



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**“IL TRIAGE NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE:
ACCERTAMENTO E PRESA IN CARICO DELLE PROBLEMATICHE DI
SALUTE EMERGENTI”**

Relatore: Prof. Liziero Luciano

Laureando: Maso Elettra
(matricola n.: 2023271)

Anno accademico 2022/2023

ABSTRACT

Argomento: Negli ultimi tempi la salute mentale è diventato un argomento sempre più importante nello scenario globale a causa dell'aumento di persone che soffrono di patologie psichiatriche. In questo ambito il primo approccio al paziente è rappresentato dal triage per la salute mentale ed in più parti del mondo sono in uso protocolli standardizzati che favoriscono questa pratica. In Italia, sebbene sia presente la spinta verso l'ottimizzazione dei servizi per la salute mentale, le linee guida nazionali per l'approccio al triage di utenti con disagio o patologie mentali sono carenti.

Obiettivo: Questa ricerca si pone l'obiettivo di valutare la possibilità che l'utilizzo di uno strumento di triage per la salute mentale ed il possesso di competenze infermieristiche specifiche relative a tale triage ottimizzino la suddetta pratica nei Centri di Salute Mentale (CSM).

Metodologia di ricerca: Lo studio è stato svolto tramite una revisione della letteratura scientifica, utilizzando come banche dati PUBMED, Google Scholar e CINAL.

Risultati: In seguito alla ricerca sono stati selezionati 18 studi che trattano di strumenti per il triage per la salute mentale e di competenze specifiche necessarie a tale procedura. Dalla letteratura emerge la necessità dell'utilizzo di strumenti specifici per l'accertamento della salute mentale ed il possesso di competenze infermieristiche specifiche per l'esecuzione di un triage corretto.

Implicazioni: A livello italiano sono necessari ulteriori studi riguardanti lo sviluppo, la validazione e l'efficacia di strumenti di supporto all'accertamento della salute mentale, in linea con quelli sviluppati a livello internazionale; in aggiunta è necessario aumentare le proposte formative per i professionisti nell'ambito del triage.

Conclusioni: Lo studio mette in luce la necessità, a livello italiano, sia di sviluppo di uno strumento per l'accertamento della salute mentale che di ampliamento dell'offerta formativa destinata alla specializzazione in tale ambito.

Parole chiave: Triage, Salute Mentale, CSM, Mental Health Triage, Mental Health Center

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: BACKGROUND.....	5
1.1 Salute mentale e malattia mentale	5
1.2 Il Dipartimento di Salute Mentale in Italia.....	5
1.3 Epidemiologia	7
1.4 I Centri di Salute Mentale.....	9
1.5 Un approccio multidimensionale.....	11
1.6 Il triage	12
1.7 Il triage per la salute mentale in Italia	14
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	17
2.1 Problema.....	17
2.2 Obiettivo	17
2.3 Materiali e metodi	18
CAPITOLO 3: RISULTATI	19
3.1 Risultati della ricerca	19
3.2 Scale per il triage per la salute mentale ospedaliere ed ambulatoriali.....	20
3.3 Triage tramite lettera di riferimento	27
3.4 Triage telefonico per la salute mentale.....	29
3.5 Competenze dell’infermiere di triage per la salute mentale.....	30
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	35
4.1 Analisi Critica.....	35
4.2 Limitazioni	36
4.3 Discussione.....	36
4.4 Implicazioni.....	39
4.5 Conclusioni.....	40

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n.1 - Sintesi della letteratura

Allegato n.2 - Australian Emergency Mental Health Triage

Allegato n.3 - Australasian Triage Scale

Allegato n.4 - Canadian Triage and Acuity Scale

Allegato n.5 - Color-Risk Psychiatric Triage

Allegato n.6 - UK Mental Health Triage Scale

Allegato n.7 - Danish Psychiatric Triage System

Allegato n.8 - Korea Psychiatric Triage Algorithm

Allegato n.9 - Initial Assessment and Referral for mental health care

INTRODUZIONE

Negli anni la tematica della salute mentale nel contesto mondiale ha acquisito una rilevanza sempre maggiore ed anche in Italia i servizi per la salute mentale sono stati oggetto di importanti riforme; tuttavia emergono sempre nuovi ambiti di miglioramento ed uno di questi riguarda il triage per la salute mentale.

