutazione (e gestione) infermieristica si decide di differire.

La scheda sperimentale di triage permette agli infermieri e medici, che effettuano una prima valutazione del paziente, un valido strumento per poter stimare in maniera più attendibile, la priorità di trattamento, attraverso delle scale come quella dell'aggressività evidente di Yudofsky & Silver (1991), consentendo un atteggiamento del professionista atto ad instaurare una efficace relazione terapeutica.

In conclusione, la scheda di triage psichiatrico, attuata nei presidi sopra citati, ha consentito agli operatori di valutare in modo adeguato i “casi complessi”, adoperando un'assistenza infermieristica psichiatrica più adatta alla necessità dei pazienti in fase acuta, diminuendo gli accessi inappropriati in PS, i tempi di attesa per le urgenze ed è risultato un modello utile ed appropriato, migliorando i rapporti con l'utenza e di conseguenza dei risultati ottenuti.

1.3 Le competenze dell'infermiere di triage

Esistono specifiche situazioni in cui il triage rappresenta un momento fondamentale di accoglienza e riconoscimento di quelle persone che devono trovare adeguate e specifiche risposte alla loro “fragilità” attraverso l'attivazione tempestiva di percorsi dedicati. In virtù della maggiore sensibilità prestata a questo tema negli ultimi anni, particolare attenzione viene dedicata ai disturbi della sfera psichica che richiedono una gestione particolare e dedicata a causa delle conseguenze che si possono verificare all'interno dell'organizzazione complessiva del sistema. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere di triage è quello di concorrere all'identificazione di tali condizioni rilevando gli indicatori anamnestici e clinici. Egli attiva, fin dai primi istanti, un

percorso personalizzato e di sostegno, agevolando i contatti e le procedure in ambito sanitario, assistenziale, investigativo e giudiziario.

La formazione è una funzione fondamentale e strategica per questi aspetti e deve essere effettuata in modo sistematico e mirato, integrando tutte le professionalità coinvolte nella presa in carico di tali persone, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza. In linea generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di particolari e definite procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa (Bevere et al., 2019).

La formazione deve rappresentare un impegno primario e costante delle ASL, in quanto è necessaria per *curare* gli aspetti clinico-metodologici e relazionali. L'azienda sanitaria prevede l'addestramento continuo del personale addetto al triage (Ministero della Salute, Raccomandazione n°15, febbraio 2013). Per la sicurezza dei pazienti e l'implementazione del lavoro in équipe è fortemente raccomandata la partecipazione alle iniziative formative anche di tutto il personale medico di PS e di quello afferente. Per svolgere la funzione di triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una formazione di accesso ed una formazione permanente.

Sono tuttavia giudicati indispensabili dal GFT (Gruppo Formazione Triage) anche i seguenti punti:

- preparazione professionale: necessaria per stabilire, nei pochi minuti della valutazione iniziale, il grado di criticità dello stato del paziente. Per realizzare questa funzione occorre possedere, oltre alle competenze specifiche, una buona preparazione "generale", sia dal punto di vista clinico - assistenziale (capacità di ragionamento clinico) sia per quanto riguarda l'utilizzo del processo di nursing nella definizione dei bisogni della persona e nella pianificazione degli interventi (definizione delle priorità assistenziali);
- controllo dell'emotività propria e altrui: saper gestire tutte quelle situazioni che si possono presentare, spesso in contemporanea, e che mettono a dura prova la capacità di

concentrazione, l'equilibrio psichico e il mantenimento del controllo su quanto succede attorno all' operatore;

- capacità di adattamento: sapersi muovere all'interno di linee guida, protocolli e metodologie di lavoro con una certa elasticità, adattandosi alla situazione del momento;
- capacità organizzativa: comprendere rapidamente, ma in maniera sufficientemente esaustiva le situazioni, valutandole e allocando al meglio le risorse disponibili, nell'ottica del loro migliore utilizzo. Se ben gestite, le scelte organizzative attuate in triage favoriscono in maniera rilevante l'efficienza del servizio, garantendone l'efficacia;
- capacità decisionale: all'infermiere di triage viene richiesto di attuare scelte decisionali in tempi ristretti e sovente in situazioni complesse e caotiche. Una buona capacità decisionale corredata dalla conoscenza degli specifici ambiti di autonomia e responsabilità permette all'infermiere di agire correttamente e nel rispetto dei tempi e dei vincoli imposti dalle situazioni;
- capacità comunicativa e disponibilità: l'infermiere ha bisogno dell'aiuto e della collaborazione di tutte le figure con cui interagisce. È importante saper ascoltare e rispondere valutando volta per volta le situazioni, in modo da poter adeguare il proprio linguaggio e l'atteggiamento alla persona che si ha di fronte;
- curiosità: presuppone, innanzitutto, la capacità di verifica personale della propria attività (anche con momenti di confronto con le altre figure professionali) e la realizzazione di iniziative volte ad aumentare le proprie competenze, acquisendo esperienza e sicurezza nel tempo. Questa caratteristica permette di mantenere alta la motivazione dell'operatore e favorisce la tendenza a perseguire livelli di performance professionale qualitativamente elevati (Finocchiaro et al., 2005).

CAPITOLO 2

2.1 Persona con sintomatologia psichiatrica: elementi base per un approccio efficace

La malattia organica si differenzia rispetto a una malattia mentale in quanto in quest'ultima si alterano significativamente le attività di pensiero, l'emotività e il comportamento (individuale e sociale). È una condizione clinica in cui il soggetto ha una ridotta capacità di gestire le proprie reazioni emotive, gli eventi quotidiani e/o il suo comportamento al punto da impedire in modo significativo il soddisfacimento dei suoi bisogni emotivi e fisici di base. Un importante aspetto da tenere in considerazione è, infatti, che la malattia mentale non è il risultato di una debolezza personale, di carattere o derivante da scarso impegno, ma è una condizione clinica. Il quadro di riferimento per la corretta comprensione delle malattie mentali è il *modello bio-psico-sociale* caratterizzato dall'integrazione delle diverse componenti della vita sociale, psicologica e biologica.

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.

Una prima distinzione terminologica viene dalla definizione di *sintomo* inteso come indizio di uno stato morboso. In ambito non psichiatrico vige la differenziazione tra il *segno* che è un fenomeno oggettivo che il triagista assume come indice di un processo patologico, e il *sintomo* che è un fenomeno soggettivo avvertito dalla persona e che va decodificato.

In psichiatria la definizione del sintomo è più complessa: i sintomi sono esperienze soggettive descritte dalla persona come il calo dell'umore e la riduzione dell'energia; i segni, invece, sono dati obiettivi osservati dall'operatore, quali affettività limitata e il rallentamento ideomotorio.

Una seconda distinzione viene fatta nel definire *l'urgenza*. In ambito psichiatrico, infatti, si intende qualsiasi condizione di grave e acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare un adeguato percorso diagnostico-

terapeutico (PDTA). La persona in queste condizioni di grave e acuta sofferenza, quando accede in Pronto Soccorso può manifestare agitazione psico-motoria, e in situazione di urgenza non adeguatamente accolto dal personale del PS in termini di ascolto, comprensione e tempi di attesa, manifestare aggressività verbale e non, fino ad avere in caso di grave situazione psicopatologica comportamenti autolesivi.

La mancanza di una rete di supporto della persona e il facile accesso al Pronto Soccorso, fanno sì che i pazienti vi accedano anche in situazioni in cui la sintomatologia non sia in fase acuta, ma che è comunque causa di forte disagio e malessere. È il caso per esempio di stati d'ansia, sindromi depressive "lievi", in generale stati emotivi alterati che non sono generati da precisi quadri psicopatologici urgenti, ma che devono essere comunque presi in carico onde evitare un peggioramento della sintomatologia e un'escalation dell'acuzia.

Nelle *emergenze*, invece, l'elemento psicopatologico è in secondo piano rispetto agli aspetti psicosociali della crisi. Può accadere che la rete di supporto delle persone non riesca più a sostenere e/o contenere la sofferenza dell'individuo e da qui deriva un allarme sociale che spesso porta la persona ad accedere in Pronto Soccorso. L'emergenza comporta quindi la rottura di un equilibrio con l'ambiente di vita della persona e lo scompenso delle relazioni psicosociali. Essa presuppone una rapida risposta dell'organizzazione sociale per evitare la crisi.

Esistono tuttavia situazioni in cui una persona accede al Pronto Soccorso in stato di forte disagio, ma con una sintomatologia contenuta e gestita che si potrebbe definire "urgenza minore", che non va tuttavia sottovalutata e che deve trovare un avvio del sistema di risposta, evitando il prolungamento di uno stato di sofferenza. Esempi frequenti sono i casi di pazienti che riferiscono sintomatologie ansiose o depressive, ma ancora tollerate e gestite, oppure in casi di sintomatologia delirante e volontariamente giungono ai DEA per ricevere cura e protezione (protezione intesa come assicurazione rispetto ad eventi esterni minacciosi che attivano il delirio).

La sintomatologia può dipendere non solo da patologie psichiatriche già presenti o in esordio a qualsiasi livello di gravità clinica, ma anche dall'assunzione di sostanze legali,

come l'alcool, o illegali. Risulta, quindi, importante la valutazione del quadro generale che l'infermiere può fare in triage, cogliendo in una situazione la complessità della sofferenza che si presenta agli occhi del triagista con comportamenti e linguaggio verbale e non verbale.

Per la valutazione e la gestione del paziente psichiatrico in fase acuta, il triagista si può avvalere dello strumento principe della *relazione* che permette alla persona di sentirsi accolta, avere fiducia, e sentirsi compresa; da qui l'importanza dell'*ascolto*.

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 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).

Una qualità essenziale, indispensabile delle *helping professions* è sicuramente l'ascolto attivo, il fondamento per una comunicazione efficace. Beck (2017) sostiene che il più grande regalo che si può dare ai pazienti è quello di prendere del tempo per ascoltare ed essere presenti.

Spesso, la *terapia dell'ascolto* ci permette di ottenere informazioni che l'infermiere poi tramuta in cura.

Quando una persona accede al Pronto Soccorso con sintomatologia psichiatrica le cause che la producono possono essere molteplici e difficilmente individuabili. In queste situazioni lo scopo prioritario non è individuare la causa che ha indotto il complesso insieme di sintomi, ma riconoscere la sintomatologia e porre le condizioni per gestirla.

