



DELIBERAZIONE N. 0797 DEL 3 MAG. 2023

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure-Risk Management Centro di Costo: G0DGG43J1D1S
Codice settore proponente: RMDG 20/2023 del 26/04/2023

Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero
"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"

L'estensore
(Dott. Antonio Silvestri)

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Narciso Mostarda

Parere del Direttore Amministrativo: D.ssa Paola Longo

☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data 09.05.2023

Parere del Direttore Sanitario: Dr. Gerardo De Carolis

☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data 09.05.2023

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.

Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo:

Presa Visione

Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale:

Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - D.ssa Miriam Piccini

Firma

Data

28/04/2023

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

26/04/2023

Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma

Data

26/04/2023

IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;
- la deliberazione aziendale n. 0925 del 13/06/2022 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2022 fino al 13/04/2027;

PREMESSO

che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

DATO ATTO

che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali";

DATO ATTO

che la definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO

che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei PDTA e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;



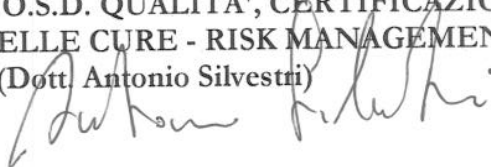
- DATO ATTO** che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;
- VISTA** la Determinazione della Regione Lazio n. G08249 "Approvazione del documento regionale "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero";
- RITENUTO** necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un PDTA mirato alla gestione del paziente con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali;
- DATO ATTO** che all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è allocata la UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - S.P.D.C. - dell'Azienda ASL Roma 3;
- CONSIDERATO** - che si è provveduto ad attivare un Gruppo di Lavoro interaziendale, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nel percorso;
- CONSIDERATO** che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l'assetto organizzativo delle due Aziende sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;
- RITENUTO** opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico delle due Aziende;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE E
SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT**

(Dott. Antonio Silvestri)



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero" presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

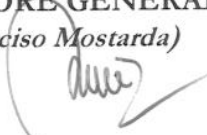
La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 34 pagine di cui n. 29 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Narciso Mostarda)





Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 1 di 29

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	STAFF DI COORDINAMENTO:				
	Antonio Silvestri	Qualità e Risk Management	Medico	26/4/23	[Firma]
	Marco Mastrucci		Infermiere	26/4/23	[Firma]
	COORDINATORI:				
	Emanuele Guglielmelli	Medicina d'Urgenza	Medico	26/4/23	[Firma]
	Piero Petrini	S.P.D.C. ASL RM3	Medico	26/4/23	[Firma]
	COMPONENTI:				
	Eleonora Cirullo	Pronto Soccorso	Infermiere	26/4/23	[Firma]
	Roberto Locci	DIPRO	Infermiere	26/4/23	[Firma]
	Massimo Di Colantonio	Dipartimento S.M.	Infermiere	26/04/23	[Firma]
	Vera Genzano	SPDC	Infermiere	26/04/23	[Firma]
	Rosa Bandiera	SPDC	Medico	26/4/23	[Firma]
	Annarita Marucci	DIPRO	Infermiere	26/04/23	[Firma]
	Mauro Calvani	Pediatria	Medico	26/4/23	[Firma]
	Giampaolo Imparato	TSMREE	Medico	26/4/23	[Firma]

VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	26/4/23	[Firma]
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	03/05/23	[Firma]
VALIDAZIONE	Dott. Narciso Mostarda Direttore Generale	03/05/23	[Firma]



Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 2 di 29

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0	20/04/2023	Prima stesura	a cura del RAQ

TRASMESSO IL: 17/04/2023	CODIFICATO IL: 20/04/2023	DISTRIBUITO IL:
--------------------------	---------------------------	-----------------

LISTA DI DISTRIBUZIONE (I livello)			
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo		
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.		
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.		

Il documento è stato opportunamente condiviso con la Dott.ssa Simona De Simone, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ASL RM3.

Ha contribuito alla stesura del PDTA IL Dott. Maurizio Musolino, Risk Manager dell'Azienda ASL RM3, a cui va un sincero e cordiale ringraziamento.



Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 3 di 29

INDICE

		Pag.
1.	PREMESSA	5
2.	SCOPO	5
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4.	CRITERI DI ACCESSO	7
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	8
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	9
7.	RESPONSABILITA'	10
8.	AZIONI	11
8.1	PRINCIPI GENERALI	11
8.2	PRINCIPI SPECIFICI	12
8.3	GESTIONE DELLE EMERGENZE-URGENZE PSICHIATRICHE CON O SENZA TSO CON/SENZA FORZE ORDINE	14
8.3.1	PAZIENTE CON PROPOSTA DI TSO, IN STATO DI AGITAZIONE PSICO- MOTORIA	16
8.3.2	PAZIENTE SENZA PROPOSTA DI T.S.O., IN STATO DI AGITAZIONE PSICO-MOTORIA CHE VIENE SPONTANEAMENTE O ACCOMPAGNATO DA AUTOMEZZO DEL 118	17
8.4	GESTIONE DEL PAZIENTE CON ALTERAZIONI DELIRANTI DEL PENSIERO, ALLUCINAZIONI	18
8.5	GESTIONE DEL PAZIENTE CON TENTATIVO O MINACCIA DI SUICIDIO...	19
8.5.1	IL CENTRO ANTIVELENI NELLA GESTIONE DI CONDIZIONI DI CERTA O SOSPETTA INTOSSICAZIONE	19
8.6	GESTIONE DEL PAZIENTE CON PROBLEMATICHE LEGATE ALL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E/O ALCOL	20
8.7	GESTIONE DEL PAZIENTE VIOLENTO	21
8.8	GESTIONE DEL PAZIENTE CON STATO D'ANSIA, ATTACCO DI PANICO, FOBIA CONTROLLABILE	22
8.9	GESTIONE DEL PAZIENTE CHE RICHIEDE VISITA PSICHIATRICA	22
8.10	PAZ. PSICHIATRICI CON COMPROMISSIONE DELLE CONDIZIONI IGIENICHE E/O INFEZIONI PARASSITARIE.....	22



Procedura: PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**Rev. 00 del
20/04/2023Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

Pag. 4 di 29

8.11	COSA FARE IN CASO DI ALLONTANAMENTO DI PAZIENTE CON TSO	23
8.12	PAZIENTE MINORENNE IN ETÀ EVOLUTIVA CON SINTOMI PSICHIATRICI E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	23
8.13	TEMPORANEA INTERRUZIONE DELLA FUNZIONE DI RICOVERO IN SPDC	25
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	27
10.	VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA	28
11.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	29
12.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	29
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	29



Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 5 di 29

1. PREMESSA

Il presente documento recepisce l'Accordo Conferenza Unificata del 13/11/2014 del Ministero della salute "DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI DI PERSONALITA'" e del successivo recepimento Regionale del 17/03/2017 tramite DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA che demanda alle Aziende Sanitarie Locali il suddetto disposto per il tramite dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

Il documento ha l'obiettivo di riunire e implementare le indicazioni presenti nei documenti regionali relativi al percorso assistenziale di persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero, le procedure organizzative inclusa la sospensione temporanea dei ricoveri nel SPDC.

2. SCOPO

Migliorare la gestione dei pazienti con disturbi del comportamento e/o psichiatrici che afferiscono al P.S. dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Definire modalità organizzative e strumenti metodologici per garantire la miglior appropriatezza del setting assistenziale per il trattamento diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente psichiatrico e dei soggetti con disturbi del comportamento conseguenti a problematiche di eziologia organica (neurologica, metabolica, tossicologica, oncologica e cerebrovascolare).