Questa revisione di letteratura nasce dall'individuazione di carenze di linee guida Nazionali e condivise riguardanti il triage per la salute mentale ed ha l'obiettivo di analizzare gli adattamenti internazionali riguardanti tale procedura, creando le basi per uno sviluppo verso l'uniformazione dell'approccio a tale accertamento.

L'elaborato al suo interno riporta le varie fasi della ricerca: partendo da una ricerca di background è stata identificata la tematica in questione, sviluppata ed approfondita successivamente sulla base di una necessità rilevata a livello locale.

La parte di ricerca *foreground* viene presentata prima da punto di vista metodologico che ha portato all'identificazione dei 18 studi inclusi nella ricerca ed in seguito esplicitata sulla base dei risultati riguardanti gli strumenti per il triage per la salute mentale e le competenze infermieristiche specifiche necessarie alla pratica.

Sulla base delle conclusioni non è stato identificato un modello specifico tra quelli proposti, ma sono emerse delle informazioni utili alla creazione di linee guida e di offerte formative.

CAPITOLO 1: BACKGROUND

1.1 Salute mentale e malattia mentale

La salute in medicina viene definita come benessere ed equilibrio psico-fisico della persona, tenendo in conto sia gli aspetti fisici e biologici dell'essere umano che la parte psicologica e sociale.

La salute mentale si presenta come uno stato di salute dinamico che può essere o meno in equilibrio; questo tipo di salute, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) (World Health Organization (WHO), 2022), non riguarda solo l'assenza di malattia mentale, ma è uno stato cognitivo ed emotivo di benessere, percepito dal singolo, che permette di trarre piacere dalla vita, di avere un ruolo sociale attivo e di far fronte alle necessità quotidiane.

La salute mentale, a seconda dell'assenza o della presenza di sofferenza mentale, ha quattro diverse manifestazioni: il benessere mentale, il disagio mentale, il disturbo o malattia mentale e il disturbo mentale stabilizzato o a lungo termine.

I disturbi mentali sono intesi come sindromi caratterizzate da alterazioni del pensiero, delle emozioni e/o del comportamento, che rispecchiano un'alterazione o una disfunzione di processi psicologici, biologici o dello sviluppo, che determinano il funzionamento mentale.

Queste disfunzioni sono strettamente correlate a situazioni di sofferenza, difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali o altre attività importanti (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Il Dipartimento di Salute Mentale in Italia

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è organizzato in dipartimenti, nei quali sono integrate unità operative omogenee, affini, complementari e specializzate accomunate da obiettivi di salute; tra questi troviamo il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), previsto dal DPR 07/04/1994, ideato in seguito alla promulgazione della Legge n. 180/1978, grazie al promotore Franco Basaglia, con l'istituzione del quale si

vuole superare l'esclusione sociale causata dallo stigma nei confronti delle malattie mentali e garantire un'assistenza efficace che rispetti la dignità delle persone.

Gli obiettivi del DSM, basati sul DPR 10/11/1999, sono: la promozione e salvaguardia della salute mentale, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei disturbi mentali, la tutela della qualità di vita all'interno di un nucleo familiare e la riduzione dei suicidi (Ciampi *et al.*, 1999).

A livello regionale, in Italia, i DSM operano e sono distribuiti a seconda dei territori definiti da ogni Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (AULSS).

Ogni DSM è caratterizzato da un insieme di strutture che si fanno carico delle domande di cura, assistenza e tutela della salute mentale nel territorio di riferimento e agiscono in maniera trasversale a diverse aree istituzionali tra le quali: i servizi distrettuali, i servizi sociali, il tribunale ed il carcere.