In linea generale gli obiettivi del triage in persone che presentano sintomi psichiatrici sono:

- raccogliere dati ed effettuare valutazioni tali da definire per quanto possibile la situazione,
- ridurre la tensione, sedare i conflitti, evitare le aggressioni, rassicurare ed invitare alla collaborazione utente e presenti;
- effettuare interventi assistenziali il più adeguati possibile alla situazione per ridurre/eliminare i sintomi che creano sofferenza e gestire l'eventuale escalation verso un comportamento non aggressivo;
- gestire il tempo dell'attesa al trattamento nel rispetto della persona e del suo vissuto

Con questa tipologia di pazienti è fondamentale condurre l'intervista cercando di rispettare, compatibilmente con le contingenze della situazione generale, tutti i criteri per quanto riguarda l'ambiente, la gestione dell'emotività, la comunicazione verbale e non verbale e l'ascolto.

Possiamo distinguere due tipologie (di situazioni/personone) di accesso al Pronto Soccorso:

- la persona è conosciuta e la situazione è palese perché la sintomatologia è chiara (ansia, agitazione psicomotoria, aggressività) o perché il paziente riesce a descrivere correttamente il motivo del suo accesso;
- la persona non è conosciuta e/o la sintomatologia non è chiara e/o la persona non riesce a descrivere correttamente il motivo del suo accesso.

Ci si trova di fronte a situazioni nelle quali è richiesto un approccio particolarmente attento alle condizioni della persona, al grado di comprensione della sua situazione e alla disponibilità a farsi aiutare. Con i dovuti tempi, anche in questi casi sarà possibile raccogliere dati significativi e realizzare la presa in carico attuando interventi adeguati alla situazione.

La sintomatologia psichiatrica più frequente dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso è:

- ansia più o meno generalizzata o conclamata;
- attacchi di panico;
- fobie (è una paura patologica persistente, irrazionale, esagerata e invariabile, innescata da specifici stimoli e situazioni, che comporta un desiderio irresistibile di evitare lo stimolo temuto);
- stati ossessivi (persistenza patologica, contro la volontà. In risposta alle ossessioni spesso vengono messe in atto delle "compulsioni", ovvero comportamenti ripetitivi eseguiti seguendo certe regole);
- allucinazioni visive e/o uditive;
- deliri di varia natura (paranoici, di veneficio, salvifici, di onnipotenza etc.);
- alterazione del tono dell'umore in tutte le sue variabili;

- alterazioni della forma (alterazioni della velocità e quantità ideativa, della coerenza dei nessi cognitivi e anomalie del linguaggio);
- manifestazioni più o meno evidenti di autolesionismo o autosoppressione;
- manifestazioni aggressive verbali e/o non.

Data la complessità e la particolarità della sintomatologia psichiatrica, talvolta ci si trova di fronte ad un quadro sintomatologico nel quale è difficile, distinguere tra sintomo principale e sintomi associati. I quadri sintomatologici con cui si manifesta il disturbo psichiatrico sono presenti in maniera simultanea e si embricano tra loro essendo ciascuno parte del disturbo stesso. Oltre al disturbo psichico, possono essere presenti disturbi che rappresentano la “somatizzazione” del disagio.

2.2 Agitazione e aggressività

Questo complesso quadro sintomatologico mette spesso in difficoltà lo svolgimento del lavoro in Pronto Soccorso perché richiede tempi, modi e spazi di intervento che non sono sovrapponibili a quelli delle urgenze di tipo organico. Come sottolinea la letteratura, l'incidenza di comportamenti violenti è sempre più frequente nei dipartimenti di emergenza, il 30% degli operatori che subisce un'aggressione fisica sviluppa una reazione sintomatica con ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità, disturbi somato-formi e il 10% presenta un disturbo da stress post-traumatico.

Erroneamente si ritiene che gli psichiatri siano maggiormente a rischio mentre, in realtà, sono la categoria meno esposta: l'80% delle aggressioni fisiche riguardano gli operatori non medici, in particolare quelli di sesso femminile e con più scarsa formazione psichiatrica specifica (Barrere et al., 2013).

L'agire professionale in queste situazioni deve essere volto a:

- prevenire, ridurre e trattare gli stati di agitazione psicomotoria e gli agiti aggressivi;
- prevenire il passaggio dell'agitazione psicomotoria all'aggressività, alla violenza;
- tutelare la salute del paziente e degli operatori lavorando in sicurezza.

Fasi del ciclo dell'aggressione

Fase 1: trigger

È il momento in cui un fattore scatenante porta allo scostamento dalla linea basale, una condizione temporanea in cui il sistema nervoso è caratterizzato da un maggior stato attentivo-cognitivo di vigilanza e di pronta reazione in risposta a uno stimolo significativo e di intensità variabile. È il momento in cui avvengono i cambiamenti somatici e psicologici e coincide con l'insorgenza della situazione di crisi. L'intervento di elezione è il riconoscimento precoce del fattore scatenante ed il tentativo della sua rimozione.

Alcuni segni clinici del paziente aggressivo durante la fase 1 del ciclo:

- Aumento del tono della voce
- Espressione facciale tesa, sguardo minaccioso
- Sudorazione profusa
- Gesticolazione accentuata, disinibizione verbale e comportamentale
- Tachipnea, comparsa di ansia, paura, angoscia
- Esplicitazione di sentimenti di rabbia, sensazione di essere insultato o deriso

Fase 2: escalation

Avviene un ulteriore scostamento marcato e rapido dalla linea psico-emotiva dell'individuo. È importante un intervento tempestivo da parte dell'infermiere triagista e dell'équipe del Pronto Soccorso attraverso una negoziazione che faccia deviare la persona in sofferenza dal percorso comportamentale aggressivo. Bisogna trasformare eventuali contenuti di minaccia e di violenza in espressioni dialettiche negoziabili. L'obiettivo prioritario è impedire il passaggio alla fase successiva del ciclo dell'aggressività e il contenimento del comportamento aggressivo.

Alcuni segni clinici del paziente aggressivo durante la fase 2 del ciclo:

- Incremento dell'agitazione psicomotoria (ipervigilanza, irritabilità marcata e atteggiamento polemico)
- Scarso controllo degli impulsi (aggressività verbale)
- Confusione mentale, allucinazioni o deliri dal contenuto violento

Fase 3: fase critica

Viene raggiunto il punto culminante di scostamento dalla linea psico-emotiva basale; è la fase in cui la persona può ad esempio rompere oggetti (pantoclastia), brandire pugni verso terzi, stratonare e spingere provocatoriamente, accorciando le distanze fisiche dagli operatori coinvolgendoli in un conflitto aperto non più negoziabile.

In questa fase le misure di sicurezza e di auto/etero protezione devono essere massime e considerate opzioni uniche e prioritarie. Se la valutazione è di pericolo di incolumità, nel caso che l'intervento di altri operatori non sia immediatamente disponibile, valutare la possibilità di allontanamento.

Alcuni segni clinici del paziente aggressivo durante la fase 3 del ciclo:

- Interruzione brusca della comunicazione con gli operatori e chiusura comunicativa completa dell'individuo, con passaggio a forme di aggressività fisica verso oggetti e persone non arginabili dagli operatori sanitari
- Sentimenti di collera e frustrazione incontrollabili, aggressività franca con manifestazioni aggressive-esplosive

Fase 4: recupero

Nella fase del recupero si assiste a un progressivo ritorno verso la linea basale. È una fase particolarmente delicata nella quale vanno evitati troppi stimoli, richieste di discutere dell'episodio o rimproveri e biasimi morali relativi alla crisi, poiché interventi comunicativi o tentativi di rielaborazione dell'episodio troppo precoci possono costruire eventi scatenanti aggiuntivi (trigger), i quali favoriranno la riacutizzazione della crisi o una sua trasformazione in repliche dell'evento.

Alcuni segni clinici del paziente aggressivo durante la fase 4 del ciclo:

- Riduzione dell'agitazione psicomotoria con rilassamento corporeo transitorio
- Latenza delle pulsioni aggressive
- Temporaneo rallentamento dell'attività dell'apparato circolatorio, del sistema endocrino e del SNC
- Ripresa lenta e discontinua delle capacità comunicative

Fase 5: fase post-critica

Questa fase (down) è caratterizzata da un ritorno rapido alla linea basale psico-emotiva, che porta a una marcata caduta del tono dell'umore in senso depressivo.

In questa fase è indispensabile trovare spazio di confronto e discussione sull'intero ciclo dell'aggressività così come si è verificato, per sostenere la persona in una revisione critica degli eventi ed evitare contraccolpi emotivi troppo gravosi che potrebbero innescare stati emotivi controproducenti.

Questa fase viene solitamente gestita dagli operatori del servizio psichiatrico (medico e infermieri SPDC) talvolta in sedi differenti del Pronto Soccorso, mentre agli operatori dell'emergenza spetta al massimo il compito di gestire adeguatamente soltanto la parte iniziale di questa fase promuovendo o sopportando l'operato degli specialisti (Maier et al., 1987; Gargiulo et al., 2019).

Non va dimenticato che nella gestione di paziente agitati o violenti, non è raro ricorrere all'uso indiscriminato di farmaci perché si è portati, istintivamente, a considerare necessarie, per sedare un paziente aggressivo, dosi più elevate di psicofarmaci. È utile ricordare che l'efficacia sedativa di un farmaco non ha alcun rapporto di proporzionalità con la pericolosità del paziente (De Matis, 1994).

Qualora si renda necessaria la contenzione farmacologica per lo stato clinico del paziente è importante rimanergli accanto cercando di realizzare quella che Winnicott definisce funzione di *Holding* (Casher, 2013), ovvero un contenimento psicologico e affettivo del malato. Questa funzione si traduce nella capacità dell'equipe curante di assorbire le proiezioni laceranti del paziente, di evitare impulsività di quest'ultimo e di disinnescare ogni possibile circuito di aggressività.

L'infermiere quindi, accanto a quella che può essere definita una buona attitudine di *relazione d'aiuto*, dovrà adottare quegli accorgimenti osservativi che gli consentono di evidenziare possibili effetti collaterali o indesiderati della terapia farmacologica e che risulteranno strategici nel farla accettare al malato. Rilevante risulta essere l'informazione: fornire, cioè, spiegazioni corrette e semplici sulla terapia che si sta somministrando, nonché sugli effetti indesiderati prodotti dalla stessa (Gargiulo et al., 2019; Chiaranda, 2016).

