

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI
PER LA CREAZIONE DI TEAM MULTIDISCIPLINARI (TIRMA)
PER LA GESTIONE IN DEA (PRONTO SOCCORSO) DEL PAZIENTE
CON AGITAZIONE PSICOMOTORIA ACUTA GRAVE**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 13 del 09/05/2024



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA CREAZIONE DI TEAM MULTIDISCIPLINARI (TIRMA) PER LA GESTIONE IN DEA (PRONTO SOCCORSO) DEL PAZIENTE CON AGITAZIONE PSICOMOTORIA ACUTA GRAVE

PREMESSA

L'agitazione psicomotoria (APM) è definita dal DSM-5 come una "eccessiva attività motoria associata ad una sensazione di tensione interna"¹.

Le caratteristiche principali dei pazienti affetti da APM includono incapacità a stare fermi con un eccesso di attività motoria afinalistica, irritabilità, elevata responsività agli stimoli interni ed esterni, decorso con sintomatologia instabile nel tempo².

L'APM è una condizione clinica multifattoriale e multiforme, potenzialmente associata a patologie propriamente psichiatriche (come disturbo bipolare o schizofrenia), ma anche a numerose condizioni mediche, sindromi da intossicazione o sindromi da astinenza³. Molto spesso al triage del Pronto Soccorso (PS) tale disturbo è l'unico sintomo e motivo di accesso con mezzo di soccorso.

In alcuni soggetti, l'agitazione psicomotoria può accompagnarsi a comportamenti violenti o comunque pericolosi per sé o per gli altri. Non necessariamente l'agitazione e la violenza sono tuttavia correlate e unicamente determinate da una malattia mentale o fisica.

Data la trasversalità, l'APM necessita di un inquadramento diagnostico terapeutico standardizzato per una corretta gestione e per l'individuazione delle cure ottimali. Il coinvolgimento multidisciplinare è d'obbligo e prevede la presenza di diverse figure professionali. Ovviamente non basta contenere il paziente con agitazione psicomotoria, fisicamente e/o farmacologicamente, ma l'intervento coordinato di professionalità diverse ha lo scopo di una rapida messa in campo di misure, farmacologiche e non, per la prevenzione dell'escalation sintomatologica e per intraprendere un percorso diagnostico terapeutico personalizzato atto a ridurre i rischi, sia per il paziente che per gli altri (pazienti, parenti, personale sanitario), che derivano dalla pericolosità di tale condizione medica.

NOTA METODOLOGICA

Il presente documento nasce dall'esigenza di riorganizzare la gestione e la presa in carico tempestiva del paziente con agitazione psicomotoria che richieda interventi coordinati e urgenti, in particolare nel setting di Pronto Soccorso del DEA.

Quadri clinici caratterizzati da agitazione e comportamenti violenti da grave malattia mentale, intossicazione da sostanze o altra causa, richiedono competenze e interventi multidisciplinari erogati in modo tempestivo da parte di professionisti di diverse discipline (es. Psichiatria, Neurologia,

Geriatra, Tossicologia, Anestesia e Rianimazione, Medicina Emergenza Urgenza, Area Medica ed Area Chirurgica).

Risulta quindi necessario un intervento rapido e coordinato da parte di ciascuno di questi professionisti e un successivo monitoraggio intensivo per pazienti non gestibili immediatamente in area specialistica (ad esempio, psichiatrica) e che necessitano presa in carico con approccio tempo-dipendente a carattere multidisciplinare e multi professionale.

Con tale documento si intende proporre una linea di indirizzo regionale per attivazione di TEAMS multidisciplinari per garantire un rapido e sinergico intervento sul paziente agitato (anche a carattere sperimentale).

DIAGNOSI

2.1 Nei dipartimenti di emergenza/urgenza quali sono le principali urgenze correlate a grave agitazione psicomotoria o rischio comportamentale associato a una malattia, che necessitano di un definito percorso clinico assistenziale multidisciplinare?