Procedura: PDTA

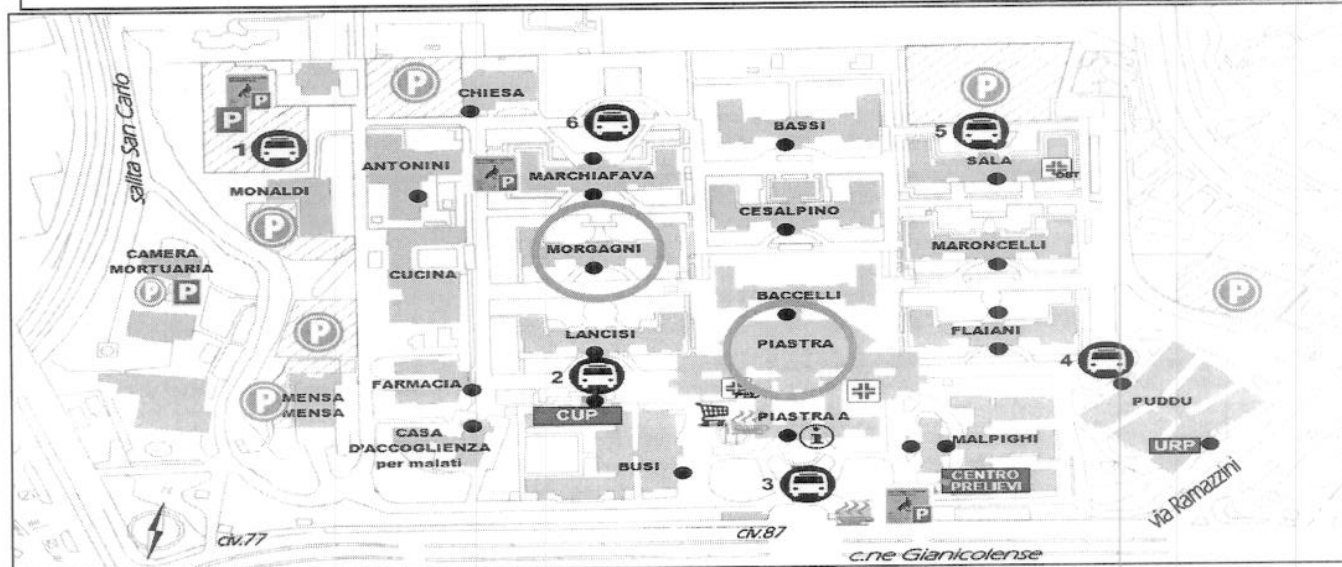
**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**Rev. 00 del
20/04/2023Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

Pag. 6 di 29

3. CAMPO DI APPLICAZIONE**Strutture coinvolte e luoghi d'applicazione**

UU.OO.	SEDE	UU.OO.	SEDE
DI.PRO.	PIASTRA SECONDO PIANO	Direzione Sanitaria	PIASTRA SECONDO PIANO
U.O.S. PRONTO SOCCORSO GENERALE ADULTI	PIASTRA PIANO SEMINTERRATO LATO DESTRO	U.O.C. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (ASL RM 3)	MORGAGNI PIANO TERRA
UOS PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	PIASTRA PIANO SEMINTERRATO LATO SINISTRO		

La procedura si rivolge a tutti gli Operatori coinvolti nella pratica assistenziale dei pazienti



Procedura: PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
 PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
 DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
 20/04/2023

Cod.
 Doc.:901/PDTA/23/04

Pag. 7 di 29

4. CRITERI DI ACCESSO

- Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA): è uno strumento di Governo Clinico che consente di definire lo standard assistenziale di un gruppo omogeneo (per diagnosi) di pazienti e verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata al singolo utente.

Intervallo temporale di selezione 01/01/2019 – 03/11/2019

Condizioni: reparto di ricovero: 1-S.P.D.C.

LIVELLO DI PRIORITA' AL TRIAGE	N: ACCESSI	% ACCESSI
Molto critico – Rosso	100	32,2%
Mediamente critico – Giallo	203	65,3%
Poco critico – Verde	8	2,6%
Totale	311	100%

Compete allo specialista l'inquadramento diagnostico attraverso la valutazione anamnestica e sintomatologica. La classificazione delle malattie in base a modelli standardizzati rappresenta una modalità di codifica delle diagnosi secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e rappresenta la premessa per l'utilizzo di un codice condiviso per definire sul piano nosografico, seppur con tutte le peculiarità individuali di ogni paziente, l'oggetto della cura.

Si riportano di seguito i codici secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie ICD9- CM da utilizzare nei percorsi di cura:

Diagnostiche	Descrizione
291	Disturbi mentali indotti da alcol
292	Disturbi mentali indotti da sostanze
293	Disturbi psichici transitori da altre condizioni patologiche
295	Psicosi schizofreniche
296	Disturbi episodici dell'umore (Disturbo bipolare, depressione)
297	Disturbi deliranti
298.1	Altre psicosi non organiche tipo agitato
298.2	Confusione reattiva
298.3	Reazione paranoide acuta
298.4	Psicosi paranoide esogena
298.8	Altre e non specificate psicosi reattive
298.9	Psicosi non specificata
300	Stati di ansia
301	Disturbi di personalità

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDPA/23/04		Pag. 8 di 29

301.3	Disturbo di personalità esplosivo	
301.50	Disturbo di personalità istrionico, non specificato	
301.81	disturbo di personalità narcisistica	
301.59	Altri disturbi di personalità istrionici	
301.83	Disturbo di personalità borderline	
303	Dipendenza da alcol	
304	Dipendenza da sostanze	
305	Abuso di droghe senza dipendenza	
309.0	Reazione depressiva di breve durata	
309.1	Reazione depressiva di lunga durata	

Procedure	Descrizione	
9926	Iniezione di tranquillanti	

È fatto obbligo per lo specialista psichiatra, ospedaliero e territoriale, declinare la patologia di cui è affetto il proprio assistito secondo classificazione internazionale al fine di uniformare la comunicazione tra i diversi setting assistenziali e poter rendicontare, in forma consuntiva, l'attività svolta dal Servizio in termini, sia di volumi di attività sia di case-mix.

5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ARES 118	Azienda regionale Emergenza e Soccorso 118	
ASM	Alterazione dello stato mentale	
CPSI	Collaboratore Professione Sanitaria Infermiere	
DISAM	Dip. Salute Mentale Registro informat. interno	
PS	Pronto Soccorso	
S.L.O.T.	Servizio trasporti interni AO San Camillo	
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	
TS	Tentato Suicidio	
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio	
UO	Unità Operativa	
UOC	Unità Operativa Complessa	

