



AZIENDA OSPEDALIERA NAZIONALE

ALESSANDRIA

Santi ANTONIO e BIAGIO  
e CESARE ARRIGO

S.S.N. - Regione Piemonte

# *RUOLO E CRITICITA' DELLA DEGENZA OSPEDALIERA NEI DISTURBI PSICHIATRICI DELL'ETA' EVOLUTIVA*

Fate clic per aggiungere testo

M. Gregorini

SC di Neuropsichiatria Infantile

Dipartimento Pediatrico

ASO di Alessandria

*Casalnoceto 18 novembre 2016*

# Degenza ospedaliera

Luogo di diagnosi e cura per patologie acute o croniche riacutizzate

- *Iter diagnostico con formulazione delle diagnosi*  
rate etc per aggiungere testo
- *Prescrizione della terapia*
- *Risoluzione dell'acuzie*
- *Dimissione al domicilio o in struttura protetta*

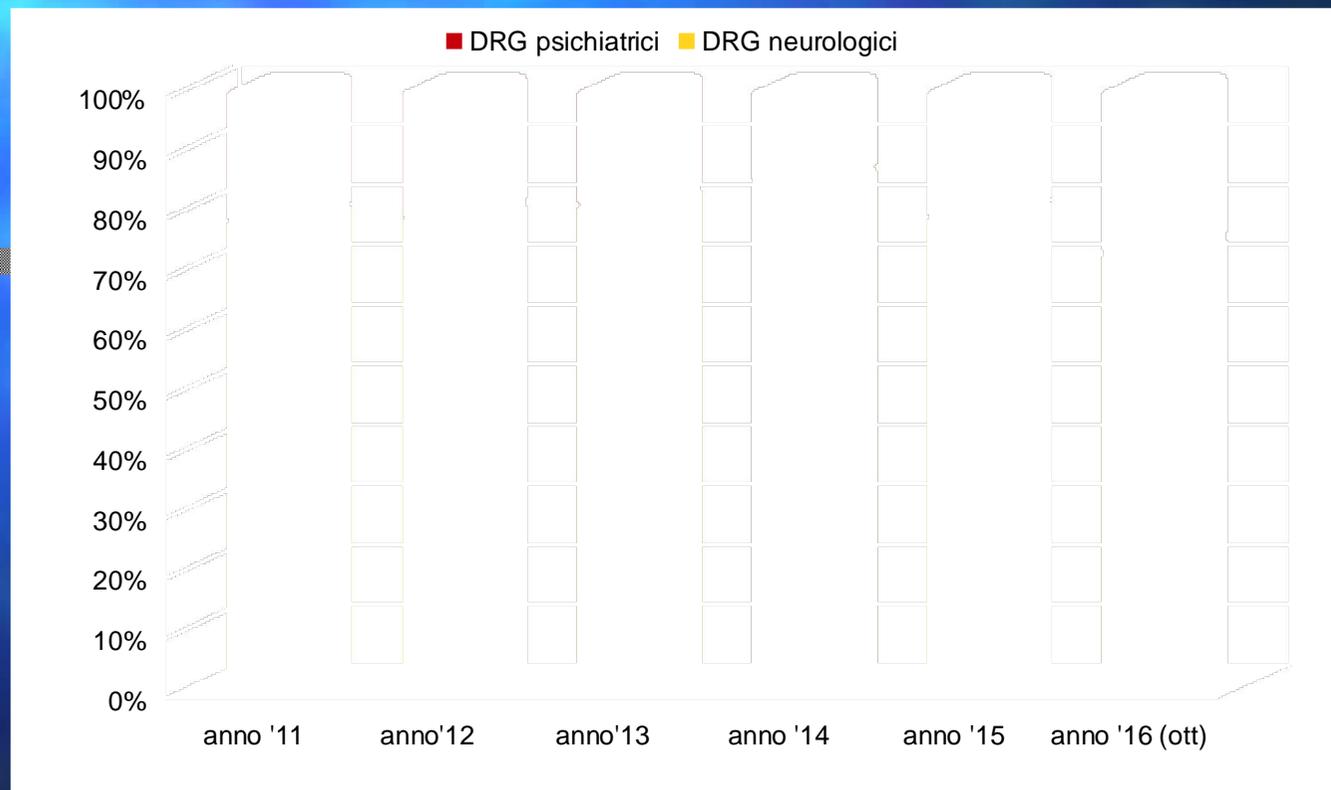
# Patologie psichiatriche acute

- Condizioni psicotiche di esordio come Disturbo Bipolare e Disturbi Schizofrenici (condizioni queste rare in età pediatrica ma che aumentano significativamente la loro incidenza in età puberale);
- Gravi Disturbi Depressivi;
- Tentativi di Suicidio (il suicidio rappresenta la prima causa di morte nella fascia di età 0-18 negli USA e nella maggior parte dei paesi europei);
- Gravi disturbi del comportamento in fase di acuzie;
- Disturbi da Tossicodipendenze in fase di acuzie e di intossicazione;