All'interno di ogni AULSS il DSM viene organizzato sulla base delle necessità del territorio di riferimento, mantenendo alla base le indicazioni statali.

Fanno parte del DSM: i Centri di Salute Mentale (CSM), strutture territoriali di primo riferimento per i soggetti che soffrono di disagio e disturbo psichico e che dirigono tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per quanto riguarda la salute mentale a livello territoriale; i Centri Diurni (CD), strutture diurne in cui si attuano interventi terapeutici e riabilitativi nel medio o lungo termine; le Strutture Residenziali (SR), strutture extra-ospedaliere in cui si attuano attività terapeutico-riabilitative indirizzate alla riabilitazione sociale e dell'autonomia del paziente, tra queste troviamo le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP), i Gruppi Appartamento (GA) e le Strutture Residenziali Assistite (SRA), i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), unità ospedaliere in cui si effettuano ricoveri volontari o obbligatori per interventi d'urgenza mirati alla risoluzione di un episodio acuto (Ministero della Salute, 2023).

L'obiettivo del DSM, grazie alle strutture, agli specialisti che ne fanno parte e alle Linee Guida, è garantire agli utenti un'alta Qualità di Vita (QdV), definita dall'OMS come percezione totalitaria che comprende il contesto culturale, il sistema di valori,

gli obiettivi, le aspettative, gli standard e le preoccupazioni, che ha un individuo della propria situazione di vita (World Health Organization, 2023).

La strategia applicata per assicurare questa QdV a livello nazionale è la definizione di diversi percorsi di cura, detti Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), da attivare nei DSM su indicazioni del Ministero della Salute, il quale garantisce così gli standard assistenziali e verifica l'adeguatezza dell'assistenza erogata.

I PDTA sono sviluppati sulla base di evidenze scientifiche e in accordo con le Linee Guida della comunità scientifica per diagnosi frequenti, costose e connesse ad altri rischi, per ottimizzare l'uso delle risorse, migliorare la qualità della cura e ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni (Ministero della Salute, 2014).

1.3 Epidemiologia

Secondo l'analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) raccolti in Italia nel 2021, il tasso standardizzato di utenti che si rivolgono ai servizi per la salute mentale nell'anno in studio ammonta a 158,5 per 10.000 abitanti adulti con alcuni picchi di affluenza in certe regioni, come nel caso della provincia autonoma di Bolzano che registra un tasso standardizzato di 363,2 utenti per 10.000 abitanti adulti. Il totale di assistiti dai servizi di salute mentale nel 2021 in Italia ammonta a 778.737 con utenti maggiormente appartenenti al sesso femminile (53,6%) e sopra i 45 anni (67,3%), categoria d'età che rispecchia l'invecchiamento generale della popolazione, e rispetto al totale 289.871 sono gli utenti che hanno preso contatti con il DSM per la prima volta nella loro vita.

Per quanto riguarda le patologie in Italia nel 2021 quella col tasso più alto è il disturbo depressivo (12,8 casi su 10.000 abitanti), in seguito troviamo le sindromi nevrotiche e somatoformi (8,8 casi su 10.000 abitanti) ed i disturbi schizofrenici ed altre psicosi funzionali (6,5 casi su 10.000 abitanti).

Gli utenti in contatto con strutture territoriali ammontano ad un totale di 736.652 (145,1 su 10.000 abitanti) trattati più frequentemente per: depressione (32,5 per 10.000 abitanti) che aumenta di frequenza con l'età; schizofrenia e psicosi funzionali (31,7 per 10.000 abitanti) con prevalenza maggiore tra gli utenti tra i 45 ed i 65 anni; sindromi nevrotiche e somatoformi (19,7 per 10.000 abitanti) predominanti tra gli

utenti più giovani; mania e disturbi affettivi bipolari (12,4 per 10.000 abitanti) che aumentano progressivamente fino ai 64 anni; disturbi della personalità e del comportamento (11,6 per 10.000 abitanti).