Procedura: PDTA

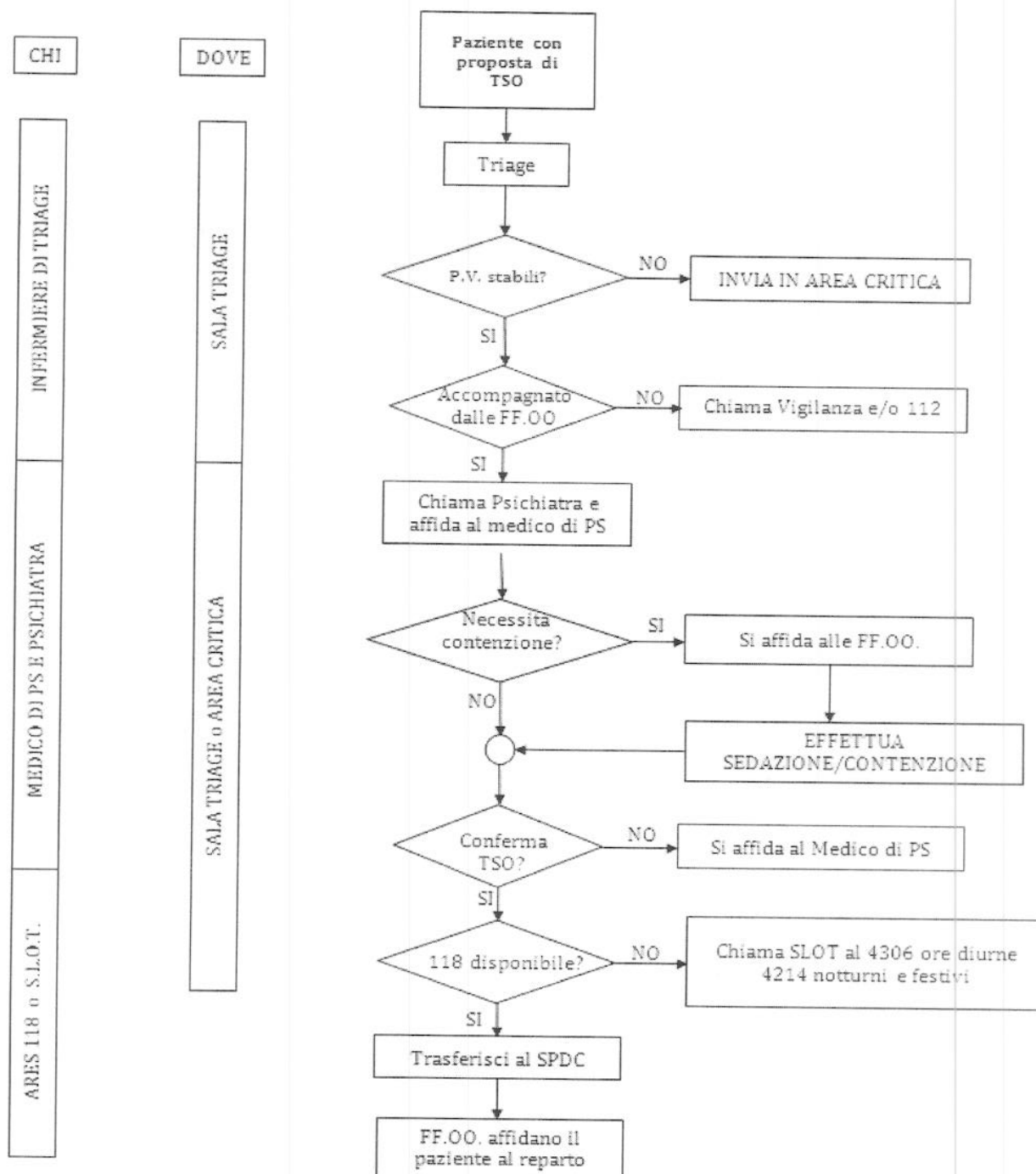
Cod.
 Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
 PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
 DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
 20/04/2023

Pag. 9 di 29

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



Procedura: PDTA

Cod.
 Doc.:901/PDPA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
 PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
 DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
 20/04/2023

Pag. 10 di 29

7. RESPONSABILITA'

ATTIVITA' / OPERATORE	Direttori DEA	Direttori delle UU.OO.CC.	Medico Psichiatra SPDC	Medico PS	Coordinatore Infermieristico P.S.	Coordinatore Infermieristico SPDC	Altre figure (FF.OO., 118, SLOT...)
<i>Diffusione della procedura</i>	R	C	I	I	C	C	
<i>Trasporto paziente TSO</i>			I	I			R
<i>Gestione del paz. in PS</i>			C	R	C	I	C
<i>Gestione del paz. in SPDC</i>			R			I	
<i>Gestione infermieristica del paz. in PS</i>			I	C	R	I	C
<i>Gestione infermieristica del paz. in SPDC</i>			C			R	C

R= RESPONSABILE C= COINVOLTO I= INFORMATO

Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 11 di 29

8. AZIONI

Il presente documento implementa le indicazioni ministeriali con l'obiettivo di promuovere la massima integrazione tra i servizi aziendali e garantire in ogni momento del percorso di cura elevati standard di appropriatezza e rispetto della dignità umana all'assistito. Tale rispetto si realizza, tenuto conto delle condizioni di salute e dello status di trattamento sanitario del paziente, attraverso il riconoscimento dei seguenti diritti del malato:

- diritto di comunicare con chiunque, in qualunque momento;
- diritto di vedere riconosciute, ricercate e rafforzate le proprie abilità, e non semplicemente evidenziate le difficoltà e le disabilità;
- diritto di essere informati su qualsiasi trattamento legato alla propria salute e alla propria vita;
- diritto di essere sostenuti nella ricerca di risposte a bisogni di emancipazione;
- diritto di decidere che ogni atto di cura/manipolazione del corpo sia fatto da operatori/operatrici dello stesso sesso.

8.1 Principi generali

Il SPDC rappresenta il setting assistenziale ad alta intensità di ogni percorso di cura (disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e disturbi di personalità), il cui ricorso è motivato o da esordio non gestibile in altra struttura o per obiettivo aggravamento delle condizioni psicopatologiche (è indicato l'utilizzo di valutazioni multidimensionali dello status clinico).

Qualora il paziente ricoverato in SPDC sia già in trattamento presso altre strutture dipartimentali, lo psichiatra curante dei servizi territoriali mantiene la continuità terapeutica del paziente con visite programmate presso il SPDC.

Nel caso in cui è prevedibile, alla dimissione dal SPDC, una degenza post-acuzie in Strutture Residenziali, il servizio territoriale dipartimentale che ha in cura il paziente, di concerto con l'equipe del SPDC, programma precocemente la disponibilità di posto letto presso la struttura di destinazione. Il CSM, nel caso di soggetti già in trattamento presso il TSRMEE, nel transito all'età maggiorenni si faranno carico per competenza anagrafica del paziente, secondo modalità utili a rendere il passaggio più fluido possibile.

La richiesta di consulenza specialistica psichiatrica deve essere sempre effettuata dal medico di PS. Il medico di PS e il consulente psichiatra collaborano, pur nella diversità di compiti, nella gestione dell'emergenza psichiatrica in PS.



Procedura: PDTA

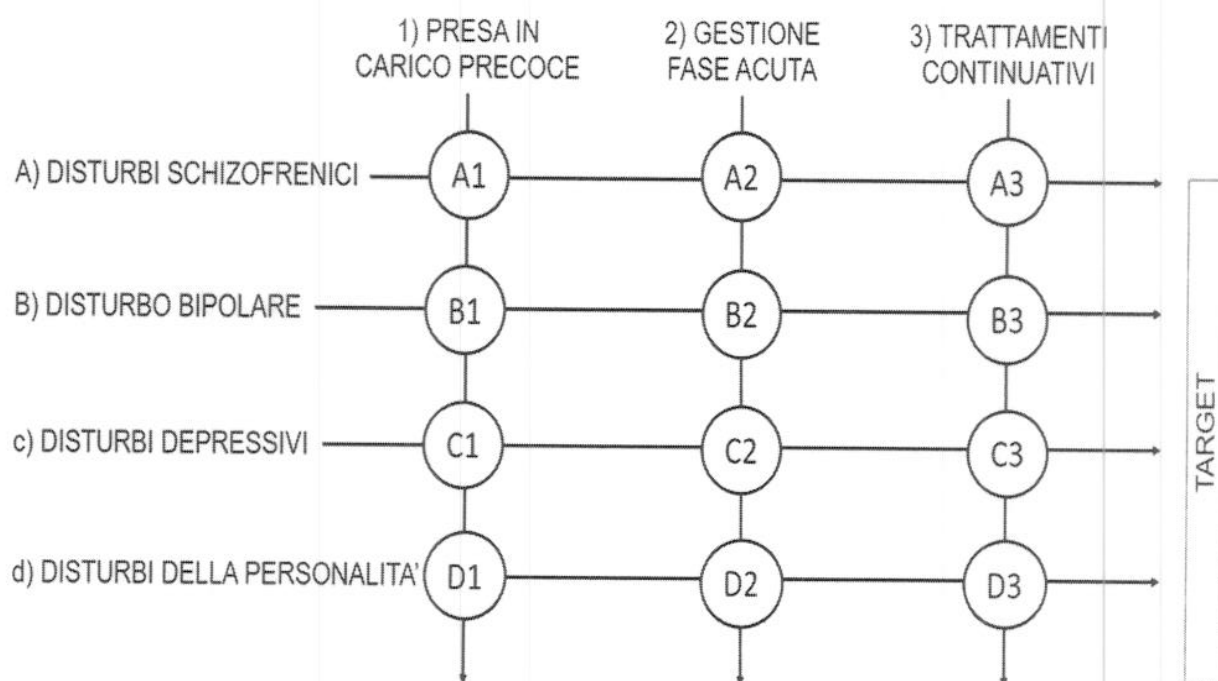
Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 12 di 29

8.2 Principi specifici

La seguente matrice individua i nodi di intersezione tra i quattro percorsi di cura e le tre fasi del trattamento (presa in carico precoce, gestione fase acuta, trattamenti continuativi).