Le principali urgenze, che spesso si presentano con grave agitazione psicomotoria o rischio comportamentale associato a una malattia, sono costituite da:

- 1) Pazienti con gravi intossicazioni, o sindromi astinenziali, da sostanze stupefacenti**
- 2) Tentato suicidio, con gravi esiti fisici e rischio di reiterazione**
- 3) Esacerbazione di malattie Psichiatriche/ Neurologiche**

- 1) I pazienti con grave **intossicazione** da sostanze stupefacenti presentano spesso severo quadro di agitazione psicomotoria associato a comportamenti violenti per cui può essere richiesto l'uso di farmaci sedativo/ipnoinducenti (come ketamina, midazolam in infusione continua etc.) da utilizzare in specifico ambiente clinico e in associazione a monitoraggio multiparametrica (cardiaca/respiratoria). Nei casi più gravi può essere richiesto utilizzo di farmaci come Propofol o Dexmedetomidina che possono richiedere intubazione con ventilazione assistita e per cui può essere necessario il trasferimento del paziente in terapia intensiva e non in un ambiente di degenza psichiatrica.
- 2) I pazienti che abbiano **tentato il suicidio** spesso presentano concomitanti patologie (traumatiche, tossicologiche, internistiche, a seconda della modalità del agito anticonservativo) con possibili gravi conseguenze fisiche evolutive che richiedono stretto monitoraggio e, eventualmente, trattamento specialistico (chirurgico, tossicologico, internistico, cardiologico, etc.) dopo prima stabilizzazione medica da parte del medico di Emergenza Urgenza. Questi pazienti sono quindi a rischio sia di compiere un nuovo

tentativo di suicidio, che di subire complicazioni cliniche derivanti del primo agito anticonservativo (es. rottura di organo, emorragie, fratture multiple in caso di trauma da defenestrazione, danni o lesioni d'organo in caso di ingestione di farmaci/caustici etc). Considerate tali caratteristiche cliniche questi pazienti non sono immediatamente gestibili in area di degenza psichiatrica (a causa delle condizioni fisiche) né in area di degenza internistica (a causa delle condizioni mentali).

- 3) Pazienti con **malattie psichiatriche o neurologiche** (es. pazienti con autismo e deficit del neurosviluppo, disturbo bipolare, schizofrenia, gravi disturbi di personalità, etc.) in stato di acuzie estrema, **con agitazione e/o comportamenti violenti** non controllabili con i trattamenti standard, che abbiano bisogno temporaneo di farmaci e trattamenti come quelli al punto 1 (e.g. ketamina, midazolam, dexmedetomidina, propofol, etc.) e non siano immediatamente gestibili in area di degenza psichiatrica o area internistica.

2.2 Nei pazienti con agitazione psicomotoria quali sono le procedure da seguire per un corretto iter diagnostico?

Il gruppo di lavoro del Progetto BETA^{4,5} suggerisce di escludere fin da subito tra le possibili cause di APM il Delirium, il deterioramento cognitivo e l'intossicazione o astinenza prima di pensare a un disturbo psichiatrico.

Per una corretta diagnosi differenziale occorre eseguire numerose valutazioni cliniche:

parametri vitali e/o a reperti anomali all'esame obiettivo, come segni evidenti di intossicazione o sospensione da alcol o droghe, evidenza di esposizione a tossine o riduzione della coscienza sono tutti indicativi di un **Delirium**.

Riguardo all'**intossicazione** un'anamnesi positiva per l'uso di sostanze rappresenta un importante indizio nell'indagare la possibile causa dell'APM. Il clinico, inoltre, dovrebbe saper riconoscere prontamente le principali sindromi tossicologiche (da oppiacei, sostanze anticolinergiche, colinergiche, simpaticomimetiche, sedativi/ipnotici) e quelle astinenziali date dalle diverse sostanze di abuso⁵. Dovrebbe essere preso in considerazione un attento monitoraggio e osservazione soprattutto in caso di quantità non nota della sostanza assunta. Particolare attenzione è raccomandata in soggetti anziani con comorbidità mediche o in soggetti tossicodipendenti cronici. Nel sospetto di intossicazione/sindrome astinenziale è bene coinvolgere precocemente il tossicologo o il centro antiveleni di riferimento (CAV).