CAPITOLO 3

3.1 Disegno di ricerca

Lo studio condotto ha previsto il ricorso ad un'indagine di tipo esplorativo attraverso la quale ricercare le conoscenze e le attitudini dell'infermiere triagista durante la valutazione e la gestione del paziente psichiatrico. L'obiettivo cardine è quello conoscere le attuali modalità con cui viene gestito l'utente con disturbi mentali in triage ed individuare quelle che potrebbero essere le possibili strategie di miglioramento.

Per la ricerca sono stati coinvolti gli infermieri del Pronto Soccorso di quattro aziende ospedaliere differenti facendo capo all'AV3: Ospedale Generale Provinciale di Macereta, Ospedale di Civitanova Marche, Ospedale Civile di San Severino Marche e l'Azienda Sanitaria di Camerino.

Il progetto è rivolto al personale infermieristico che svolge la propria attività sia all'interno del Pronto Soccorso, e quindi, attivamente in triage, sia come soccorritore del Servizio 118.

Dallo studio sono stati esclusi, invece, i coordinatori infermieristici e gli infermieri che, nel periodo di somministrazione del questionario, non erano in servizio per malattia, infortunio, congedo parentale.

3.2 Materiali e metodi

Ai fini dello studio è stato somministrato un questionario *CENA Survey* (Sivakumar et al., 2011) rielaborato e adattato. Il questionario, previa autorizzazione da parte della Direzione Medica ed Infermieristica, è stato sottoposto al personale infermieristico nel periodo Febbraio-Aprile 2020.

Il questionario è composto da: 24 domande a scelta multipla, 10 items valutati su scala Likert a 5 modalità (da 1=fortemente in disaccordo a 4=fortemente d'accordo) ed infine 8 items valutati su scala Likert a 5 modalità (da 1=mai sicuro a 5=sempre sicuro; da 1=scarso a 5=eccellente).

Il questionario è stato rilasciato, inizialmente, prima dell'emergenza Covid-19, in formato cartaceo e recapitato ai coordinatori di ciascuna realtà ospedaliera coinvolta. Successivamente, vista la crescente difficoltà comunicativa con le strutture coinvolte nell'emergenza e l'impossibilità per noi studenti di recarci presso le strutture per fini didattici, per ricevere i dati necessari alla ricerca sperimentale, è stata richiesta una

seconda compilazione, per via telematica, dello stesso questionario alle Unità Operative del Pronto Soccorso di Camerino, San Severino Marche e Civitanova Marche. Il Pronto Soccorso di Macerata non è stato coinvolto in tale operazione in quanto è risultato possibile reperire il materiale cartaceo.

A tale proposito, sento la necessità di specificare quanto la modifica della tipologia del questionario abbia inciso sul numero delle risposte. Infatti, a causa dell'emergenza, non è stato possibile reperire tutto il materiale cartaceo dello studio già consegnato precedentemente alle quattro realtà sanitarie dell'AV3. Per agevolare la compilazione da parte degli infermieri è stato creato un link, tramite la piattaforma Google Moduli, mediante il quale gli operatori hanno potuto accedere al questionario e rispondere in maniera anonima e libera. Analizzando le risposte degli infermieri ricevute tramite la modalità telematica, a differenza di quanto si potrebbe pensare, esse sono risultate più complete rispetto alle risposte del questionario cartaceo riferite agli operatori dell'Ospedale di Macerata. Questo probabilmente poiché l'accesso tramite un dispositivo tecnologico è più *vicino* e pratico per l'individuo.

Per chiarezza espositiva, si riportano di seguito le aree di indagine del questionario:

- dati professionali e formazione;
- logistica aziendale;
- valutazione e gestione del paziente;
- eventi avversi e strategie;
- sicurezza e consapevolezza dell'infermiere;

Per l'analisi dei dati si è utilizzata la piattaforma Google Moduli nella quale si sono registrate le percentuali e le statistiche di ciascuna domanda.

3.3 Limiti

La grandezza campionaria di questo studio risulta essere un limite, in quanto il ridotto campione rispetto al reale potrebbe non rendere sempre confermati gli esiti ottenuti. Nonostante ciò, le stime permettono comunque di avere delle significative evidenze statistiche. Inoltre, la possibile diversa interpretazione di alcune domande da parte dei

professionisti intervistati, anche alla luce delle difformità gestionali del paziente psichiatrico, hanno contribuito ad una mancata risposta all'indagine. In tal senso, l'assenza di alcune risposte ha comportato ad un'incompleta adesione al questionario.

3.4 Analisi dei dati

I dati rilevati dal questionario hanno permesso di ricevere un adeguato feedback da parte di chi, in prima linea, si occupa della valutazione e gestione dei pazienti psichiatrici che accedono al Pronto Soccorso. La partecipazione del personale infermieristico è stata superiore al 70% rispetto al numero totale degli infermieri di tutte le realtà dell'AV3 coinvolte.

A questo studio hanno risposto 77 infermieri (il totale degli operatori che lavorano nelle quattro realtà ospedaliere è 112) , suddivisi in 53 femmine e 23 maschi; nello specifico, al questionario, hanno partecipato 25 su 38 infermieri che prestano servizio nell'Azienda ospedaliera della sede di Macerata, 28 su 44 risposte appartengono agli operatori che lavorano presso l'ospedale di Civitanova Marche ed infine sono presenti 12 infermieri per la realtà ospedaliera ed extraospedaliera di San Severino Marche, 11 per l'Ospedale di Camerino e 2 per la PoTES di Matelica (su un totale di 30 infermieri per le 3 realtà ospedaliere dell'AV3).

Dai dati raccolti emerge che il 57,1% del campione esercita la propria professione esclusivamente in Pronto Soccorso, mentre gli infermieri che lavorano come soccorritori del SET 118 sono l'11,7% del totale e quindi il restante 31,2% prestano servizio in entrambe le realtà.

Analizzando le risposte fornite dagli intervistati si delinea un quadro abbastanza chiaro. Oltre la metà (71,4%) del campione intervistato risulta laureato (D.M. 270/04) ed i corsi post – lauream frequentati sono pochi in rapporto al totale degli infermieri (33,8%), con una preferenza abbastanza netta per quanto riguarda il master in “Management infermieristico per le funzioni di coordinamento” (11 infermieri).

È possibile evidenziare che il 68,8% degli infermieri ha prevalentemente oltre 10 anni di esperienza nel campo sanitario ed in qualità di triagista il campione è così distribuito: tra 0 e 3 anni il 29,3%, il 16% tra 3 e 6 anni ed infine il 54,7% da oltre 6 anni (Graf 1).

Dalla domanda “Da quanto tempo hai ricevuto formazione specifica per il ruolo di triagista? (Formazione interna, da parte dell’Azienda)” si evince che il 48% degli intervistati ha ricevuto formazione negli ultimi 0-5 anni, il 26% da 0-10 anni ed infine, il 26% da oltre 10 anni (Graf 3).

Come è visibile dal grafico (Graf. 4), 56 infermieri hanno affermato di non aver frequentato autonomamente altri corsi di formazione finalizzati ad acquisire competenze nel ruolo triagista (Formazione, esterna all’Azienda).

È interessante prestare attenzione alla risposta numero 6 (Graf. 2) dell’indagine, in quanto il 77,9% degli infermieri dichiara di non aver mai avuto esperienze lavorative nell’ambito psichiatrico ed inoltre, come è visibile dal grafico (Graf. 5), il 47,4% degli infermieri intervistati ha indicato di non aver mai preso in considerazione eventi formativi sulle tematiche dei disturbi mentali.

A tale proposito è necessario prendere in considerazione la domanda “L’Azienda ha mai organizzato corsi di formazione per la gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso?”. Il 67,7% degli operatori ha dichiarato che in Azienda non sono mai stati organizzati corsi specifici a riguardo.

Il 47,9% del totale del campione dichiara di aver ricevuto formazione sull’assistenza al paziente psichiatrico attraverso “Formazione continua/Eventi accreditati”, il 31,3% durante gli anni del corso universitario di Infermieristica ed infine, il 10,4% tramite corsi di formazione Online (Graf. 7).

Al quesito numero 13 (Graf. 6) “[..]a quando risale il tuo ultimo evento formativo sulle tematiche psichiatriche?” il 43,9% del campione asserisce “Durante gli anni di servizio

nel dipartimento di emergenza” e il 36,6% afferma “In un corso organizzato dall’Ente Ospedaliero”.

Un altro risultato rilevante che emerge dall’analisi dei dati riguarda l’importanza che gli operatori di area critica attribuiscono alle competenze nella valutazione, nel trattamento e nella gestione delle patologie psichiatriche. Infatti, quasi la metà degli infermieri (46,1%) è "Fortemente d'accordo" con tale asserzione, mentre il 43,4% è "In accordo". È residuale la percentuale di chi è “Fortemente in disaccordo” o “In disaccordo” (3,9%) (Graf. 17).

A questo punto, si è indagato sull’attuale gestione nelle Aziende ospedaliere nei confronti di un accesso psichiatrico al DEA.

Il 29,9% del campione ritiene di essere “In disaccordo” al quesito numero 1 del grafico 17. “Nel mio contesto lavorativo i pazienti con problemi di salute mentale sono gestiti in maniera efficace” e il 16,9% sono “Fortemente in disaccordo”.

Nello specifico il 46,8% (36 operatori) sostiene che nel proprio contesto lavorativo non ci sono risorse sufficienti per gestire i pazienti psichiatrici (Graf. 17).

Innanzitutto, è possibile affermare, in generale, che per la valutazione del paziente psichiatrico che afferisce al Pronto Soccorso, l’88,9% degli infermieri non utilizza scale codificate (Graf. 8).

Per quanto riguarda la risposta alla domanda "Per i soggetti psichiatrici scompensati/fase acuta con più accessi al Pronto Soccorso esiste la possibilità di reperire informazioni che facilitino il triagista nella fase anamnestica al fine di riconoscere velocemente il soggetto?" (Graf. 9), il 45,2% ha dichiarato che non esiste tale opportunità o, se esiste, non viene comunque adottata.