I servizi che il DSM fornisce in maniera personalizzata agli utenti possono essere erogati a domicilio, a livello ambulatoriale, nelle varie strutture facenti parte del DSM ed a livello ospedaliero. Il tasso medio di ricovero registrato nel 2021 nei reparti adibiti al pubblico adulto è pari a 1,6 ricoveri all'anno per 1.000 abitanti, dove il 7% dei ricoveri è rappresentato da Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO). Per quanto riguarda le prestazioni psichiatriche erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza, il numero ammonta 479.276, cioè il 3,3% degli accessi in Pronto Soccorso (PS) a livello nazionale, e di questi il 14,6% si concludono in ricoveri.

Osservando il numero di riammissioni come indice di qualità della presa in carico territoriale dopo la dimissione ospedaliera, è stato registrato che a 7 giorni dalla dimissione post ricovero si ha una media di riammissione pari al 7.7% tra i dimessi totali mentre entro i 30 giorni la media è del 14%; per quanto riguarda gli accessi annuali al pronto soccorso le percentuali di assistiti con doppio accesso oscillano nelle varie regioni dal 3,6% al 10,8% e quelli con 3 accessi sono il 2% (Di Cesare *et al.*, 2021).

Nel 2022 l'OMS ha pubblicato un rapporto informativo secondo il quale la pandemia di COVID-19, in aggiunta a molti altri fattori socio-economici e culturali, ha messo ancora più in crisi la sanità mentale a livello globale, tanto da stimare un aumento del 25% delle patologie riguardanti i disturbi d'ansia e depressione.

Per quanto riguarda la prevalenza delle malattie mentali, lo studio riporta che ansia e depressione sono le più comuni seguite dalla schizofrenia e che il suicidio è identificato come maggiore causa di decesso tra la popolazione giovane con una media globale di una morte per suicidio su 100 morti.

E' dimostrato che i disturbi mentali sono causa di disabilità per i soggetti che ne soffrono, che la malattia più debilitante da questo punto di vista è la schizofrenia (1 caso su 200 individui adulti) e che le patologie mentali gravi, compresa la schizofrenia, riducono l'aspettativa di vita di 10 o 20 anni a causa di sindrome metabolica o altre patologie fisiche prevenibili (World Health Organization, 2022).

Per quanto riguarda la QdV tra i pazienti malati di disturbi psicotici cronici, uno studio condotto all'interno dei CSM in Romania ha dimostrato che è associata negativamente alla severità delle patologie e positivamente alle capacità di funzionamento e alle abilità di adattamento generali, concettuali e sociali (Hurmuz *et al.*, 2022); quindi più è bassa la QdV più è probabile che i soggetti dimostrino deficit o disabilità nei vari ambiti associati.

1.4 I Centri di Salute Mentale

In molti Paesi la normativa prevede la presenza di Centri di Salute Mentale di Comunità, strutture gestite da team multidisciplinari, collegati con le strutture di assistenza primaria, gli ospedali ed organizzazioni al di fuori del settore sanitario.

Sebbene questi Centri abbiano caratteristiche diverse a seconda del Paese, tra gli aspetti che li accomunano troviamo: la gestione di patologie mentali in bambini, adolescenti ed adulti, il trattamento di tali patologie tramite svariati servizi, l'assistenza notturna, la promozione della salute della comunità, il coordinamento dei percorsi di cura e riabilitazione e gli interventi di inclusione sociale e di supporto (World Health Organization, 2022).

I CSM, istituiti in seguito al processo di deistituzionalizzazione avviato dalla Legge n. 180/1978, sono l'adattamento italiano di questi Centri di Salute Mentale di Comunità e rappresentano il primo punto di riferimento per i cittadini con disagio mentale, operando a livello territoriale come punto di ingresso e coordinamento per i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Queste strutture devono garantire prestazioni di accoglienza, analisi e diagnosi all'accesso, di progettazione e attuazione di programmi riabilitativi personalizzati tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e residenziali, di collaborazione e raccordo tra esperti, di consulenza specialistica, di garanzia della continuità terapeutica e di valutazione continua degli interventi messi in atto a scopo di un miglioramento progressivo della qualità dei servizi (Ciampi *et al.*, 1999).