Tra le cause organiche è necessario porre attenzione alle patologie neurologiche, inclusi i traumi cranici, l'ictus, le demenze, la Malattia di Parkinson e la Sclerosi Multipla^{4,5,6}. Di solito è l'anamnesi, raccolta con l'aiuto dei familiari/caregivers o conoscenti che permette il rilievo di malattie neurologiche organiche già diagnosticate. In questo caso, laddove sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo si sospetti una patologia neurologica, è bene coinvolgere lo specialista di riferimento (neurologo o il geriatra) appena possibile. Nelle situazioni di emergenza però non è infrequente che non sia possibile raccogliere una anamnesi approfondita e che la diagnosi differenziale tra un **Delirium** su base organica e una psicosi acuta possa essere difficile, e comunque richieda una serie di accertamenti non immediati e un'osservazione longitudinale. In alcuni casi, il paziente può essere erroneamente considerato psicotico, in base al fatto che i segni e i sintomi fisici del Delirium possono essere minimi e non facilmente individuabili. In presenza di quest'ultimo il paziente ha un livello alterato di consapevolezza e problemi nel dirigere, focalizzare, sostenere o spostare l'attenzione⁵.

A tal proposito è bene ricordare che oltre ad un ridotto livello di coscienza (paziente soporoso,

difficilmente risvegliabile) anche alterazioni qualitative dello stato di coscienza, ovvero un livello alterato di consapevolezza e con problemi nel dirigere, focalizzare, sostenere o spostare l'attenzione, sono indicativi più di una malattia organica o di un'intossicazione/astinenza che di un'psicosi acuta^{5,6}. L'esaminatore, specialmente se non esperto, potrebbe ricorrere a strumenti standardizzati come il Brief Mental Status Examination o il 4AT score^{7,8,9}, che possono essere impiegati però solo quando il paziente è in grado di rispondere o di eseguire quanto richiesto. Pertanto gli esaminatori componenti il TEAM potranno considerare se c'è un **deterioramento cognitivo** alla base dello stato di agitazione, attraverso un'anamnesi focalizzata ma integrata, anche dal coinvolgimento diretto del caregiver e, eventualmente, con un breve screening specifico utilizzando strumenti come il Mini Mental State Examination o il Brief Mental Status Examination^{7,8} quando il paziente è calmo e in grado di rispondere o di eseguire quanto richiesto.

In alcuni specifici scenari, ad esempio nei pazienti con anamnesi e valutazione clinica non dirimenti, è necessario supportare l'inquadramento con esami ematochimici e in particolare possono essere utili: emocromo, profilo elettrolitico e funzionalità renale, nonché l'esame tossicologico delle urine e test di gravidanza se il paziente è una donna in età fertile^{4,6}. In casi selezionati potrà essere utile eseguire rachicentesi, nel sospetto di meningo-encefalite, oppure dei test di neuro-imaging (di solito una TC del cranio) e nel sospetto di un disturbo epilettico o di un'encefalopatia metabolica un EEG. (Ndr. quest'ultimo non sempre disponibile h24 nella maggioranza degli ospedali toscani).

Dato lo stato di agitazione spesso contestualmente è necessario iniziare una terapia farmacologica che permetta di eseguire le valutazioni e gli accertamenti necessari.

GESTIONE CLINICA INTEGRATA E TERAPIA

3.1 Qual è la terapia e la gestione clinica da adottare già dal primo accesso in DEA nell'agitazione psicomotoria e nelle urgenze a questa associate?

L'arrivo di questi pazienti in DEA o in un altro setting comporta, come visto già dalla fase diagnostica ma anche in quella terapeutica, quasi invariabilmente un corto circuito tra le varie discipline coinvolte, con notevoli difficoltà da parte dei servizi clinici interessati per la presa in carico.

Le criticità coinvolgono tutti i DEA regionali, sia di I che II livello, e sono direttamente proporzionali al bacino di utenza distrettuale/ospedaliero ed alle diverse capacità di accoglienza del DEA nelle fasce orarie assistenziali.