Alla domanda “Per i contesti territoriali esiste un triage psichiatrico (TPT) in via sperimentale in alcune realtà; hai mai accolto pazienti in Pronto Soccorso ai quali è stato effettuato questa tipologia di triage territoriale?” (Graf. 10) Il 94,6% degli

infermieri non ha mai accolto in Pronto Soccorso pazienti ai quali è stato effettuato, precedentemente, un Triage Psichiatrico Territoriale (TPT).

Per ridurre l'*overcrowding* dei pazienti psichiatrici nell'area di accoglienza dei PS e, cercando di abbattere il numero delle richieste di gestione di casi non estremamente complessi a carico degli operatori del DEA, il 62,7% del campione ritiene che un percorso facilitato/Fast Track per il paziente psichiatrico, a cui è stato assegnato un codice colore di priorità bianco o verde, risulta essere una possibile soluzione (Graf. 16).

Un altro quesito che merita essere citato è "Si sono mai verificati eventi avversi durante il triage del paziente psichiatrico?" (Graf. 12). Una buona percentuale, quasi il totale (88%) degli infermieri che prestano servizio nei vari DEA dell'AV3, hanno risposto, in modo equivocabile, "Sì". Tra gli eventi più riscontrati c'è l'aggressione (83,3%) e, a seguire, con il 69,7% la fuga del paziente (Graf. 13).

Un totale di 47 infermieri ha risposto alla domanda 22 (Graf. 14) sostenendo che la causa degli eventi avversi in triage è attribuibile alla mancanza di un percorso adeguato al paziente psichiatrico. A seguire con percentuali elevate c'è chi dichiara che tra le concause favorenti il verificarsi di situazioni spiacevoli c'è la mancanza di luoghi riservati (54,4%), mancanza di sorveglianza (57,4%) e poco meno della metà (44,1%) pensa che le lunghe attese del paziente giochino a sfavore degli stessi operatori.

A tal proposito, un aspetto aggiuntivo che merita di essere citato è il suggerimento offerto da due infermieri al quesito 22 del questionario "Secondo te, tali eventi avversi si sono verificati a causa di:". Essi sostengono che la patologia stessa dei pazienti contribuisce alla presenza di avversità nei confronti degli operatori ed è il movente di situazioni spiacevoli. Inoltre, un operatore sostiene che risulta impossibile erogare assistenza al paziente psichiatrico in Pronto Soccorso.

Degna di nota è la risposta al quesito "Esiste nella tua realtà lavorativa un percorso interno che prevede l'isolamento del paziente psichiatrico rispetto agli altri utenti?" (Graf. 11). Oltre la metà, l'80% dei professionisti dei vari Pronto Soccorso dell'AV3, ha risposto "No".

Dal grafico (Graf. 18) è possibile evidenziare i dati che indagano sul *sentire* dell'infermiere. Tramite le risposte è emerso che il 41,3% si reputa "A volte sicuro" nella gestione delle attività e delle situazioni che coinvolgono i pazienti con disturbi psichiatrici; in particolare, il 24% si sente "Raramente sicuro" e il 10,7% "Mai sicuro". Un totale di 32 infermieri (42,1%), quasi la metà del campione, ritiene di essere "A volte sicuro" nella valutazione del rischio, nei propri confronti o di altri, correlato a comportamenti dei pazienti.

Il 44,7% degli operatori si sente "A volte sicuro" nell'effettuare la valutazione dello stato mentale attraverso l'utilizzo di strumenti specifici e scale di valutazione, il 32,9% "Raramente sicuro" e il 9,2% "Mai sicuro".

Un risultato che può essere reputato fondamentale ai fini statistici è la risposta alla domanda (Graf. 17) "Nel mio contesto lavorativo mi sento sicuro durante la gestione dei pazienti psichiatrici". Il 42,9%, ha ammesso di essere "In disaccordo", il 23,4% "Fortemente in disaccordo". Invece, alla domanda "Nella gestione del paziente psichiatrico in fase acuta/scompensato mi sento preparato" (Graf. 17), sommando le percentuali delle risposte "Fortemente in disaccordo" e "In disaccordo", complessivamente il 44,2% (34 infermieri) sente di non essere abbastanza formato in tale situazione.

Analizzando la domanda "Sento di essere facilmente irritabile e nervoso in caso di gestione di pazienti violenti/aggressivi" (Graf. 17), il 23,4% (18 infermieri) ha dichiarato di essere "In accordo" e, anche se in minima percentuale, il 6,5% ha risposto di sentirsi "Fortemente d'accordo".

Inoltre, 28 infermieri, sommando le risposte "Fortemente in disaccordo" e "In disaccordo" alla domanda "Riesco a gestire lo stress durante la gestione di pazienti violenti/aggressivi" (Graf. 17) ritengono di non essere in grado di rimanere imperturbabile dinanzi a tali situazioni.

Tutti gli infermieri hanno risposto alla domanda 23 (Graf. 15) suggerendo diverse strategie mirate a facilitare la gestione della sofferenza psichica acuta e grave dei

soggetti che si presentano al Pronto Soccorso. Il 65,8% degli operatori sostiene che la conoscenza è un'arma, in questo caso, fondamentale. Da tale asserzione è possibile dedurre una richiesta di formazione adeguata e specifica per poter gestire in maniera ottimale i pazienti psichiatrici.

43 infermieri attribuiscono alla presenza h24 dello psichiatra in ospedale una risorsa importante e 31 vorrebbe poter avere la possibilità di richiedere una consulenza infermieristica al Centro di Salute Mentale in caso di necessità (CSM) o al Servizio di Psichiatria per Diagnosi e Cura (SPDC).

Inoltre, altri infermieri (9), oltre alle strategie individuate, offrono dei feedback degni di nota, come: è auspicabile una maggiore collaborazione con il personale del reparto di psichiatria e garantire per il triage un'area adeguata in caso di accesso di un paziente con problematiche psichiatriche. Altri infermieri suggeriscono percorsi dedicati, adeguati e veloci. Due proposte aggiuntive prevedono la gestione del TSO a livello territoriale senza accesso al PS e la presa in carico del paziente direttamente dai dipartimenti di salute mentale. In entrambi i casi, si ritiene opportuno evitare il passaggio in Pronto Soccorso del paziente.

Queste proposte, oltre ad essere funzionali, dimostrano interesse da parte del personale a questa tematica e fanno trapelare il desiderio, o l'esigenza, degli infermieri di triage di avere maggiore disponibilità di corsi di formazione specifici da parte dell'Azienda Sanitaria presso le quali lavorano.

Il campione intervistato risulta *essere a contatto* con il paziente psichiatrico e, chiaramente, questo lo porta anche a suggerire strategie di miglioramento. È chiaro che, di fronte a richieste simili, è impossibile restare indifferenti e da questo studio emerge come, in tali momenti, gli infermieri si ritrovino a provare sentimenti particolari e, in alcuni casi, si rendano conto di non aver strumenti e conoscenze per far fronte a tutte le necessità degli assistiti.