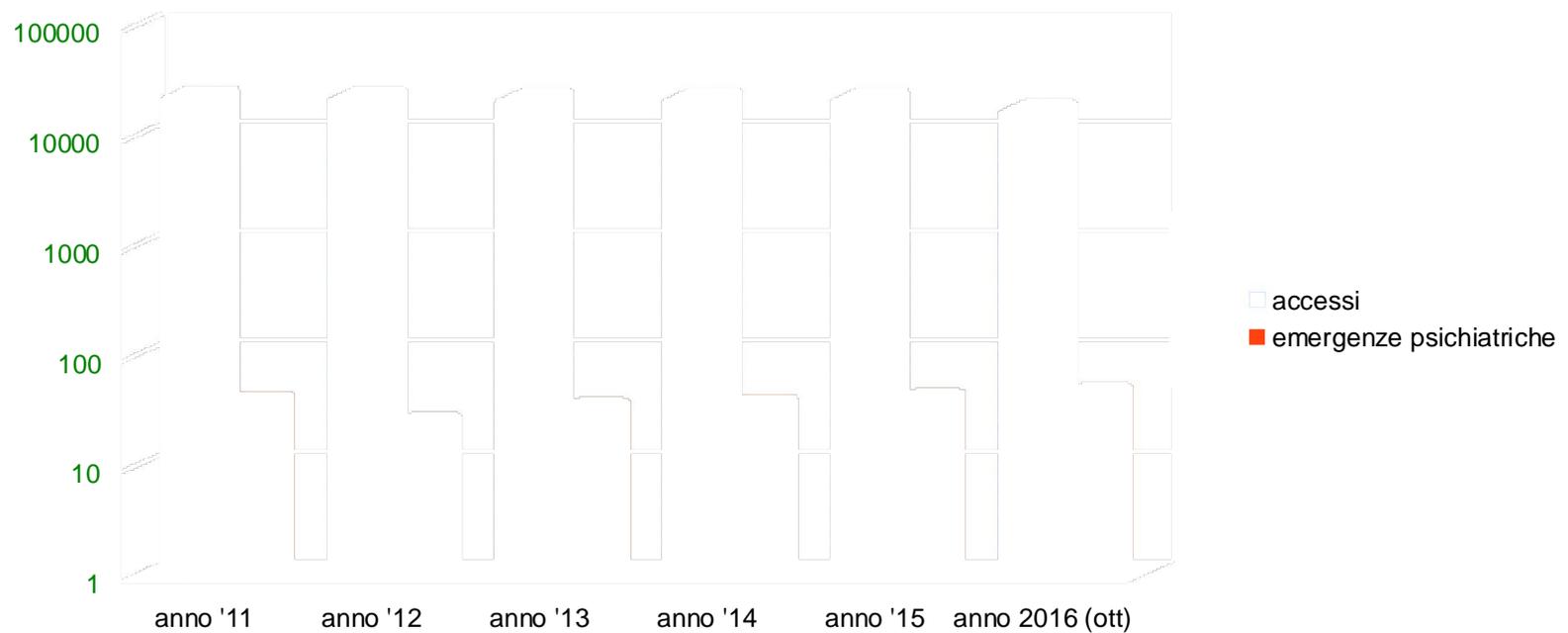
# Patologie psichiatriche acute

- Disturbi alimentari (i.e. Anoressia Nervosa) non trattabili ambulatorialmente o con grave rischio attuale di vita;
- Gravi condizioni psicosomatiche;
- Gravi condizioni invalidanti di Disturbo Ossessivo Compulsivo o di Fobia Complessa;
- Condizioni di Disabilità Cronica (i.e. Ritardo Mentale, ASD) in cui insorgano gravi disturbi emozionali con discontrollo degli Impulsi e stato di Agitazione Psicomotoria;
- Disturbi della Personalità in Adolescenza