Ulteriore criticità è la prevedibile inconsistente capacità di risposta appropriata di tutte le soluzioni

alternative all'invio in ospedale, previste dal DM 77 e dalle recenti DGRT in oggetto di riorganizzazione del territorio e dell'accessibilità alle cure ospedaliere e sanitarie in genere, su tali scenari.

Al fine di superare tali difficoltà e di garantire un adeguato livello assistenziale per questi specifici pazienti si suggerisce pertanto, a livello regionale, la creazione di un “*Agitation Team*”, esplicitato meglio come Team di Intervento Rapido Multidisciplinare sul paziente Agitato (TIRMA), anche sintetizzato TMA (Team Multidisciplinare Agitato) che agisce nei DEA sul paziente con agitazione psicomotoria acuta nei possibili scenari clinici esposti.

Il Team multi professionale, fisso e dedicato o attivato H24 dal DEA (o direttamente dalla CO118), così come avviene per altri percorsi delle reti tempo-dipendenti (rete ictus, politrauma, STEMI), è intrinsecamente composto da personale infermieristico (del PS o dell'SPDC) e medico (1 psichiatra e 1 anestesista/medico di urgenza per turno), eventualmente allargato ad altre specialistiche presenti h24 (neurologo/geriatra) o personale in reperibilità (es. tossicologo), se non sono disponibili risorse per la presenza continua, dedicato ed esperto nella gestione di pazienti con agitazione psicomotoria anche intossicati.

Il TIRMA si attiva con le tempistiche dettate dal codice triage (immediato per il codice 1, in 30 minuti per il codice 2, in un'ora per il codice 3), secondo le esistenti Linee di Indirizzo sul Triage e sui percorsi omogenei del Pronto Soccorso¹⁰

Se lo stato di agitazione pone a rischio l'incolumità del personale sanitario e degli utenti, soprattutto negli ospedali privi di un posto fisso di polizia H24, e laddove il personale di sicurezza (es guardie giurate che possano intervenire in stato di necessità, in attesa delle forze dell'ordine) non sia adeguato a fermare un paziente violento, dovrebbe essere sempre prontamente attivabile l'intervento delle forze dell'ordine.

I medici e infermieri, idealmente assegnati in modo stabile e prioritario all'unità multidisciplinare, potranno (nei periodi in cui non abbiano pazienti da trattare nell'unità stessa) fornire consulenze e/o supporto al pronto soccorso/DEA e/o ai reparti delle discipline di appartenenza.

Occorre infatti evidenziare come il modello alternativo (proiezione 'al bisogno' di tutti gli specialisti e/o infermieri del TIRMA dal reparto della disciplina di appartenenza, es psichiatria o anestesia, all'unità multidisciplinare), ad oggi in uso in molti Ospedali, produrrebbe invece un flusso di professionisti sempre diversi, non sufficientemente esperti nella gestione delle peculiarità dei pazienti con comorbilità di grave malattia fisica e mentale, e con inadeguata disponibilità in termini di rapidità e durata dell'intervento.

3.2 Quale risulta essere l'ambiente più adatto alla gestione e al monitoraggio di questi pazienti?

Si rende necessario individuare un'area apposita, denominata Area Funzionale Multidisciplinare per Pazienti con Agitazione psicomotoria grave, con specifici standard di sicurezza e munita di strumentazioni adeguate, in cui gli specialisti individuati possano operare in sinergia garantendo la corretta assistenza del paziente.

Tale Area deve avere caratteristiche simili a quelle dell'osservazione breve intensiva¹⁰, ovvero un area a carattere multidisciplinare, con possibilità di diversa intensità di cure (monitorizzata o non monitorizzata) che dovrà essere posizionata in prossimità/adiacenza del PS, oppure, laddove possibile, dentro il DEA stesso. Dovrà inoltre rispettare sia i requisiti di sicurezza che quelli tecnologici delle aree specialistiche che compongono il Team quali la conformità agli standard di sicurezza prevista per i reparti psichiatrici (finestre antisfondamento o con grate, assenza di cavi che facilitino impiccagione, assenza di strumenti in grado di appiccare incendi, assenza di strumenti appuntiti e taglienti, etc) e dotazioni di strumenti e tecnologie necessarie per il livello di cura semi-intensiva (monitoraggio, gas, strumenti per la ventilazione, pompe infusionali, etc).