3.5 Risultati: grafici e tabelle

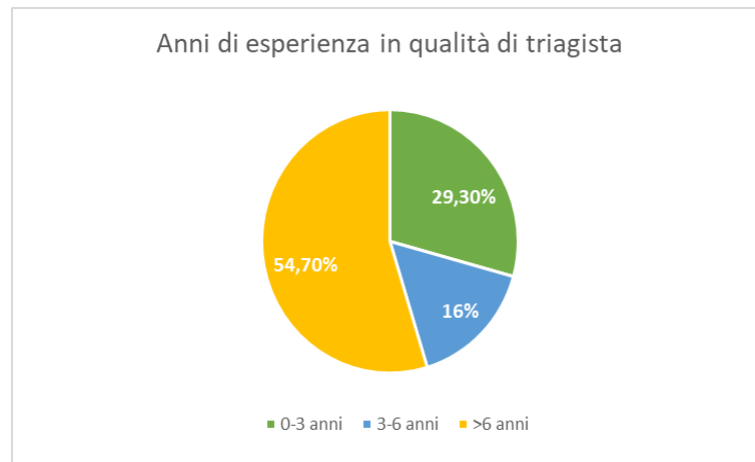


Grafico 1

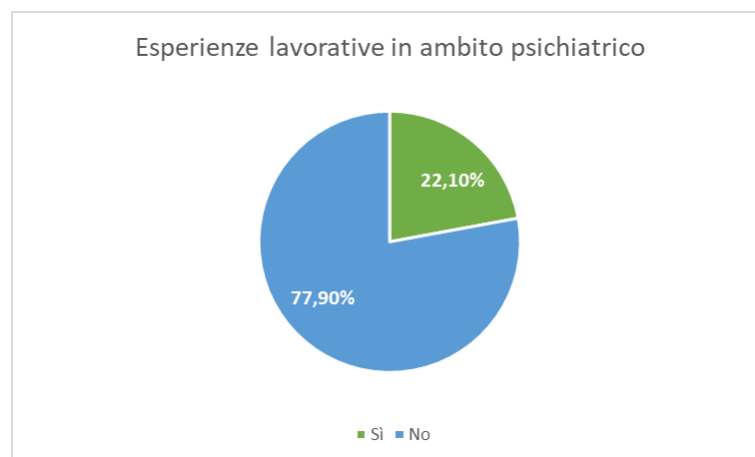


Grafico 2

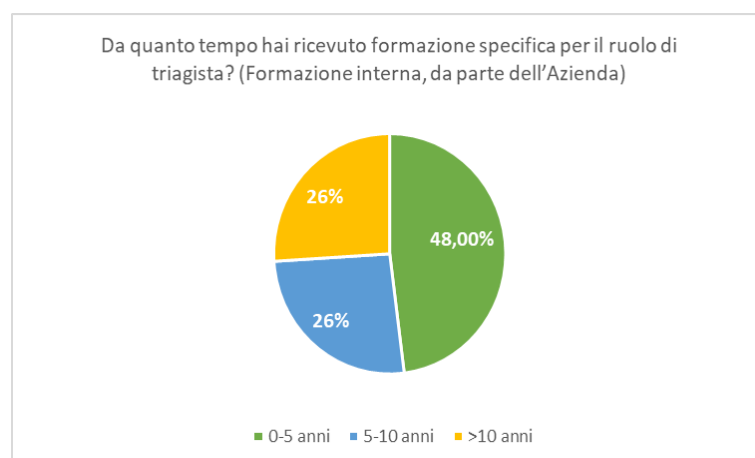


Grafico 3

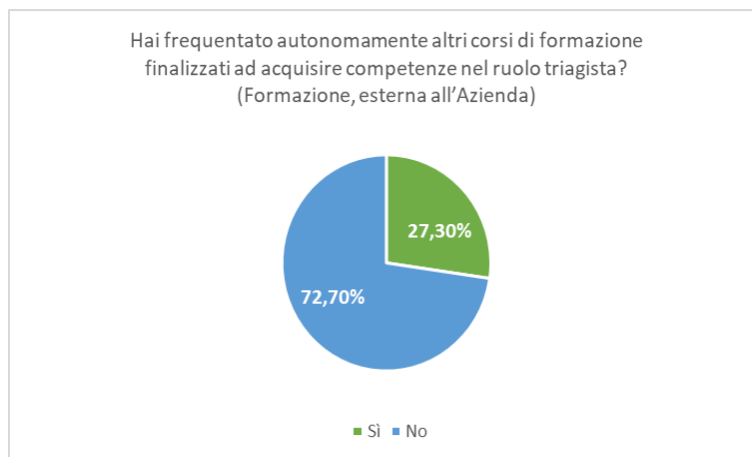


Grafico 4

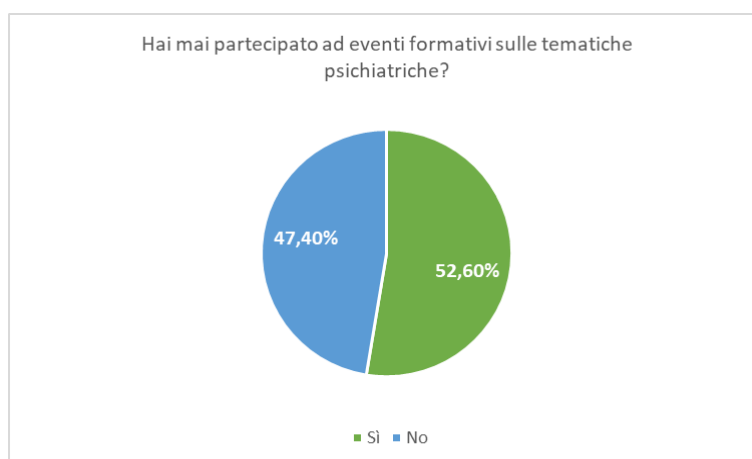


Grafico 5

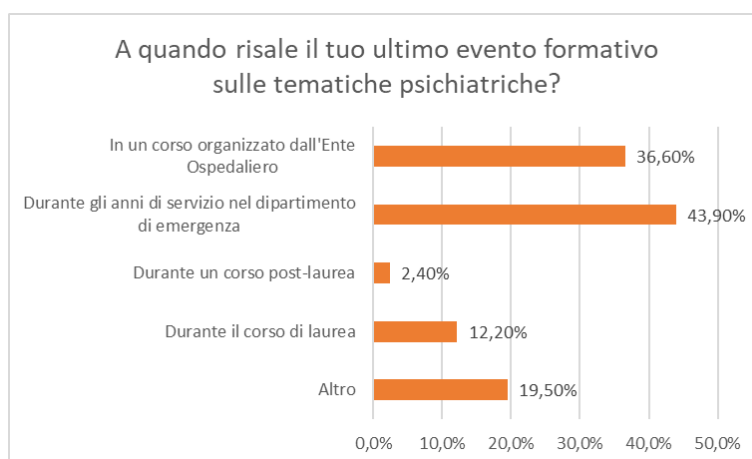


Grafico 6

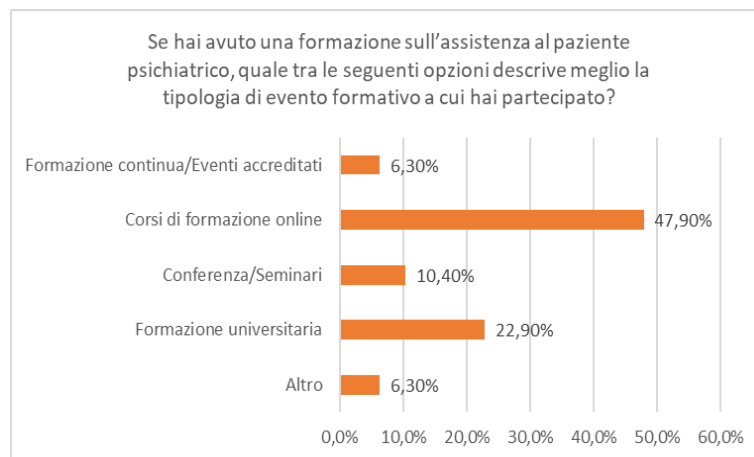


Grafico 7

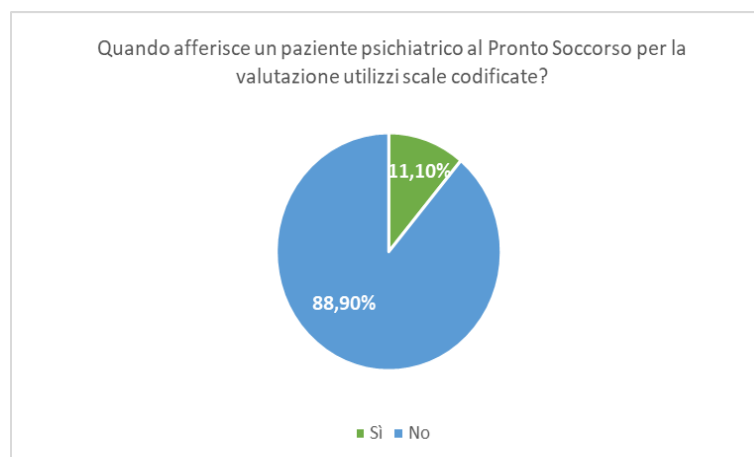


Grafico 8

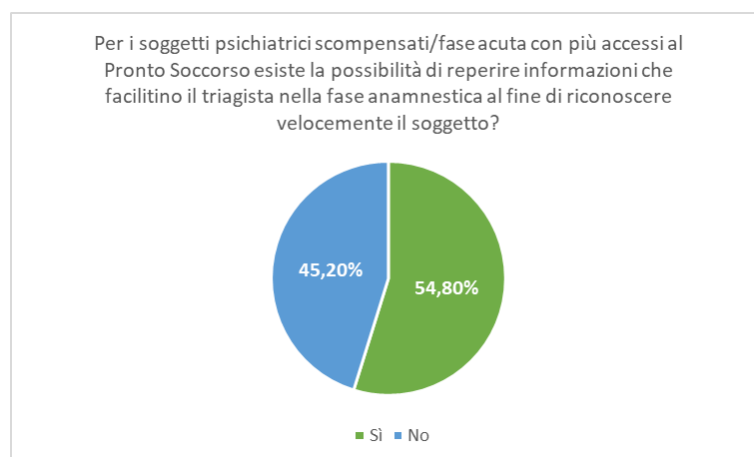


Grafico 9

Per i contesti territoriali esiste un triage psichiatrico (TPT) in via sperimentale in alcune realtà; hai mai accolto pazienti in Pronto Soccorso ai quali è stato effettuato questa tipologia di triage territoriale?

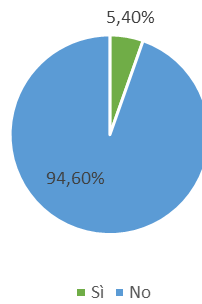


Grafico 10

Esiste nella tua realtà lavorativa un percorso interno che prevede l'isolamento del paziente psichiatrico rispetto agli altri utenti?

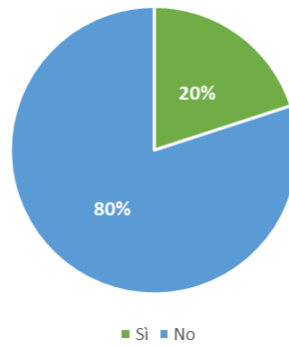


Grafico 11

Si sono mai verificati eventi avversi durante il triage del paziente psichiatrico?