I CSM sono pensati per essere attivi almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana con servizi ambulatoriali e domiciliari, ma a livello nazionale le prestazioni erogate possono variare a seconda delle implementazioni attuate a livello regionale.

Un esempio dell'adattamento delle indicazioni nazionali a livello territoriale sono le riforme attuate in provincia di Trieste nei CSM che, per garantire un miglior servizio al pubblico, vengono aperti 24 ore al giorno 7 giorni su 7, garantendo una *Day-night hospitality* (Mezzina, 2014).

Gli interventi erogati dai CSM sono distinguibili in aree diverse:

- Accoglienza con analisi della domanda e diagnosi, sono attività effettuate all'ingresso per individuare il problema e reindirizzare gli utenti ad un percorso specifico; fanno parte di questa area il triage psichiatrico, l'accertamento infermieristico e la valutazione per una diagnosi psichiatrica.
- Progettazione e attuazione di programmi riabilitativi, si mettono in atto una volta passata la fase acuta e sono curate da un team multidisciplinare composto da infermieri, medici, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari e molte altre figure professionali, al fine di garantire la reintegrazione sociale. Fanno parte di questa area i progetti per il reinserimento lavorativo in collaborazione con aziende e privati e gli interventi a domicilio.
- Collaborazione, raccordo tra esperti e garanzia della continuità terapeutica, che garantiscono la miglior presa in carico possibile dell'utente sia per quanto riguarda l'aspetto della malattia mentale che della sua salute in generale, con lo scopo di risolvere problemi e prevenire ulteriori rischi. In questo ambito troviamo interventi in collaborazione col 118 per situazioni di emergenza e urgenza, l'attività di collegamento con i Medici di Medicina Generale (MMG) e altri medici specialisti.
- Consulenza specialistica, eseguita all'accesso o nel tempo per valutare l'andamento della patologia mentale o dei problemi e rischi riscontrati.
- Miglioramento progressivo della qualità dei servizi, facente parte dell'area di monitoraggio dello stesso CSM ed eseguito sia a livello del territorio

dell'AULSS, che a livello regionale e nazionale per offrire servizi sempre migliori e con efficacia dimostrata.

1.5 Un approccio multidimensionale

I percorsi di cura e riabilitazione programmati all'interno dei CSM sono caratterizzati da un approccio multidimensionale, necessario per la gestione delle varie problematiche e dei deficit causati dalle patologie.

Gli interventi che devono essere erogati appartengono principalmente a due aree:

- Medica, che comprende la programmazione di un piano farmacologico e la cura delle possibili comorbilità e rischi per la salute dell'individuo;
- Psicosociale, nella quale troviamo interventi riguardanti la spiritualità, i servizi sociali, la terapia ricreativa e la salute psicologica, all'interno della quale sono compresi interventi individuali e di gruppo, che servono a lavorare sulla gestione e guarigione della malattia e sulle abilità sociali.

L'approccio multidimensionale implica la necessità dell'istituzione di un team multidisciplinare dal momento che, per far fronte ai vari bisogni assistenziali ed aumentare la QdV, servono professionisti che intervengano in team sulla salute psico-fisica, il livello di indipendenza e soddisfazione, la vita sociale e la modalità di relazione con l'esterno dell'utente.

Per questo motivo all'interno dei CSM lavorano esperti appartenenti a vari gruppi professionali, tra cui medici sia psichiatri che con altre specializzazioni, psicologi, personale infermieristico, Operatori Socio Sanitari, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica ed assistenti sociali, che lavorano tutti in team per progettare ed attuare interventi personalizzati, rispettando le linee guida dei PDTA, per creare un Progetto di Vita unico per ogni utente.