# Ricoveri in NPI negli ultimi sei anni (al 30 ottobre '16)



# DEA pediatrico: emergenze psichiatriche (agitazione psicomotoria)



# NPI

## RICOVERI ORDINARI

In media 240/anno

riguardano patologie neurologiche acute e croniche riacutizzate

patologie neurochirurgiche (in collaborazione con SC di Neurochirurgia)

disturbi del neurosviluppo

disturbi psichiatrici

ca 12% dei ricoveri riguardano urgenze psichiatriche (progressivo incremento negli ultimi anni specie per l'età adolescenziale) in alcuni casi con necessità di ricovero in ambiente protetto (SPDC)

ca 20% delle urgenze psichiatriche giunte in DEA si concludono con ricovero

(14-16% in NPI, 4-6% in SPDC)



# Urgenza psichiatrica

Il concetto medico di urgenza relativo a situazioni di rischio per l'incolumità del paziente che necessitano di trattamento pronto ed immediato, in cui l'accento è posto sull'individuo, sulla tempestività e precisione diagnostica, in psichiatria si estende e si amplia: riguarda pazienti che presentano sotto diverse forme un pericolo per l'integrità psichica e fisica del Sé, correla a come il soggetto e la famiglia vivono la situazione critica, a come riescono a tollerare e gestire la sofferenza e il disturbo, rimanda alla disponibilità di adeguate strutture di accoglienza.

# Urgenza psichiatrica

L'emergenza si caratterizza per la *rottura dell'equilibrio personale e sociale con un carattere esplicitamente relazionale, le cui radici sono nel funzionamento di tutto il nucleo (familiare o istituzionale)*, sostiene la necessità dell'ascolto e l'utilità del ricorso al concetto di "crisi" come momento temporaneo di disfunzionamento che altera l'equilibrio normale o patologico del soggetto, la cui evoluzione è aperta a differenti possibilità (Marcelli, 2003).

Fate clic per aggiungere testo

# Urgenza psichiatrica

*L'emergenza va considerata come l'inizio o la prosecuzione di un processo di cura che coinvolge il paziente, la famiglia, l'ambiente e le istituzioni che se ne occupano in risposta ad una condizione critica: dare all'urgenza dignità di processo significa trasformare l'emergenza in crisi affinché possa essere compresa e curata attraverso un'esperienza di trasformazione e potenziamento delle risorse relazionali e cognitive del soggetto e dell'ambiente.*

Fate clic per aggiungere testo

**classificazione di Rosenn (1984),  
riadattata da Gail (2006),  
basata sulla severità della condizione clinica associata  
alla criticità della situazione.**

Classe	Descrizione
Classe I	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.
Classe II	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.
Classe III	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.
Classe IV	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").

# Urgenze psichiatriche

## Aspetti generali

---

- Eziologia medica
  - Eziologia psichiatrica
  - Eziologia ambientale
- Fase di sviluppo  
(Bambino -  
Adolescente)
- Famiglia
- Risposte "sanitarie"
- Ambiente

# *Nuove emergenze*

- | Destutturazione dei contenitori socioaffettivi familiari e sociali
- | Influenza massiccia della comunicazione tecnologica
- | Uso di sostanze psicoattive
- | Mancanza di mezzi extrafamiliari di “soccorso” adeguati

Fare clic per aggiungere testo

**FATTORI DI RISCHIO**

**SUBSTRATO BIOLOGICO  
GENETICO**

# Urgenze psichiatriche

- DGR 41-12003 del 15 marzo 2004 (modificata con la DGR 25-5079 del 18 dicembre 2012) aveva previsto la *creazione delle comunità terapeutiche e delle comunità riabilitative psico-sociali per l'età evolutiva* sottolineando in tal modo la necessità di definire una specifica competenza nell'ambito della salute mentale infantile.
- DRG n. 66- 4308 del 13 novembre 2006 "Emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: modello operativo e percorsi di cura" già segnalava la cronica carenza di posti letto in Regione (in specifico per la città di Torino) e indicava "*in casi di minori maggiori di 14 anni di età con manifestazioni psicopatologiche caratterizzate da disturbi del comportamento che mettono a rischio l'incolumità psico-fisica*" la necessità di definire protocolli di intesa per ricoveri nelle strutture SPDC con stretta collaborazione tra NPI e psichiatra e attivazione di risorse dedicate all'assistenza del minore così da garantire la specificità dell'intervento e ridurre al minimo la durata del ricovero.