Per ogni nodo si vedano i relativi indicatori al capitolo 10 per il monitoraggio dei percorsi di cura per perseguire un target di qualità.



Procedura: PDTA

Cod.
 Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
 PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
 DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
 20/04/2023

Pag. 13 di 29

Manuale regionale Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici

STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA - ALTERAZIONE DELLO STATO MENTALE					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri Vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	
Caratteristiche del Sintomo/Segno Principale	Grave disturbo del comportamento con minaccia immediata di violenza pericolosa per sé stesso e per gli altri Estrema agitazione con aggressività fisica e/o verbale TSO Tentato suicidio Atti autolesivi associati a idee suicidarie manifeste Manifestazioni suicidarie Alto rischio di fuga	Estrema agitazione, irrequietezza Alterazioni del pensiero Allucinazioni, comportamento, bizzarro, non contenibile. Etilismo acuto con comportamento non controllabile ma senza aggressività Disorientamento spazio-temporale Confusione mentale ma con capacità di cooperare	Agitazione contenibile Disturbo del comportamento ma paziente controllabile Alterazioni del tono dell'umore in senso euforico/stato di agitazione o in senso depressivo senza ideazione suicidaria Etilismo cronico senza disturbi comportamentali	Irritabile senza aggressività Riferito Attacco di panico Paziente noto per crisi sociale Problemi sociali di alloggio, o di relazione Richiesta di farmaci	
Sintomi/Segni Associati		Cefalea /Febbre/Abuso di sostanze, ipoglicemia			
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)	Sorveglianza viva continua con rapporto 1:1. Richiedere l'intervento del personale di sicurezza. Fornire un ambiente sicuro per i pazienti, accompagnatori e operatori.	Osservazione regolare a un massimo di intervalli di 15 minuti Non lasciare il paziente in sala d'attesa senza supporto di una persona. Richiedere l'intervento del personale della sicurezza se necessario. Fornire un ambiente sicuro per i pazienti, gli accompagnatori e gli operatori	Osservazione regolare a un massimo di intervalli di 30 minuti. Non lasciare il paziente in sala d'attesa senza supporto di una persona. Richiedere l'intervento del personale della sicurezza se necessario Fornire un ambiente sicuro per i pazienti, accompagnatori e operatori	Controllo di routine in sala d'attesa ad un massimo di intervalli di 1 ora	
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	Allertare immediatamente personale medico e consulente psichiatra.	Allertare personale medico e consulente psichiatra in caso di attesa superiore a 60 minuti. Definire protocolli condivisi di presa in carico precoce con gli psichiatri.			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro	Definire percorsi locali per i pazienti che richiedono un colloquio con lo psichiatra, con lo scopo di ridurre al minimo l'attesa e agevolare la presa in carico.				

Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 14 di 29

8.3 Gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche con o senza TSO con/senza Forze dell'Ordine

Il trattamento in emergenza/urgenza di pazienti che presentano sintomi psichiatrici richiede una valutazione globale, al fine di escludere patologie organiche, tossiche o traumatiche. Alla definizione clinica, se trattasi di paziente con diagnosi psichiatrica nota, partecipa fin dall'inizio il consulente psichiatra. È necessario specificare che, in ogni caso, anche i pazienti affetti da patologia psichiatrica devono ricevere una valutazione medica presso il PS, al fine di escludere urgenze concomitanti. Tale valutazione trova la sua indicazione nella necessità, a volte indifferibile, di somministrare dei trattamenti per cui la normativa prevede un livello minimo di monitoraggio preliminare. L'intervento dello specialista psichiatra sarà susseguente o contemporaneo a tali indifferibili valutazioni. Gli esiti medici dovranno essere refertati secondo la normativa di legge.

Lo psichiatra di guardia si rende immediatamente disponibile alla consulenza su chiamata del medico di PS o dell'infermiere di Triage, dopo che il paziente ha effettuato le normali operazioni di Triage, tra cui:

- Registrazione dati anagrafici;
- Al Triage, nei casi dubbi, deve essere applicato uno dei seguenti campi sintomatologici:
 - Problema sociale;
 - Agitazione psicomotoria;
 - Altri sintomi del sistema nervoso;
 - Intossicazione.
- Chiamata tramite centralino aziendale dello psichiatra di guardia;
- Se per il paziente giunto con l'ambulanza 118 una volta valutata la stabilità clinica del paziente e definita, con lo psichiatra, la necessità del ricovero in SPDC, sarà necessario chiamare lo SLOT dichiarando l'urgenza del trasferimento come "URGENTE".

La valutazione medica generale da parte del medico di PS è indispensabile e solo in seguito a questa potrà essere richiesta la consulenza psichiatrica. Eventuali esami ematochimici di base, ECG, β -HCG per le donne in età fertile, altri accertamenti ritenuti necessari ed improrogabili dal Medico di PS e/o

Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 15 di 29

consulente psichiatra, dovranno essere effettuati e refertati a norma di legge prima del ricovero del paziente in un reparto dell'ospedale.

La necessità della valutazione medica si intende riferita anche ai pazienti che giungono con proposta di TSO.

Allo psichiatra in consulenza è assegnato almeno un CPSI in servizio presso il PS, il quale, salvo disposizioni urgenti del medico di PS, collabora con lo psichiatra tutto il tempo della consulenza. Non è mai previsto l'intervento di personale infermieristico del SPDC.

La gestione dei pazienti con disturbi del comportamento di natura psico-organica certa o fortemente sospetta (abuso di alcool e sostanze, demenze, sindromi neurologiche, ecc.) può essere prolungata per esigenze mediche urgenti e, per questo, non deve avvenire in SPDC. Può essere praticata la contenzione meccanica, nell'interesse del paziente, per stato di necessità presunto, senza ricorrere necessariamente al TSO ma sempre e comunque nel rispetto della delibera aziendale 0189/2018 (gestione della contenzione fisica). Deve essere fatta un'accurata analisi tossicologica, avvalendosi eventualmente anche della consulenza del Centro Antiveleni, così come un *drug test* su sangue/urine, se opportuno.

In caso di ricovero in TSO, lo psichiatra provvede alla convalida della proposta fatta da sanitari esterni all'ospedale (Guardia Medica, Pronto Intervento Psichiatrico, ecc.). Se invece, a seguito della consulenza in PS, è necessario proporre il ricovero in TSO direttamente in PS, tale proposta sarà redatta dal medico di PS, mentre la convalida viene firmata dallo Psichiatra.

In caso di manifestazioni di violenza o di rischio per l'incolumità del personale, interviene, su richiesta, la Forza pubblica (Polizia di Stato o CC). Le Guardie Giurate saranno pronte ad intervenire nel caso in cui il paziente stia per provocare danni alle cose di proprietà dell'ospedale.

Il SPDC su richiesta del personale del DEA potrà fornire un'adeguata formazione sulla gestione del paziente psichiatrico e sulla gestione del paziente psichiatrico in urgenza. Inoltre, viene fornita periodica formazione sulla gestione delle sindromi psico-organiche, con particolare riguardo all'intossicazione da sostanze stupefacenti.