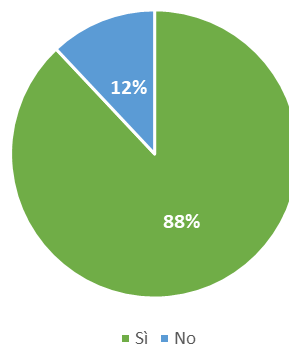


Grafico 12

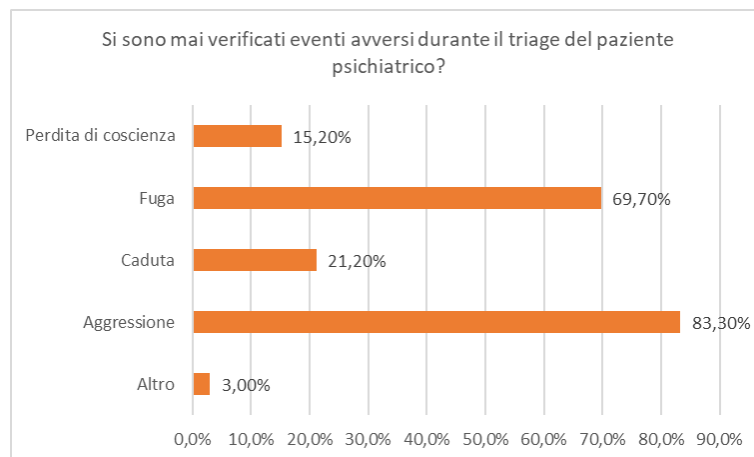


Grafico 13

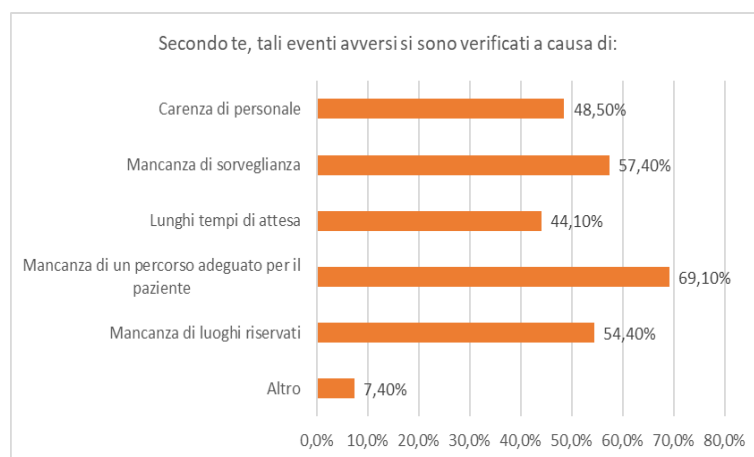


Grafico 14

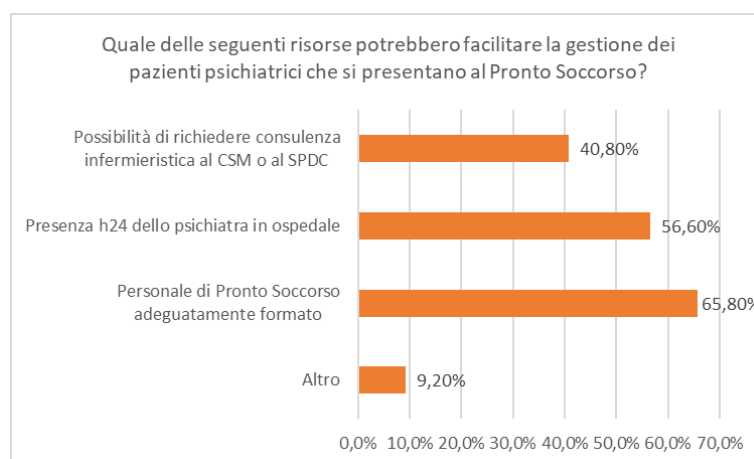


Grafico 15

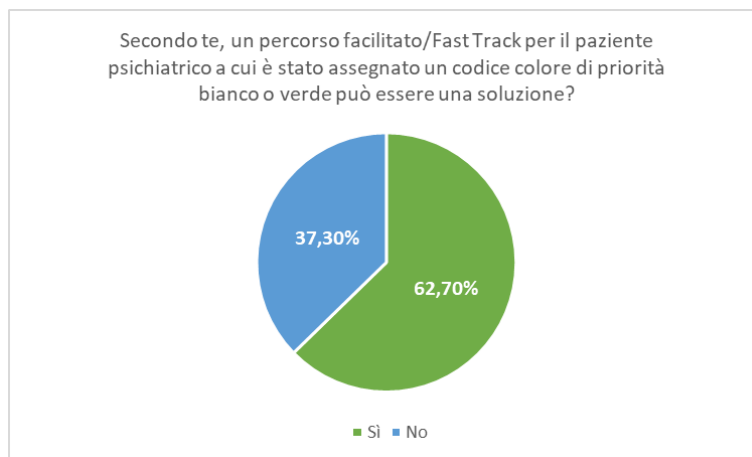


Grafico 16

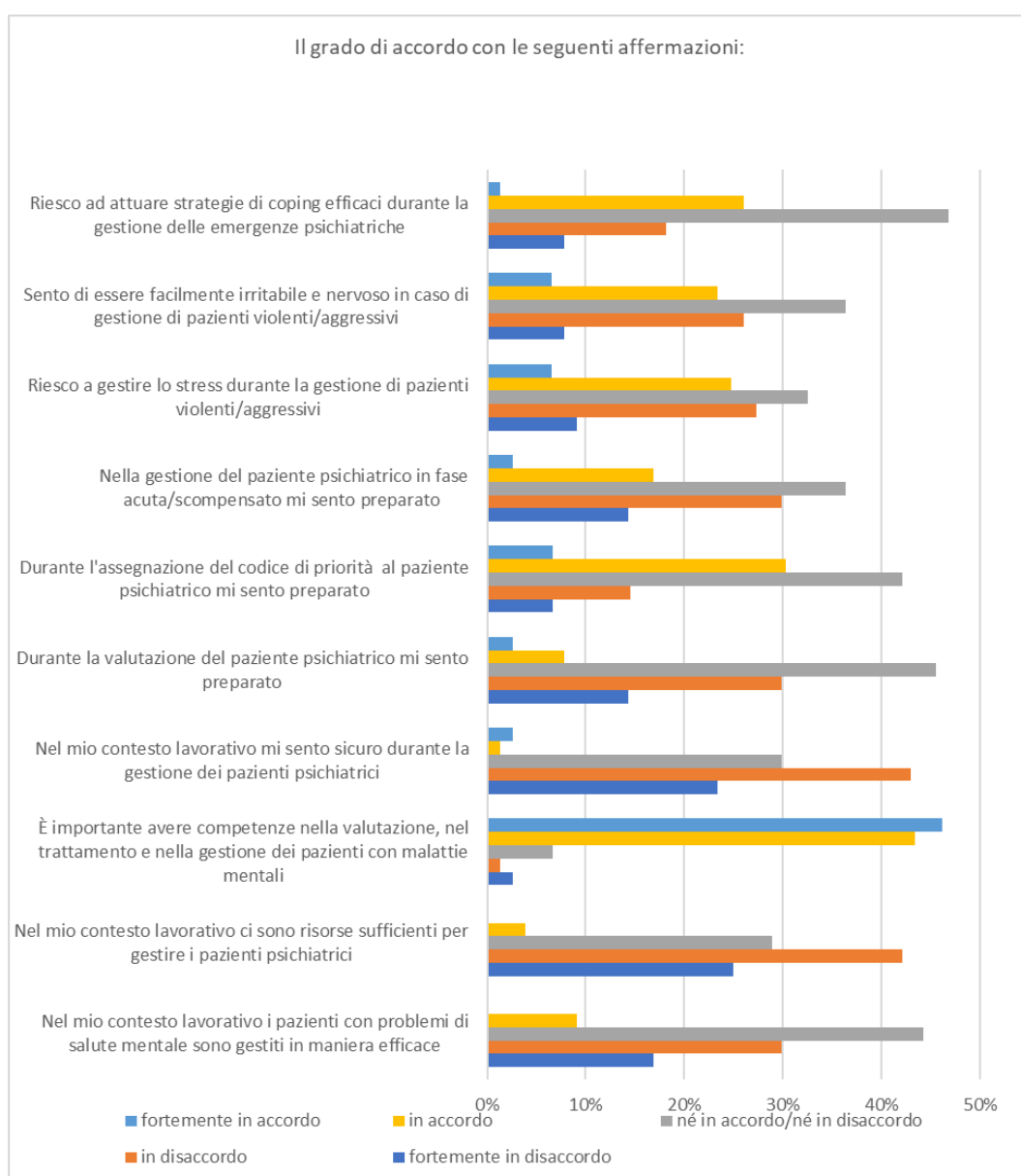


Grafico 17

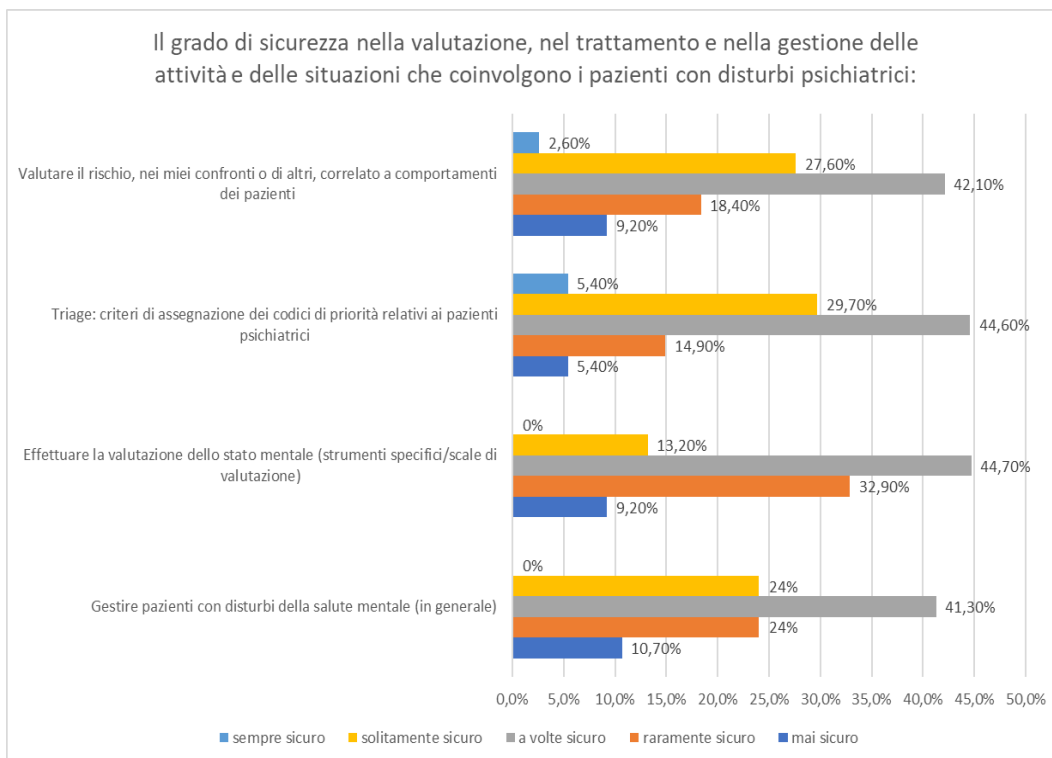


Grafico 18

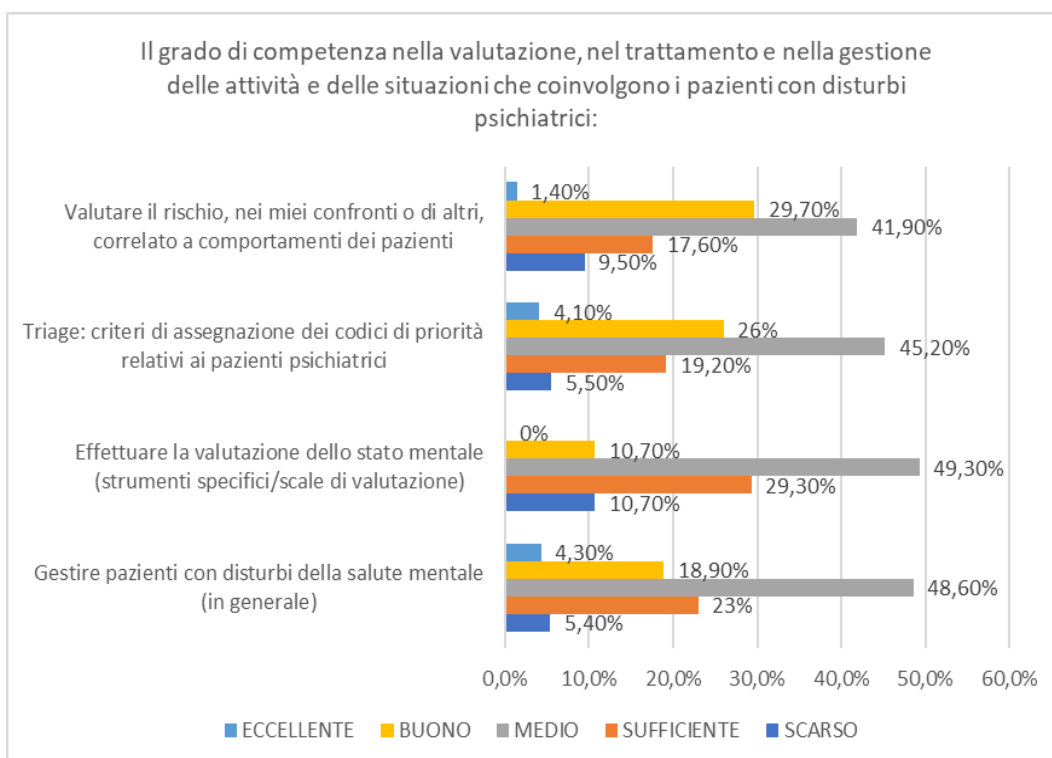


Grafico 19

3.5 *Discussione dei dati*

I pazienti psichiatrici, come affermato precedentemente, possono sostare diverso tempo nell'area di accoglienza del Pronto Soccorso prima di ricevere l'assistenza e la valutazione da parte di uno psichiatra; inoltre, [...] è abbastanza comune la richiesta simultanea della gestione di un'emergenza di tali pazienti.

In merito ai lunghi tempi di attesa dei pazienti psichiatrici nei DEA [risposta al quesito 22 (Graf.14)] gli studi americani citano una media di circa 7 ore prima della disponibilità di un letto, a seguito della decisione di ricovero; il tempo viene prolungato in caso di trasferimento in una struttura esterna. L'attesa è associata ad un aumento del rischio di esacerbazione dei sintomi o fuga dei pazienti in caso di problemi psicotici e abuso di sostanze. Gli stimoli provenienti dall'ambiente frenetico del Pronto Soccorso possono aumentare l'ansia e l'agitazione, le quali sono già potenzialmente dannose sia per il paziente stesso che per il personale. La fuga, in alcuni casi, avviene prima della valutazione e del trattamento, e ciò comporterebbe un aumento del rischio di autolesionismo e suicidio dell'individuo (Nicks et al., 2012; Weiss et al., 2012).

D'altronde, come è possibile desumere dai dati della ricerca, l'assenza di un percorso e di aree dedicate ai pazienti psichiatrici comporta un incremento di eventi avversi e, come è stato dichiarato dagli stessi operatori, di episodi di aggressività nei dipartimenti di emergenza (Graf. 13).

Nelle quattro realtà ospedaliere dell'AV3 risulta esserci un'assenza di percorsi assistenziali per questa tipologia di pazienti.

In linea con l'obiettivo di questo studio è la proposta, individuata dagli infermieri, di percorsi *slim*. In quanto, le buone capacità organizzative dell'Azienda maturate nel campo della programmazione e dell'attività assistenziale di Pronto Soccorso, in funzione del Triage, sono a sostegno di una buona gestione della salute mentale in emergenza.

Per tener fronte a queste difficoltà, negli Stati Uniti, è stato istituito un gruppo multidisciplinare per individuare potenziali soluzioni al problema e attuare un processo che migliorerebbe la gestione dei pazienti psichiatrici. Una delle proposte applicabili, secondo uno studio condotto nel 2008, è l'istituzione di un Programma di Emergenza

Psichiatria (PEP). Tale programma prevede la creazione di un'area dedicata alle emergenze psichiatriche e la presenza di personale adeguatamente formato ed esperto. Gli infermieri del PEP sono responsabili della fase di triage e quindi della valutazione e si occupano dell'interazione tra i vari centri e servizi di salute mentale, quindi della fase di dimissione e trasferimento dei vari pazienti. Questo ruolo sta riemergendo come opportunità per affrontare il numero crescente di pazienti che necessitano cure mentali (Eppling, 2008).

In una ricerca condotta da Rose & Jagim (2003) si sostiene che il triage psichiatrico debba garantire la raccolta di dati necessari per formulare un'anamnesi riguardo la storia medica e psichiatrica del paziente. L'infermiere assegna esami specifici per verificare l'uso e l'abuso di alcool e di stupefacenti, compila la scheda del rischio, collabora per un'analisi globale delle patologie pregresse e relative allo stato mentale. Lo studio suggerisce che durante il triage sia necessario svolgere un'attenta analisi del livello di ansia e dello stato dell'umore del paziente. Si indaga sull'orientamento spazio-tempo e sull'alterazione del pensiero; la sintesi dei risultati determina il piano di cura. L'infermiere, per svolgere questo preciso ruolo di triage, deve possedere la laurea ed aver avuto due o più anni di esperienza nell'ambito psichiatrico. Tra le varie funzioni che egli svolge è compreso: guidare ed aiutare altri operatori nella gestione delle emergenze psichiatriche, quindi, essere disponibili nel trattamento di casi di overdose e di gravi psicosi. In alcune strutture, questa figura si occupa anche della gestione dei trasferimenti dei pazienti e ne segue la continuità delle cure.