Ulteriore requisito organizzativo è il rispetto del criterio temporale, peculiare della medicina di Emergenza Urgenza, che prende abitualmente in carico la patologia tempo-dipendente ma con intervento tempo-confinato, ovvero per chi deve essere ricoverato limitato alle prime 8 ore e per chi necessita di un periodo di osservazione alle prime 36-48 ore, continuamente contingentato soprattutto al contesto di afflusso e di presenze nel DEA e nell'Ospedale stesso. La caratteristica di "intensività" di questa area è infatti riferita a meccanismi organizzativi e gestionali "di percorso intensivo" e non solo ai requisiti tecnologici ed impiantistici propri della Terapia Intensiva/subintensiva.

Il paziente rimarrà in tale specifica area per meglio definire il percorso successivo, rispettando comunque i criteri temporali sopra descritti, che potrà essere sia di dimissione verso strutture territoriali di competenza (servizio psichiatrico, servizio dipendenze, day-service internistico/neurologico/geriatrico, medico di medicina generale) sia di ricovero verso le degenze più appropriate per competenza (SPDC, degenza ordinaria es medica, neurologica, geriatrica ecc) e per intensità di cure (degenza subintensiva o rianimazione/terapia intensiva). Nei quadri con osservazione più lunga (12-48 ore) e in cui sia possibile stabilire un contatto-colloquio con il paziente, potrà essere attivato, ove disponibile, anche uno psicologo o psichiatra-psicoterapeuta.

CONCLUSIONI

La gestione dei gravi quadri di agitazione psicomotoria richiede un intervento attivo da parte di medici afferenti a diverse specialistiche tra cui Psichiatria, Neurologia, Medicina di urgenza, Anestesia, Tossicologia (ed altre branche di area medico-internistica come la Geriatria, Cardiologia, etc.). Affinché questo avvenga è necessaria una sensibilizzazione di tutte queste figure sanitarie e l'individuazione di un gruppo multidisciplinare di professionisti e di luoghi di cura dedicati. Il presente documento intende essere un contributo per migliorare ed ottimizzare la gestione acuta e la presa in carico del paziente con grave agitazione, sin dall'accesso nel Dipartimento di Emergenza Urgenza.

Per tale motivo auspichiamo la creazione di Team multidisciplinari dedicati formati da molteplici specialisti che, collaborando e integrando le proprie competenze, possano garantire la miglior gestione clinica ed organizzativa di questi pazienti operando in sinergia, in setting dedicati e con caratteristiche strutturali adeguate alla complessità multidisciplinare di questi quadri clinici.

Bibliografia

- 1 APA (American Psychiatric Association). 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- 2 Lindenmayer, J. P. (2000). The pathophysiology of agitation. *Journal of clinical psychiatry*, 61(Suppl 14), 5-10.
- 3 Nordstrom, K., Zun, L. S., Wilson, M. P., Stiebel, V., Ng, A. T., Bregman, B., & Anderson, E. L. (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*, 13(1), 3.
- 4 Stowell, K. R., Florence, P., Harman, H. J., & Glick, R. L. (2012). Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 11.
- 5 Nordstrom, K., Zun, L. S., Wilson, M. P., Stiebel, V., Ng, A. T., Bregman, B., & Anderson, E. L. (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*, 13(1), 3.
- 6 Yildiz, A., Sachs, G. S., & Turgay, A. (2003). Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emergency medicine journal*, 20(4), 339-346.
- 7 Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician" *J Psychiatr Res* 12: 189–198.
- 8 Kaufman, D. M., & Zun, L. (1995). A quantifiable, brief mental status examination for emergency patients. *The Journal of emergency medicine*, 13(4), 449-456.
- 9 Tiegues Z, Maclullich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'connor M, Ryan D, Saller T, Arora RC, Chang Y, Agarwal K, Taffet G, Quinn T, Shenkin SD, Galvin R. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2021 May 5;50(3):733-743. doi: 10.1093/ageing/afaa224.
- 10 Delibera Regionale 806 del 2017, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2031084.pdf>