- Per quanto attiene il trasferimento dal reparto Pronto Soccorso al SPDC, sito al padiglione Morgagni - piano terra, del paziente con TSO secondo la legge 833/78 si deve prevedere che il paziente giunga al Pronto Soccorso accompagnato:

A Dal 118 e dalle Forze dell'Ordine

B Soltanto dal 118

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 16 di 29

8.3.1 Paziente con proposta di TSO, in stato di agitazione psico-motoria

A. Accompagnato dalle Forze dell'Ordine

È compito del personale infermieristico eseguire al più presto il Triage che per definizione è "ROSSO", secondo quanto previsto dal Triage Modello Lazio a prescindere dai parametri vitali che dovranno comunque essere valutati. Con l'applicazione dei nuovi criteri ministeriali di Triage dovrà intendersi codice 1. È cura dell'infermiere di Triage contattare lo psichiatra di turno al numero 348.6250397 direttamente o tramite centralino, fornendo tutte le indicazioni utili ad identificare il paziente sul registro DISAM e dando immediata comunicazione al Team Leader o suo delegato medico di PS che apre la cartella GIPSE e richiede consulenza specialistica psichiatrica dopo aver valutato il paziente dal punto di vista clinico in modo da escludere eventuali cause organiche o tossicologiche dello stato di agitazione. Il paziente agitato deve essere spogliato di tutti i suoi effetti personali al fine di escludere che abbia oggetti che possano essere utilizzati come fendenti su se stesso o altri.

Il paziente è "tecnicamente" sempre in carico e controllato dalle forze dell'ordine che devono attendere che sia espletata la consulenza psichiatrica e l'eventuale convalida del TSO.

Nell'attesa, è accompagnato nella sala ricevimento parenti ed affidato, oltre che alle Forze dell'Ordine anche all'infermiere di Codice Rosso o, in caso di impossibilità per suo precedente impegno, ad altro infermiere fino all'arrivo del mezzo di trasporto. Solo dopo la consulenza scritta sul GIPSE, se lo psichiatra decide per il ricovero in SPDC, sia in TSO che in TSV, nel caso l'automezzo 118 non si rendesse disponibile alla continuità di trasporto presso il reparto di Psichiatria, è necessario avvertire prontamente lo SLOT al numero 4214 che darà priorità assoluta all'invio di un automezzo per eseguire al più presto il trasferimento e liberare in tal modo l'area di triage dal paziente. Nel momento in cui il paziente giunge nei locali SPDC, le forze dell'ordine possono allontanarsi, avendo terminato il loro operato.

Nel caso il consulente psichiatra non giudichi il paziente di sua competenza, questi viene di nuovo preso in carico dal medico di Pronto Soccorso che ha richiesto la consulenza psichiatrica, per gli accertamenti e le cure del caso. In questo caso la necessità della presenza delle forze dell'ordine è decisa dal medico di Pronto Soccorso, in considerazione dell'aggressività che il paziente dimostra.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 17 di 29

B. Accompagnato dal solo automezzo 118

Rapido inserimento nel Triage che deve intendersi ROSSO, come da protocolli di Triage del modello Lazio, a prescindere dai valori dei parametri vitali, comunque rilevati. Con l'applicazione dei nuovi criteri ministeriali di Triage dovrà intendersi codice 1.

II Team Leader o suo delegato, dopo aver valutato il paziente, richiede la consulenza specialistica. Qualora sia ritenuto necessario, il paziente che deve essere contenuto o sedato, va spogliato con l'aiuto delle guardie giurate, infermieri e personale ausiliario ma sempre nel rispetto della procedura aziendale per il contenimento (Delibera 189/2018). Le guardie giurate dovranno allontanare le persone non necessarie eventualmente presenti.

Contemporaneamente se è ritenuto opportuno, avverte lo psichiatra di guardia al numero 348.6250397 e telefona alla sede operativa della vigilanza, tel. 3669, che provvede direttamente a chiamare le FF.OO.

Nei casi di pazienti particolarmente agitati, qualora sia in pericolo l'integrità dei beni mobili o immobili dell'AO, è possibile prevedere l'intervento ausiliario delle guardie giurate, in attesa dell'arrivo delle Forze dell'Ordine.

Nell'attesa, il paziente è affidato all'infermiere di codice Rosso o suo sostituto, se già impegnato, ed accompagnato nella sala individuata per tale evenienza.

II paziente NON dovrebbe in alcun modo allontanarsi dal Pronto Soccorso essendo stata istituita la procedura di TSO. Se si ritiene necessario, il paziente può restare nei locali di area critica così da poter meglio controllare che non si allontani.

Una volta espletata la consulenza psichiatrica, il percorso è da ritenersi analogo a quanto descritto in tutti i casi.

8.3.2 Paziente SENZA proposta di T.S.O., in stato di agitazione psico-motoria che viene spontaneamente o accompagnato da automezzo del 118

Il personale infermieristico addetto esegue rapidamente il Triage che per definizione è "ROSSO" (con l'applicazione dei nuovi criteri ministeriali di Triage dovrà intendersi codice 1), anche se a parametri vitali stabili e dà immediata comunicazione al Team Leader o suo delegato medico di Pronto soccorso, che, apre la cartella GIPSE valuta il paziente ed esclude possibili patologie tossiche e metaboliche, stabilizza il paziente, qualora necessario, richiede consulenza specialistica.

Se opportuno provvede a contenere il paziente con l'aiuto di infermieri ed ausiliari del pronto soccorso. Nel caso in cui il Team Leader ravveda la necessità di avviare il dispositivo di T.S.O. è tenuto ad avvisare la Polizia Locale. Qualora la Polizia Locale di Roma Capitale si rendesse

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDТА/23/04		Pag. 18 di 29

indisponibile per altri motivi, si deve chiamare il 112 o il 113. La guardia giurata farà allontanare eventuali presenti non necessari e provvederà allo spoglio valori del paziente.

A tale scopo si ricorda che qualunque medico ritenga che sia necessario il TSO, può attivare il dispositivo del Questo vale anche per l'adolescente.

Il paziente adulto è quindi condotto in sala Emergenza od altro locale idoneo e libero al momento ed affidato all'infermiere di Codice Rosso o, in caso di impossibilità per suo precedente impegno, ad altro infermiere fino alla stabilizzazione dei parametri vitali e dall'arrivo dello psichiatra. Il paziente in età evolutiva sarà gestito nel Pronto Soccorso Pediatrico, salvo diverse indicazioni dello specialista.

Lo specialista, valutato il paziente, può dare indicazione che il soggetto non sia di sua competenza e quindi il paziente resta in carico al medico di Pronto Soccorso oppure ritiene opportuno il ricovero immediato presso l'SPDC. In quest'ultimo caso, il medico che ha richiesto la consulenza deve avvisare lo S.L.O.T di provvedere nel più breve tempo possibile ad inviare un automezzo per il trasferimento del paziente al S.P.D.C.

8.4 Paziente con SINTOMI PSICHIATRICI IN FASE ACUTA

Il personale infermieristico addetto esegue rapidamente il Triage che in questi casi è "ARANCIONE" codice 2 (con il precedente criterio era considerato codice "GIALLO") a meno che il paziente non abbia alterazione dei parametri vitali e dà immediata comunicazione al Team Leader o suo delegato medico di Pronto soccorso, che, aperta la cartella GIPSE valuta il paziente, esclude possibili patologie tossiche e metaboliche e richiede consulenza specialistica.

Il Team Leader o suo delegato, non appena opportuno, richiede la consulenza psichiatrica al n° 348.6250397 o tramite centralino aziendale. Lo specialista si reca al Pronto Soccorso nel più breve tempo possibile.

Il Team Leader qualora ritenesse opportuno può fare la proposta di TSO.

In quest'ultimo caso il paziente diviene "CODICE ROSSO" (con l'applicazione dei nuovi criteri ministeriali di Triage dovrà intendersi codice 1) e la procedura che si segue è quella descritta nel caso 2.