In letteratura, inoltre, sono riscontrabili risultati riguardo l'aggressività dei pazienti come forma più comune di violenza che si verifica nei reparti di emergenza (Graf. 13). In uno studio condotto in 10 Paesi europei, gli episodi violenti/aggressioni fisiche sono stati identificati come eventi più diffusi nell'ambiente di *cura* (EstrynBehar et al, 2008). Come afferma Phillips (2016) ci sono tassi più elevati di vittime di violenza in sanità rispetto ad altri servizi in quanto le aggressioni sono fortemente correlate con il tempo di contatto che avviene tra il paziente e il *care manager*.

I dati dello studio confermano quanto riportato in letteratura. Infatti, secondo il campione intervistato, le lunghe attese nell'area di accoglienza del Pronto Soccorso

(44,1%), la mancanza di sorveglianza (57,4%) e di luoghi riservati (54,4%) sono le concause degli eventi avversi in DEA.

Gli operatori spesso subiscono significative conseguenze fisiche e psicologiche negative dopo un episodio di violenza sul posto di lavoro. Gli autori Martinez et al. (2016) hanno notato che la percezione della violenza varia tra gli infermieri. Le differenze tra gli infermieri del Pronto Soccorso e gli infermieri del reparto di psichiatria sono significative. Una ragione viene suggerita dalla ricerca di Blando et al. (2012), in quanto, gli infermieri specializzati in psichiatria lavorano in un contesto che ospita un grande numero di pazienti con tali patologie. Nel dipartimento di emergenza gli operatori sono più propensi a segnalare di sentirsi in pericolo e ricevere minacce. Inoltre, gli infermieri dei centri di salute mentale risultano essere più *tolleranti* di fronte a tali eventi e questo avviene soprattutto, a quanto riferisce lo studio, poiché si sente più preparato e sente di aver ricevuto la formazione necessaria per le pratiche di de-escalation.

Dallo studio, del resto, è emersa la necessità, da parte degli infermieri, di ricevere formazione specifica nel trattamento delle situazioni di scompenso/fase acuta dei pazienti psichiatrici. Le tecniche volte al *disinnesco* dell'aggressività e la tutela della salute del paziente e degli operatori, sono le principali strategie per lavorare in sicurezza.

Prima di ricondurre l'agitazione e l'aggressività ad un disturbo psichiatrico, bisogna escludere la possibilità delle seguenti alternative: tumore cerebrale, malattie endocrine (iper o ipotiroidismo), intossicazione o astinenza da sostanze stupefacenti e/o alcol, epilessia temporale e malattie neurologiche.

Peraltro, un comportamento violento non sempre è sintomo di una patologia psichiatrica od organica, ma, molto spesso, può trattarsi di un comportamento delinquenziale disinibito dall'uso di stupefacenti o alcol. Quindi, come suggerisce Chiaranda (2006) in *Urgenze ed emergenze*, di fronte a un soggetto aggressivo bisogna innanzitutto garantire condizioni di sicurezza. La contenzione, che deve essere accompagnata dalla

sedazione del paziente, è da considerarsi un mezzo terapeutico d'urgenza per tutelare il paziente e il personale.

La risposta al quesito 20 (Graf. 12) suggerisce che gli infermieri che intervengono nella gestione dell'emergenza psichiatrica nei Pronto Soccorso hanno sperimentato livelli relativamente elevati di aggressione fisica. Questa situazione potrebbe, eventualmente, essere attribuita alla fase acuta/scompensatoria dello stato mentale e/o al livello di consapevolezza e formazione degli operatori stessi (Bin Abdullah et al, 2000). Inoltre, lavorare sotto stress e pressione, sentirsi in uno stato di burn out ed avere poca esperienza nel ruolo sono fattori che aumentano il rischio potenziale di essere soggetti ad aggressioni fisiche (Estryn-Behar et al, 2008).

Dall'altra parte, i ricercatori Blando et al. hanno riferito che gli eventi di violenza e il *sentirsi sicuri* delle proprie competenze possono non essere correlati al rischio effettivo. Per quanto l'operatore possa essere preparato, esperto ed abituato, alcune situazioni provocheranno in lui forti reazioni emotive che potrebbero compromettere il suo operato, soprattutto in un ambiente frenetico come il PS e in un contesto di emergenza.

3.7 Conclusione e sviluppi futuri

Questo studio deve essere considerato come una base di partenza per quanto riguarda l'approccio in triage al paziente psichiatrico. Le diverse prospettive, la necessità di uniformare l'intervento assistenziale, la presenza di criticità e il suggerimento di profili innovativi indicano l'opportunità di ulteriori approfondimenti e di una ricerca più estesa.