# Urgenze psichiatriche

- “Piano di azione nazionale per la salute mentale” del 24 gennaio 2013 sottolinea ulteriormente la necessità di offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alle tipologie dei bisogni prioritari da focalizzare secondo aree omogenee di intervento tra le quali l’area dei disturbi dell’infanzia e adolescenza. *L’area infanzia e adolescenza richiede formazione, competenze e modelli di intervento multiprofessionali specifici connessi alla peculiarità dello sviluppo e alla necessità di includere l’ambito della riabilitazione neuropsichica nel contesto di vita del minore. Si sottolinea che particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento delle acuzie nonché la transizione tra i servizi per l’età evolutiva e quelli per l’età adulta.*

Fate clic per aggiungere testo

- Accordo tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i comuni e le Comunità montane recante “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell’infanzia e dell’adolescenza” del 13 novembre 2014 ribadisce la necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone. Viene sottolineato il ruolo dei servizi di neuropsichiatria infantile nella presa in carico dei minori con tali problematiche.

# Urgenze psichiatriche

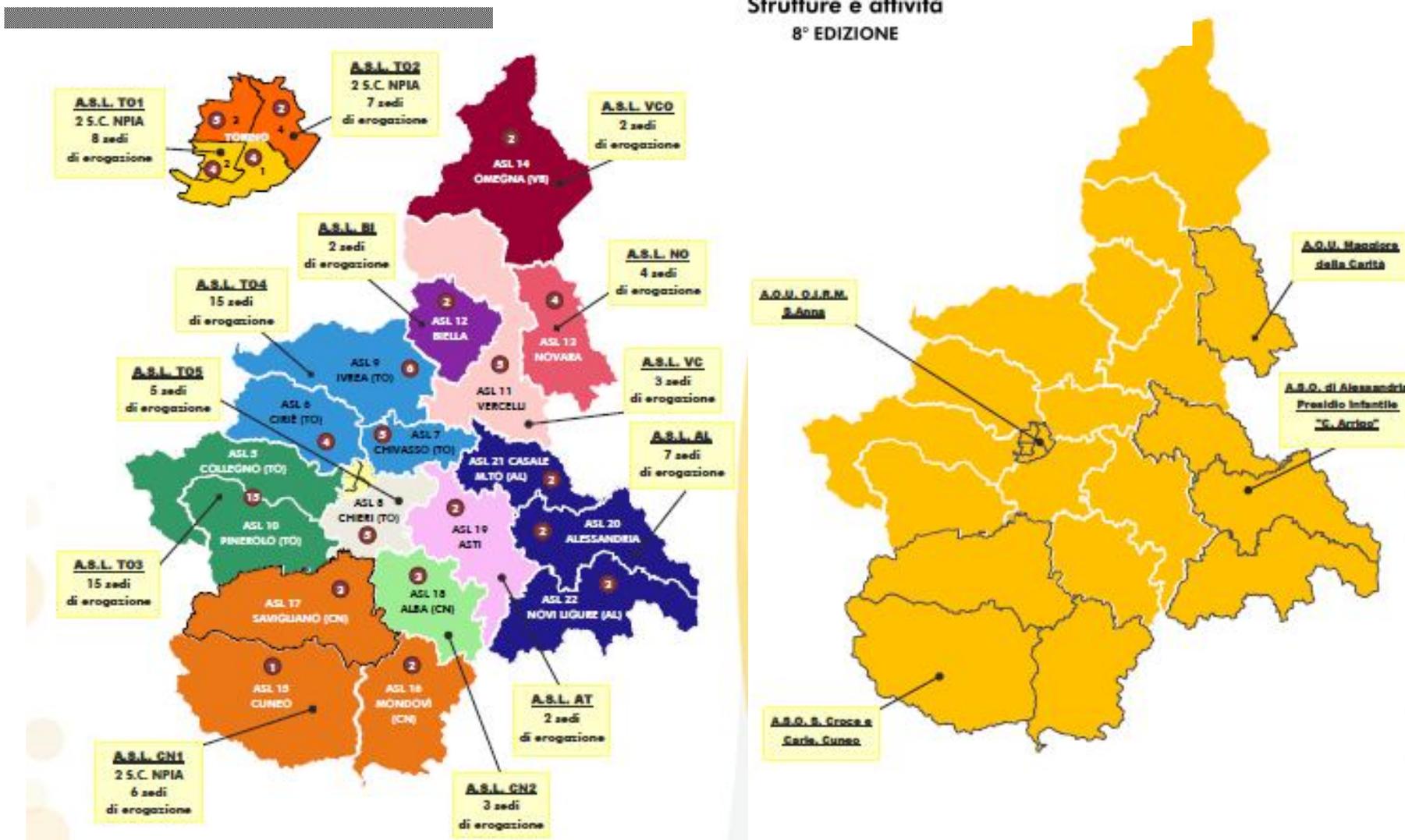
- "