Lo psichiatra, valutato il paziente, decide se è necessario il ricovero ovvero lo rimette al medico di Pronto Soccorso per la chiusura della cartella GIPSE o per la prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico, con i medesimi percorsi già precedentemente descritti.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 19 di 29

8.5 Paziente con tentativo o minaccia di suicidio

Nei pazienti che giungono in PS perché minacciano un suicidio o hanno attuato un gesto anticonservativo tramite assunzione di farmaci/sostanze o con altri mezzi che possono causare lesioni organiche, il primo intervento è medico, chirurgico, rianimatorio. Può essere richiesto un periodo di monitoraggio specialistico fino a stabilizzazione, prima di procedere a valutazione psichiatrica per eventuale ricovero in SPDC. La valutazione psichiatrica sarà effettuata appena compatibile con le condizioni cliniche del paziente. In caso di successivo ricovero presso altro reparto specialistico, la valutazione psichiatrica deve essere finalizzata anche a definire la necessità o meno dell'intensificazione della vigilanza.

8.5.1 Il Centro Antiveneni nella gestione di condizioni di certa o sospetta intossicazione

La gestione di pazienti con disturbi del comportamento e anamnesi o sintomi ascrivibili ad intossicazione prevede il coinvolgimento del Centro Antiveneni.

I Centri Antiveneni (CAV), secondo la normativa nazionale, svolgono "attività di consulenza specialistica per problematiche di carattere tossicologico di alta complessità, a supporto delle unità operative di pronto soccorso e degli altri servizi ospedalieri e territoriali, nonché adeguati sistemi di sorveglianza, vigilanza e allerta" (art. 46 del DPCM 12 gennaio 2017).

I Centri Antiveneni Regionali svolgono un'attività di consulenza h 24 e sono situati presso l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I, il Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e l'Ospedale Pediatrico "Fondazione Bambino Gesù" IRCCS, quest'ultimo svolge la propria competenza in ambito pediatrico (0-18 anni). Nella Tabella 2 sono indicate le afferenze preferenziali tra gli Ospedali della Rete di Emergenza e i CAV.

La condizione di intossicazione deve essere presa in considerazione in presenza di un quadro clinico di sospetto o anche del solo dato anamnestico.

La consulenza verrà eseguita attraverso il sistema di **Teleconsulto Advice**, che sarà implementato con una sezione specifica definita CAV secondo le modalità previste dal Determinazione regionale n. G16185 del 12/12/2018 - Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. I, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232) Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell'Emergenza. Attivazione della piattaforma "ADVICE" per il teleconsulto fra centri "Hub" e "Spoke" delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive".

Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 20 di 29

La consulenza del CAV è finalizzata alla:

- Valutazione dell'avvenuta possibile intossicazione;
- Indicazione all'esecuzione di test diagnostici e di dosaggio di sostanze ed eventuale indicazione del centro per la loro esecuzione;
- Indicazione al trattamento e alla terapia antidotica;
- Indicazione al percorso assistenziale.

I Centri Antiveneni Regionali operano in stretta collaborazione con i Centri Antiveneni presenti sul territorio nazionale e mantengono aggiornata un'anagrafe per individuare la sede di esecuzione di test diagnostici e di dosaggio di sostanze.

8.6 Paziente con problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti e/o alcol

Nella gestione in emergenza-urgenza di pazienti che presentano disturbi del comportamento e sintomi psichiatrici ascrivibili ad intossicazione di sostanze (alcol e stupefacenti, dosabili e non), prima di procedere ad una valutazione psicopatologica per eventuale ricovero in SPDC, è necessario un trattamento integrato presso il PS o in altra area ospedaliera più congrua, eventualmente con postazione monitorizzata (o presso aree di degenza intensiva), anche in presenza di sintomi psichiatrici, come da regola generale.

In particolare, una volta messe in atto le condizioni di sicurezza in caso di comportamenti violenti (continuità della presenza delle Forze dell'ordine ed eventuale contenzione meccanica secondo la procedura aziendale 189/2018) e dopo la valutazione medica ed il monitoraggio dei parametri vitali da parte del medico del PS, quest'ultimo e l'anestesista rianimatore collaborano alla stabilizzazione del paziente, per decidere se vi sono le condizioni e le indicazioni (priorità della patologia psichiatrica) per un ricovero in SPDC, che avviene dopo consulenza psichiatrica. Poiché tale trattamento può prolungarsi fino a 48 h, il medico di PS può richiedere una valutazione sullo stato di intossicazione e/o di astinenza ai centri antiveneni. La permanenza in PS di questi pazienti deve essere ridotta al minimo per non incorrere nel rischio che il paziente si allontani in condizioni cliniche ancora non idonee.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 21 di 29

8.7 Paziente con comportamenti violenti

Nei pazienti con disturbi del comportamento e manifestazioni violente, la sicurezza degli operatori e del paziente rappresenta una priorità assoluta.

Se il soggetto giunge in PS accompagnato dalle Forze dell'ordine, il personale del Triage e il medico di PS devono richiederne la permanenza in PS fino all'espletamento della valutazione e della stabilizzazione.

Qualora le Forze dell'ordine non siano disponibili o tardino nel loro intervento, la sicurezza potrà essere garantita solo per il tramite della contenzione nel rispetto della procedura aziendale 189/2018. Le guardie giurate dell'ospedale potranno intervenire qualora siano a rischio le proprietà mobiliari e immobiliari dell'azienda.

Nei pazienti con disturbi del comportamento, nei quali non emerga in prima istanza una patologia psichiatrica vi è la possibilità, esperita ogni altra forma di ricerca di collaborazione e consenso, di adottare la contenzione meccanica per *stato di necessità* (non per TSO), prima di procedere ad appropriato iter diagnostico. Il PS deve essere dotato di idonei mezzi di contenzione e/o sedazione, rispetto al cui utilizzo il SPDC garantisce appropriata formazione del personale.

Nel caso di pazienti con disturbi del comportamento nei quali non emerga una patologia psichiatrica, la gestione è affidata al medico di PS per accertare o escludere altra patologia e, nel caso di disturbi antisociali, in associazione alle Forze dell'Ordine, se presenti.

Solo nei casi in cui si ritenga necessaria una terapia sedativa per eseguire accertamenti indifferibili o nel caso s'ipotizzi una patologia di natura organica o da intossicazione/astinenza da sostanze oppure si renda necessaria per l'impossibilità di gestione del paziente in altro modo, si può ricorrere alle seguenti terapie:

- Tiamina, vitamina B1, 100 mg im, farmaco innocuo che può risolvere alterazione dello stato mentale (ASM) in alcolisti, pazienti con encefalopatia di Wernicke e comunque in tutti i pazienti denutriti;
- Benzodiazepine (diazepam, lorazepam, midazolam): azione GABAergica con effetto ansiolitico e sedativo, ipnotico e miorilassante e anticonvulsivante; da usare in stati di agitazione su base ansiosa; non indicate nel soggetto anziano; terapia farmacologica del delirium tremens; terapia specifica dello stato di male epilettico in fase iniziale, intossicazione da cocaina;
- Neurolettici tipici e atipici (Aloperidolo, promazina, olanzapina, aripipazolo): sono indicati per la terapia in fase acuta dell'agitazione psicomotoria, da usare con molta cautela nel soggetto anziano



Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod.		Pag. 22 di 29
Doc.:901/PDTA/23/04		

e sconsigliati in caso di demenza per il rischio, seppur raro, di morte improvvisa; peggioramento dello stato confusionale se uso ripetuto; effetti cardiovascolari (ipotensione ortostatica con rischio di cadute; aritmie cardiache). L'olanzapina 5-10 mg per os o im è considerata la terapia con il maggiore indice di sicurezza, in seconda linea Aloperidolo 2-5 mg per os o im (col rischio di effetti collaterali come sintomi extrapiramidali o allungamento del QTc), oppure Promazina 10-50 mg per os o im (se non controindicazioni per l'effetto anticolinergico ed ipotensivo);

- Naloxone, antagonista degli oppiacei, da somministrare ogniqualvolta si sospetti Alterazione dello Stato Mentale (ASM) da intossicazione da oppiacei (NB: anche l'anziano che assume Coefferalgan può andare incontro a intossicazione da codeina).