Fare delle scelte in ambito sanitario non è mai semplice; trovarsi di fronte ad ipotesi, alternative ed essere costretti ad una decisione può mettere in difficoltà i professionisti sanitari coinvolti. Le istituzioni sanitarie dovrebbero prendere maggior coscienza dei rischi e delle relative conseguenze a cui gli operatori dell'emergenza sono quotidianamente sottoposti e, per contro, offrire strumenti e percorsi volti al miglioramento di tali istanze.

Riassumendo, si può dedurre che i risultati riflettono una richiesta di strategie mirate a facilitare la gestione della sofferenza psichica in Pronto Soccorso. È evidente, quindi, la necessità di coniugare alla competenza professionale anche una buona gestione logistica finalizzata alla massimizzazione del livello di servizio in termini di rapidità, qualità ed adeguatezza.

È importante diffondere l'idea che, investendo sulla creazione di aree specifiche dedicate all'accoglienza del paziente psichiatrico e organizzando percorsi facilitati e dedicati, si incide qualitativamente sulla gestione dell'utente.

Alla base di ogni aspettativa e ambizione di miglioramento deve esserci una *vision* del Sistema Sanitario universalistico e solidale, nel quale le convenienze dei professionisti e delle aziende che vi operano convergano con le esigenze di salute della comunità dei cittadini, in un quadro di completa sostenibilità.

La realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità, da ritenersi leva fondamentale, e la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e della dinamicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità, sono da considerarsi una nuova *mission* sanitaria.

Bibliografia

Allen, Currier, Carpenter, Ross, Docherty (2005), “The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Behavioral Emergencies 2005”, *Journal Psychiatric Practice*

Beck Julie (2017), “Tell me about you: experiences teach a nurse the importance of listening”, *Clinical Journal of Oncology Nursing*

Bin Abdull, Khim, Wah, Bee, Pushpam (2000), “A study of violence towards nursing staff in the emergency department”, *Singapore Nursing Journal*

Blando, O’Hagan, Casteel, Nocera, Peek-Asa (2013), “Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety”, *Journal of Nursing Management*

Casey, Griffin, F. Harrison, Neal (2017), “Safety Climate and Culture: Integrating Psychological and System Perspectives”, *Journal of Occupational Health Psychology*

Casher (2013), “There’s no such thing as a patient”: reflections on the significance of the work of D.W. Winnicott for modern inpatient psychiatric treatment”, *Harvard review of psychiatry*

Chiaranda (2006), “Urgenze ed emergenze”, *Istituzioni*, IV Edizione, Piccin

Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson, A Baker (Novembre 2015), “ED triage decision-making with mental health presentations: A “think aloud” study”, *Journal of Emergency Nursing*, vol.41

Clarke, Hughes, Brown, Motluk (2005), “Psychiatric Emergency Nurses in the Emergency Department: The Success of the Winnipeg, Canada, Experience”, *Journal of Emergency Nursing*

Conti (2000), “Repertorio delle scale di valutazioni in psichiatria”, *Progressi in psichiatria*, SEE Firenze

Costantino MA & Didoni (2015), “La care nella salute mentale in età evolutiva”, Bonati (a cura di) *Psicofarmaci nell’età evolutiva*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

D’Ambrosio, Frieri, Maina, Villari (2007), “Sostanze psicoattive e urgenze psichiatriche: screening in un campione di soggetti afferenti a un DEA”, *Minerva Psichiatria*

Edward, Ousey, Warelow, Lui (2014), “Nursing and aggression in the workplace: a systematic review”, *British Journal of Nursing*, vol.23

Epling (2008), “First Encounters: A Psychiatric Emergency Program”, *Journal of Emergency Nursing*

Estryn-Behar, Van der Heijden, Camerino, Fry, Le Nezet, Conway, Hasselworn (2008), “Violence risks in nursing-results from the European ‘NEXT’ Study”, *Journal of the Society of Occupational Medicine*

Ferrari, Bruscoli, Pallanti (2009), “Le emergenze psichiatriche nella medicina d’emergenza: il punto di vista del medico d’emergenza”, *Giornale italiano di psicopatologia*

Fina N. (2008), “La “forza” della vulnerabilità”, *Psichiatria le domande senza ancora una risposta*, *Giornale italiano di psicopatologia*

Finocchiaro, Marchisio, Guerzoni et al. GFT (Gruppo Formazione Triage) (2005), “Triage Infermieristico”, *McGraw-Hill*, Milano, pp.15-16

Fratlicelli, Casolaro, Nigro (2019), “Critical issues and opportunities of emergency psychiatry in Italian emergency departments”, *Emergency Care Journal*, vol.15

Gargiulo, Bernardinello, Marchisio (Giugno 2019), “Triage infermieristico”, Persona con sintomatologia psichiatrica, *McGrow-Hill*, quarta edizione, cap. 39, pp. 291-308

Liu, Daumit, Dua, Aquila, Charlson, Cuijpers, Druss, Dudek, Freeman, Fujii, Gaebel, Hegerl, Levav, Laursen M., Ma, Maj, Medina-Mora, Nordentoft, Prabhakaran, Pratt, Prince, Rangaswamy, Shiers, Susser, Thornicroft, Wahlbeck, Wassie, Whiteford, Saxena (2017), “Excess mortality in person with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas”, *World Psychiatry*

Lopez, Islas, Cortez, Guizar-Sanchez, Rau, Uribe, Orellana (2016), “Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department”, *BCM Psychiatry*

Maier, J. Stava, Morrow, Van Rybroek, Bauman (1987), “A Model for Understanding and Managin Cycles of Aggression Amog Psychiatric Inpatients”, *Hospital Community Psychiatry*

Martinez, A. J. S. (2016), “Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review”, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*

Nicks & Manthey (2012), “The Impact of Psychiatric Patient Boarding in Emergency Departments”, *Emergency Medicine International*

Nordstrom, S Zun, P Wilson, Steibel, T Ng, Bregman, L Anderson (2012), “Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup”, *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*

Nugus, Forero, McCarthy, McDonnell, Travaglia, Hilman, Braithwaite (Gennaio 2014), “The emergency department “carousel”: An ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow”, *International Emergency Nursing*

Orso, D’Orazio, Valeriani (2010), “Rapporti con il Dipartimento di Emergenze e Accettazione/Pronto Soccorso”, *Collana “Psichiatria d’urgenza”*, Alpes Italia, cap. 5

Pancheri, Biondi, Gaetano, Picardi, Pasquini (2001), “Use of the scale for the rapid dimensional assessment SVARAD in a sample of 1,124 psychiatric outpatients”, *Rivista di psichiatria*

Phillips (2016), “Workplace violence against health care workers in the United States”, *New England Journal of Medicine*

Raucci & Spaccapeli (2005), Scheda di Triage Psichiatrico Territoriale (TPT)

Rose, C., & Jagim, M. (2003), “Psychiatric Triage RNs in the ED”, *American Journal of Nursing*

Ruocco, Giacomini, Romano (2018), “Interventi per l’accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell’alimentazione”, *Ministero della salute*

Sæbye, Bernt Høegh, Knop (2017) “Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study”, *Nordic Journal of Psychiatry*

Sivakumar, Weiland, Gerdtz, Knott, Jelinek (2011), “Mental health-related learning needs of clinicians working in Australian emergency departments: A national survey of self-reported confidence and confidence and knowledge”, *Emergency medicine Australasia*, vol.23

Smart, Pollard, Walpole (1999), “Mental Health in Emergency Medicine”, *Aust N Z J Psychiatry*

Weiss, Chang, Rauch, Smallwood, Schechter, Kosowsky, Orav (2012), “Patient and Practice Related Determinants of Emergency Department Length of Stay for Patients With Psychiatric Illness”, *Annals of Emergency Medicine*

Yudofsky & Silver (1991), “The Overt Aggression Scale: Overview and Guiding Principles”, *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*

Zeller (2018), “What psychiatrists need to know: patients in the Emergency Departments”, *Psychiatric Times*

XII congresso Nazionale della Società Nazionale Italiana di Psicopatologia, “Psichiatria le domande senza ancora una risposta” (2008), *Giornale italiano di psicopatologia*, Roma

Sitografia

Bevere et gruppo di lavoro istituito con Direttoriale del 12 dicembre 2012, “Linee di indirizzo Nazionali sul triage intraospedaliero” (2019), Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3849

Bruno, Gaiti (2006), “Perché bisogna riformare le disposizioni sulla salute mentale (“Legge 180”) in Italia”, *Giornale italiano di psicopatologia* <https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/08/bruno1.pdf>

(elaborato da) Cantaro P. & Scarlata S. (2007), “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, Raccomandazione n°8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, *Ministero della Salute*, http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721

Di Cesare, DF, Di Minco, LS, Magliocchetti, M. R., Santori (2017), Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841

Fratricelli, Casolaro, Cattaneo, Salemi (Gennaio–Giugno 2019), “L’impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri”, Psichiatria Oggi

<https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2019/07/07-PsichiatriaOggi-AnnoXXXII-n1-Fratricelli-impatto-patologie-psichiatriche-dipartimenti-emergenza.pdf>

Gigantesco (2018), Aspetti epidemiologici: salute mentale, Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale - Iss

<https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-europa>

Lago (2008) “L’incapacità dell’azione farmacologica sulla salute mentale”, “Psichiatria le domande senza ancora una risposta”, Giornale italiano di psicopatologia, pp.43

<https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/08/congresso.pdf>

Petrosino, Lanzuise (2019), “L’infermiere del DEA: una risorsa strategica per la gestione dell’overcrowding e della customer satisfaction”

<https://www.opinapoli.it/linfermiere-nel-dea-una-risorsa-strategica-per-la-gestione-overcrowding-e-della-customer-satisfaction/>

Swires-Hennessy & Hayhurst (2017), “Mental Health in Emergency Departments. A toolkit for improving care” The Royal College of Emergency Medicine, London

<https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/Mental%20Health%20Toolkit%20017.pdf>

The World Federation for Mental Health (WFMH) (2019), “World Mental Health Day 2019: focused on suicide prevention”

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2019-focus-on-suicide-prevention>