



# ***EMERGENZE PSICHIATRICHE***

**Condizioni di particolare complessità e difficoltà  
che necessitano in tempi brevi di risposte e  
soluzioni specifiche che possano mettere in atto  
gli interventi più efficaci**

# ***CAMPO DI APPLICAZIONE E CONCETTO EMERGENZA***

**Pazienti sino ai 18 anni con sintomatologia psichiatrica acuta**

Gli autori sembrano concordare sui 2 aspetti della emergenza

- 1 Il paziente può produrre un grave danno a se stesso o ad altri
- 2 E' richiesto un intervento immediato

Dalla letteratura si evince che il criterio condiviso rispetto alla gravità rimanda non tanto agli aspetti sintomatologici quanto al **rischio per se stessi e per gli altri**

# ***CONDIZIONI DI EMERGENZA***

- + Paziente è in uno stato tale da produrre un grave danno a sé stesso o ad altri**
- + Comportamento è marcatamente bizzarro e/o distruttivo**
- + Necessari trattamenti farmacologici che richiedano un monitoraggio,**
- + Paziente necessita per 24 ore di un ambiente restrittivo che permetta la stabilizzazione del suo stato alterato**
- + Tutte le volte in cui siano falliti altri interventi meno restrittivi.**

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1989) nel documento "In-patient Hospital Treatment of Children and Adolescents"

# ***CONDIZIONI DI EMERGENZA***

- + Peggioramento della sintomatologia è chiaramente non gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo**
- + Paziente metta a rischio se stesso/altri o mostri comportamenti distruttivi**

Royal College Psychiatrists (UK) in "Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness" (2005)

Situazioni di emergenza : due dimensioni distinte, ma non sempre alternative

### 1) dimensione clinica

- comparsa, a volte improvvisa, di gravi sintomi

### 2) dimensione ambientale

- incapacità dell'ambiente di gestire i comportamenti del bambino o dell'adolescente

- assenza o inadeguatezza delle risorse della comunità e dei servizi nell'intercettare, prevenire e prendersi carico del disturbo del minore prima che la gravità assuma le caratteristiche di acuzie

*(More with less", Calderoni D. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva:*

Viene proposta per la sua rilevanza scientifica la **classificazione di Rosenn (1984)**, riadattata da Gail (2006), basata **sulla severità della condizione clinica associata alla criticità della situazione.**

Classe	Descrizione
<b>Classe I</b>	È riferita a situazioni in cui è presente un potenziale pericolo di vita o che comportano un rischio per il soggetto e/o gli altri; include: tentativo di suicidio (TS), agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta (aggressività, agitazione psicotica, panico, discontrollo degli impulsi), grave abuso fisico e trascuratezza estrema, condotte alimentari disfunzionali con grave scadimento delle condizioni cliniche generali.
<b>Classe II</b>	Comprende disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Include: intensa angoscia/severi attacchi di panico, sintomi di conversione e somatoformi, vittime di gravi traumi fisici o psichici.
<b>Classe III</b>	Comprende situazioni che necessitano di un pronto riconoscimento, ma che non necessitano di un intervento immediato quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri.
<b>Classe IV</b>	Si riferisce a situazioni percepite come urgenti che richiedono un intervento psichiatrico non urgente: l'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture in grado di rispondere ("falso allarme").

**Sia in Europa che negli Stati Uniti negli ultimi 20 anni si è registrato un progressivo e costante aumento della incidenza delle urgenze psichiatriche in età evolutiva .**

*(Pittsenbarger ZE. et al 2014)*

**Le emergenze psichiatriche in età evolutiva rappresentano un nuovo campo di studio**

**I dati disponibili sulle caratteristiche socio demografiche e cliniche di questi pazienti sono scarsi o limitati a specifiche categorie di pazienti (suicidalità)**

*(Asarnow et al., 2008)*



---

**MANCANO chiare linee guida per la pratica  
clinica**

# ***COSA FARE DI FRONTE AD UNA URGENZA PSICHIATRICA***

- 1. Riconoscere il livello di rischio**
- 2. Formulare il piano di intervento per ridurre il rischio**

# RESPONSABILITA'

<b>Fase</b>	<b>Definizione</b>	<b>Contenuto</b>	<b>Operatori Responsabili/Informanti/Coinvolti</b>
1	Triage	Valutare gravità ed attribuire codice colore	Infermiere
2	Presenza in carico	Anamnesi da più fonti; valutazione clinica e psichica. Considerare le differenti cause di disturbo psichico	Med DEA Infermiere
3	Consulenza	Interventi ambientali e farmacologici	Med DEA e NPI Infermiere
4	Definizione del programma di cura	Valutare il percorso di cura più idoneo (ricovero-DH-ambulatorio)	Med DEA e NPI

# ***BISOGNA RISPONDERE A 2 DOMANDE FONDAMENTALI***

- 1. Il paziente costituisce un rischio per se stesso o per gli altri**
- 2. Quale è il livello di cura più adatto al caso**

# ***MOTIVO DELL' INVIO***

- + Agitazione/Aggressività**
- + Psicosi acuta**
- + Autolesionismo/Suicidalità**
- + Abuso di sostanze**
- + DA in fase di rischio medico (emergenza internistica)**

# PIANIFICAZIONE INTERVENTO

VERIFICARE IMMEDIATAMENTE

Segni vitali

Idratazione

Dolore fisico

Funzioni primarie

Altre malattie

# Pianificazione dell'intervento



Profilo NPI di base, eventuale tossicologico

ECG appena possibile

Eventuali esami in base alle condizioni del paziente

## Il consulente NPI decide:

RICOVERO in reparto

DH urgente

Ambulatorio dedicato per urgenze (2 slot la mattina del venerdì).