8.8 Paziente con stato d'ansia, attacco di panico

Nei casi in cui il paziente riferisce di avere una delle patologie in questione, l'infermiere di Triage assegna codice "VERDE" o "GIALLO" (con l'applicazione dei nuovi criteri ministeriali di Triage dovrà intendersi codice 3-2) dopo aver valutato che i parametri vitali sono normali così come previsto dal Triage Modello Lazio. Il medico di PS valuterà caso per caso l'approccio diagnostico-terapeutico avendo ben chiaro che a volte la sintomatologia ansiosa nasconde patologie rilevanti e pericolose per la vita, specie se di prima insorgenza. Qualora lo ritenga opportuno richiede la consulenza psichiatrica.

8.9 Paziente che richiede visita psichiatrica

Al nostro pronto soccorso capita spesso che i pazienti che sanno di trovare gli psichiatri in ospedale, si presentino spontaneamente richiedendo di voler eseguire visita psichiatrica.

In questi casi l'infermiere di Triage valutando singolarmente il caso, assegna il codice di priorità alla visita e chiama lo psichiatra di turno al n° 348.6250397 così da ridurre il tempo di permanenza del paziente in PS e riducendo le probabilità d'irritazione del paziente nei confronti degli operatori.

8.10 Pazienti psichiatrici con compromissione delle condizioni igieniche e/o infestazioni parassitarie

Nei pazienti che presentano severa compromissione delle condizioni igieniche, deve essere esclusa la presenza di eventuali infestazioni parassitarie o comunque di affezioni diffusibili. Nel caso le stesse fossero riscontrate, gli interventi di bonifica (precedute da ripristino di condizioni igieniche compatibili con la convivenza di altri degenti) devono essere effettuati fin dal PS.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/FDTA/23/04		Pag. 23 di 29

8.11 Paziente con TSO che si allontana dal Pronto Soccorso/Reparto

Si premette che il paziente con procedura di TSO in corso non dovrebbe allontanarsi dal Pronto Soccorso e che sono lecite le manovre di contenzione pur di trattenerlo in tale sede se il paziente non acconsente al dialogo.

Qualora un paziente con TSO non accompagnato dalle FF.OO. e/o che minaccia il suicidio si allontanasse dal Pronto Soccorso nonostante ripetuti tentativi di trattenerlo o qualora eludesse la sorveglianza del personale medico ed infermieristico del Pronto Soccorso, è obbligatorio avvisare il 112 indicando le generalità e descrivendo le caratteristiche somatiche e l'abbigliamento del paziente, affinché vengano avviate le ricerche nelle immediate vicinanze dell'ospedale e perché vengano avvisati i famigliari. A tale scopo si predispone uno stampato da inviare a mezzo FAX alla stazione dei Carabinieri e/o al commissariato di Polizia di Monteverde, competente per zona.

8.12 Paziente minorenne in età evolutiva con sintomi psichiatrici e disturbi del comportamento

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono in aumento in relazione ad un cambiamento nella tipologia di utenti, famiglie e dei loro bisogni, tra questi sono da includere anche quelli determinati da malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel *global burden of disease* descrive che il 75% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva o è comunque dovuto a eventi morbosi insorti molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato.

La Regione Lazio ha individuato dei Centri Hub per la gestione in emergenza/urgenza e registra una forte mobilità attiva di ricoveri da altre regioni.

L'urgenza psichiatrica in età evolutiva va considerato come un momento gestionale di un percorso che dovrà avere nella assistenza di prossimità il "core" della presa in carico.

Al fine di rendere efficiente il percorso e la continuità assistenziale ogni Azienda deve prevedere una metodologia strutturata di relazioni e supporto tra gli Ospedali e il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione età evolutiva (TSMREE) presenti sul proprio territorio.

L'ARES 118 gestisce le richieste di soccorso riguardanti minori con sintomatologia psichiatrica, che una volta stabilizzati sono di norma trasportati presso una struttura ospedaliera appropriata in grado di accettarli e proseguire il necessario iter diagnostico-terapeutico.

Al fine di consentire una necessaria sintesi tra l'esigenza di assicurare un adeguato percorso di cura, la prossimità della sede di intervento alla residenza del minore e il contenimento del numero di

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/FDTA/23/04		Pag. 24 di 29

trasferimenti secondari, si ritiene opportuno, in funzione della dislocazione territoriale del target del soccorso, operare, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, secondo le seguenti afferenze ospedaliere, a meno di diversa distribuzione dettata dalla necessità di garantire accessi per continuità di cura:

- Provincia di Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo, ASL RM4, RM5 e RM6: presidi ospedalieri previsti nella rete di emergenza pediatrica;
- ASL RM1 e ASL RM3: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG);
- ASL RM2: Policlinico Umberto I.

Triage

L'accesso al Pronto Soccorso di minore con alterazione psicomotoria prevede secondo il "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici" (DCA U00379/2019) che la valutazione sia attenta e approfondita in relazione all'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e l'attribuzione del codice di priorità consideri con attenzione il pericolo per la propria persona e per gli altri".

Attività di Pronto Soccorso

Queste situazioni cliniche prevedono una precoce presa in carico da parte del medico di PS e/o del pediatra, secondo il percorso aziendale, attuando le procedure indicate nel percorso dell'adulto ivi compresa l'esclusione di patologie internistiche o condizioni di intossicazione acuta.

Il percorso aziendale deve prevedere le seguenti possibilità:

- Consulenza in presenza o a distanza con il TSMREE di Via Colautti almeno nell'orario diurno (8-15) telefono: 0656486139-40.
- Teleconsulto con il sistema "ADVICE" con i Centri di riferimento regionale di Neuropsichiatria Infantile e dell'età evolutiva, secondo le afferenze indicate nella tabella di riferimento (Tab. 3), per la condivisione del percorso assistenziale e dell'eventuale indicazione del ricovero specialistico;
- Trasferimento secondario per il ricovero del minore deve avvenire su indicazione del Centro di Riferimento.

L'eventuale non disponibilità di posto letto nel servizio di Neuropsichiatria Infantile di afferenza prevede che il centro riferimento regionale richieda il posto letto specialistico nell'altro centro di

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 25 di 29

riferimento regionale, utilizzando anche la piattaforma posti letto area critica ARES118, prevista nel percorso adulti, e successivamente presso la Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma dotata di posti letto specialistici inseriti nella rete ospedaliera. I Centri di riferimento regionali svilupperanno un percorso di integrazione funzionale finalizzato al ricovero specialistico con la U.O. di neuropsichiatria infantile della Fondazione Policlinico A. Gemelli.

8.13 Procedure organizzative in caso di temporanea interruzione della funzione di ricovero in SPDC

La temporanea interruzione della funzione di ricovero nel SPDC prevede un percorso di programmazione regionale e una metodologia di complementarietà fra i servizi attivi.

Entrambe le Direzioni Sanitarie Aziendali, in presenza di condizioni che richiedano la sospensione delle accettazioni nel SPDC, valuta ogni iniziativa opportuna per evitare la completa interruzione della funzione di ricovero, che deve essere considerata, esclusivamente, come una situazione di "estrema ratio".

La previsione della completa interruzione della funzione di ricovero deve essere comunicata dalla Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) all'Area Regionale Rete Ospedaliera, con il massimo preavviso possibile, quando prevedibile, per definire una programmazione nell'ambito del Coordinamento regionale dei SPDC-NI al fine di evitare la contemporanea interruzione della funzione di ricovero di più Servizi.

La DSA dovrà indicare nella comunicazione la durata prevista della sospensione dell'attività di ricovero.

L'Area Rete Ospedaliera autorizzerà la interruzione della funzione di ricovero, condividendo il percorso con il Coordinamento regionale dei SPDC-NI, responsabile dell'attuazione delle procedure previste nel presente documento.