Raccomandazioni per l'elaborazione dei protocolli applicativi locali in merito agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (22.09.16)

Età Evolutiva per aggiungere testo

## La Rete di Assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica, Riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza

### Strutture e attività 8° EDIZIONE



# Degenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva

*Iter diagnostico con formulazione delle diagnosi*

Quale luogo adatto per la diagnosi

*Prescrizione della terapia*

Quale intervento terapeutico

*Risoluzione dell'acuzie*

Fate clic per aggiungere testo

Quando è risolta l'acuzie

*Dimissione al domicilio o in struttura protetta*

Quando la dimissione a domicilio

Quando la dimissione in struttura protetta

# Luogo della diagnosi e della terapia

- Possibilità di ambiente tranquillo e accogliente "su misura"
- Possibilità di "contenimento"
- Possibilità di osservazione continua
- Possibilità di colloquio e di intervento multiprofessionale
- Possibilità di utilizzo combinato di trattamenti farmacologici, psicologici e psicoeducativi

# Dimissioni

- Possibilità di una presa in carico psicoterapica del soggetto e della famiglia da parte dei servizi territoriali
- Possibilità di un supporto psicoeducativo domiciliare efficace
- Possibilità di un passaggio intermedio (e temporaneo) in strutture residenziali

*Protocolli con tempi certi!!!!*

# COSTI

Educatore 20 E/ora

NPI/psicologo 50 E/ora

CRP 195 E/die

CTM 260 E/die

UPA 300 E/die?

Fate clic per aggiungere testo

*Degenza (DRG psichiatrici)*

*40-120 E/die*

# Conclusioni 1

La degenza ospedaliera psichiatrica in età evolutiva è spesso di fondamentale importanza nel risolvere l'acuzie e creare un'alleanza terapeutica

La degenza è l'inizio o la prosecuzione di un progetto terapeutico che vede al centro il minore e il suo nucleo familiare e che richiede un intervento multiprofessionale coordinato

Per fare questo deve essere strutturata "a misura" del minore con patologia psichiatrica

# Conclusioni 2

Il rientro a domicilio è il goal a cui tendere in tutti i casi ma richiede uno sforzo multiprofessionale che associa interventi psicoterapici, psicoeducativi, farmacologici e ambientali (scuola, tessuto sociale)

Questo non può prescindere da un adeguamento delle strutture territoriali (in termini quantitativi e organizzativi) alle nuove e pressanti "emergenze"

La scarsità o assenza di DH terapeutici a livello territoriale contribuisce a vanificare in molti casi tale possibilità (specie per l'epoca adolescenziale)

# Conclusioni 3

Le strutture residenziali, graduate a seconda dell'intensità dell'intervento, sono un'altra un'importante opportunità per favorire il rientro nel tessuto sociale (=/ soluzione "finale")

La filiera ospedale <> territorio <> comunità non sempre appare funzionalmente agile e ciò comporta talora un allungamento dei tempi di degenza, la congestione dei pochi posti letto nei reparti di degenza NPI, ma anche ricoveri evitabili o intoppi nell'iter terapeutico

# Conclusioni 4

Appare pertanto auspicabile un maggiore coordinamento tra i servizi ospedalieri, quelli territoriali, le comunità con la creazione di protocolli "agili" che possano conciliare i tempi (stretti) della degenza ospedaliera con quelli (più ponderati) delle strutture esterne.

**Fate clic per aggiungere testo**  
L'UPA potrebbe contribuire a rendere più agile la filiera solo se in parallelo venisse potenziata l'accessibilità e l'adeguatezza della degenza nei reparti di Neuropsichiatria Infantile della regione



.... Così, dovunque tu sia, in qualunque circostanza tu sia,  
devi vivere come se mai dovessi morire.

N. Hikmet