Questa metodologia viene attuata anche nel caso di interruzione del servizio non programmabile per eventi improvvisi e non prevedibili.

La diversa tempistica di chiusura determina i seguenti processi organizzativi:

- superiore a sei mesi: le Aziende devono predisporre un'area di ricovero che permetta di mantenere attivo il servizio di SPDC;
- inferiore ai sei mesi: i SPDC attivi svolgono un ruolo di supporto alla Rete attraverso una metodologia definita come "Cruscotto";

Procedura: PDTA

Cod.
Doc.:901/FDTA/23/04

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Pag. 26 di 29

Il mantenimento dei principi di territorialità e prossimità è raccomandato nella gestione del ricovero che deve essere garantito prioritariamente nell'ambito dei SPDC del DSM territorialmente competente, e in caso di non disponibilità nell'ambito di ciascuna area vasta comprendente:

- SPDC di Roma e Provincia;
 - SPDC delle Province di Latina o Frosinone;
 - SPDC delle Province di Viterbo o Rieti.
- La governance del "Cruscotto" viene assunta su indicazione del Coordinamento regionale dei SPDC-NI, dal SPDC in cui i ricoveri sono sospesi, e nel caso di contemporanee interruzioni della funzione di ricovero dal primo SPDC sospeso in ordine di tempo. Il SPDC responsabile del "Cruscotto" identifica nel medico di guardia la figura professionale di riferimento per la gestione dei ricoveri.
 - Il SPDC alla riapertura del servizio comunica lo stato della sequenza del "Cruscotto" all'Area Rete Ospedaliera e al Coordinamento regionale dei SPDC-NI;
 - La sospensione successiva di altro SPDC determina la ripresa del "Cruscotto" dallo stato della sequenza comunicato all'atto della precedente riapertura;
 - La piattaforma di Area Critica ARES 118 verrà implementata inserendo lo stato di occupazione dei posti letto nei SPDC, secondo la metodologia già in atto, come da nota dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria, ARES 118 protocollo n. 11514/2021 del 01/06/2021, recante oggetto "Trasmissione materiale nuovo applicativo SIGPL".I SPDC saranno responsabili dell'aggiornamento dei posti letto sulla piattaforma di Area Critica;
 - Il responsabile del "Cruscotto", sempre, nel rispetto del principio della territorialità descritto, adotta la seguente procedura:
 - ✓ Verifica se l'obbligo di accettare il paziente da parte del SPDC in sequenza nel "Cruscotto" possa determinare una condizione di sovrannumero;
 - ✓ Individua sulla piattaforma Area Critica ARES 118 la disponibilità di posto letto al di fuori della sequenza del "Cruscotto" nel SPDC all'interno dell'area vasta;
 - ✓ Predisporre il trasferimento nel SPDC con disponibilità di posto letto, aggiorna e ricostruisce la corretta sequenza del "Cruscotto";
 - ✓ stabilisce che, in assenza di disponibilità di posto letto non in sovrannumero, il SPDC in sequenza nel "Cruscotto", nell'ambito dell'Area Vasta, debba accettare il trasferimento.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDTA/23/04		Pag. 27 di 29

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionale e regionali senza scostamenti od eccezioni, e sono coerenti con le linee guida.

Va in ogni caso tenuto conto delle seguenti considerazioni:

- « secondo la legge 833/78 il paziente con richiesta di TSO deve essere sempre accompagnato dalla Polizia Municipale, quale addetti del Sindaco ad assicurare prioritariamente l'attuazione dei principi generali di tutela della persona e che tale linea di comportamento è esplicitamente dichiarata nella legge e successivamente confermata nella circolare 3/2001 del 20 luglio 2001 del Ministero dell'Interno, che sanciva le competenze della Polizia Municipale su esplicite richieste delle amministrazioni locali in merito a chiarimenti;
- molto spesso pazienti con proposta di TSO pervengono con i soli mezzi del 118 al nostro Pronto soccorso e non accompagnati dalle forze dell'ordine;
- un paziente in chiaro stato di agitazione psico-motoria, senza proposta di TSO è il caso che genera maggiori problemi di gestione per il personale medico ed infermieristico del Pronto Soccorso. In particolare, nel nostro Pronto soccorso ove la figura del medico specialista in Psichiatria tenuto a convalidare il dispositivo del TSO ed a prendersi carico del paziente in oggetto si trova in una struttura ospedaliera diversa seppure della stessa Azienda.

In attesa della imminente opera di ristrutturazione del PS, allo stato attuale è stata individuata la stanza colloquio parenti nella pianta catastale quale stanza idonea ai malati psichiatrici in stato di agitazione psico-motoria, poiché è l'unica sala priva di qualsiasi presidio. Qualora essa sia impegnata con pazienti di altra natura (solitamente pazienti con patologie potenzialmente infettive e quindi in isolamento) il paziente è trattato nell'Area Critica.

Procedura: PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI	Rev. 00 del 20/04/2023
Cod. Doc.:901/PDPA/23/04		Pag. 28 di 29

8. VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

Modalità previste per la valutazione dell'applicabilità del PDTA sia dal punto di vista clinico - organizzativo sia per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia.

INDICATORI (VEDI CAPITOLO 8.2)		VALORE ATTESO
A) DISTURBI SCHIZOFRENICI		
<i>Nodo A2 - Gestione Fase Acuta</i>		
	Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione / totale ammissioni per psicosi acuta	20%
	Degenze ospedaliere superiori a 30 giorni / ricoverati per psicosi acuta	20%
	Controllo della glicemia e della iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici / totale ammissioni per psicosi acuta in trattamento psicofarmacologico	90%
B) DISTURBO BIPOLARE		
<i>Nodo B2 - Gestione Fase Acuta</i>		
	Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione / totale ammissioni per disturbo bipolare	30%
	Degenze ospedaliere superiori a 30 giorni / ricoverati per disturbo bipolare	30%
C) DISTURBI DEPRESSIVI		
<i>Nodo C2 - Gestione Fase Acuta</i>		
	Degenze ospedaliere superiori a 30 giorni / totale ricoverati per depressione	30%
	Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione / ammissioni per depressione	20%
D) DISTURBI DELLA PERSONALITA'		
<i>Nodo D2 - Gestione Fase Acuta</i>		
	% dei Pazienti ricoverati in SPDC per disturbo della personalità / totale ricoveri in SPDC	40%
	Numero Ricoveri in regime di TSO per disturbo della personalità / Numero accettazioni per disturbo della personalità	20%
	% Degenze ospedaliere superiori a 30 giorni per disturbo della personalità	10%

Database da creare in base ai dati cartella GIPSE e cartelle cliniche, a cura del medico di PS, del consulente psichiatra e/o del consulente neurologo, con registrazione dell'evoluzione del quadro clinico in base, anche, all'uso di strumenti di valutazione oggettivi come scale di valutazione cognitiva e delle attività quotidiane (MMSE, test neuropsicologici completi, ADL, IADL, scale di valutazione dell'ansia e della depressione).

Procedura: PDTA

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA E/O
DISTURBI COMPORTAMENTALI**

Rev. 00 del
20/04/2023

Cod.
Doc.:901/PDTA/23/04

Pag. 29 di 29

11. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management e la UOSD Organizzazione Sanitaria e Reti;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel PDTA;

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente documento segue la precedente versione redatta e comunicata a giugno 2018 alla luce della determina regionale n° 60331/2018 e che è stata attuata in fase sperimentale come riportato nel precedente documento.

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

13. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Determina Regionale del 18/5/18 n° 60331
Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica
- Accordo Conferenza Unificata del 13/11/2014 del Ministero della salute "DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI DI PERSONALITA'"
- Determinazione regionale n. G16185 del 12/12/2018
- nota dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria, ARES 118 protocollo n. 11514/2021 del 01/06/2021, recante oggetto "Trasmissione materiale nuovo applicativo SIGPL"
- DETERMINA REGIONE LAZIO n G08249 del 24/06/2022