Tutte queste figure professionali, a seconda delle necessità dell'utente, possono prendere la posizione di *Case Manager*, ossia la figura che coordina il progetto di cura e riabilitazione ed il progetto di vita, garantisce la continuità terapeutica e funge da punto di riferimento per l'utente, la famiglia e tutti gli altri professionisti.

1.6 Il triage

Nell'ambito della medicina di emergenza e sulla base della definizione data dall'Accademia della Crusca, la parola triage identifica un processo di accertamento e selezione delle priorità e degli interventi sulla base della gravità delle lesioni e delle malattie ed è identificato in un percorso dinamico che, basandosi su una metodologia scientifica e grazie ad un sistema di codifica, individua il grado di una presunta gravità clinica (Miriam di Carlo, 2020).

Per il Ministero della Salute questo accertamento coincide col momento dell'accoglienza all'interno del pronto soccorso ospedaliero, quando l'infermiere professionista attua una valutazione della situazione clinica degli utenti e dei rischi evolutivi per definire l'ordine di accesso alle cure e ridurre i tempi di attesa a favore di chi necessita assistenza d'urgenza o emergenza.

Questa pratica è stata introdotta ed implementata nel SSN, in seguito ad un aumento degli accessi ospedalieri tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, con lo scopo di regolare il flusso degli utenti in entrata a livello nazionale e gestire la presa in carico degli stessi secondo condizioni di criticità.

L'obiettivo del triage consiste nell'identificare i problemi dei pazienti che richiedono cure immediate e garantire l'immediata attivazione di esse, nell'attribuire un codice di priorità a seconda delle condizioni cliniche e del rischio evolutivo, nell'ottimizzare il processo di cura, sorvegliare e rivalutare le persone in attesa, nel gestire le priorità sulla base delle risorse o delle necessità e nel garantire l'adeguata e continua presa in carico.

Il Ministero della Salute prevede in pronto soccorso un triage bifasico diviso in triage d'accesso, rapido ad elevata sensibilità e sufficiente specificità, ed avanzato, caratterizzato da una seconda valutazione ad elevata specificità.

Il triage d'accesso viene eseguito da un infermiere che, in autonomia professionale, assegna un codice di priorità, associato ad un tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di triage avanzato e trattamento, sulla base del problema principale e del rischio evolutivo.

Dal punto di vista metodologico, questo processo è diviso in quattro fasi:

- Valutazione immediata, caratterizzata dall'osservazione rapida e generale della persona con l'obiettivo di identificare le problematiche che necessitano di intervento immediato;
- Decisione di triage, che consiste nell'assegnazione del codice di triage;
- Valutazione soggettiva e oggettiva, effettuata tramite intervista e rilevazione di segni clinici;
- Rivalutazione, ossia la conferma o modifica del codice di priorità nel tempo.

Per poter eseguire questa procedura il professionista necessita di una formazione specifica, caratterizzata da un corso teorico e da un periodo di affiancamento.

Per quanto riguarda gli utenti con disturbo del comportamento, il triage rappresenta un momento fondamentale per l'attivazione specifica di percorsi dedicati, valutando la gravità sulla base del tipo di esordio, dell'evoluzione nel tempo e del tipo di rapporto tra utente ed ambiente circostante (Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 2019).

È stato dimostrato, da studi sul percorso di cura dei pazienti con patologie mentali, che più della metà dei pazienti recatisi presso i Servizi di Emergenza non ricevono un trattamento appropriato rispetto al loro problema ed è stato concluso, da studi condotti sugli infermieri degli stessi Servizi, che molti professionisti hanno difficoltà nel valutare e curare pazienti con disagio mentale.

Le cause di questi risultati sono state identificate nelle emozioni, credenze, attitudini e comportamenti dei professionisti nei confronti degli utenti e nella loro impreparazione in psichiatria d'urgenza (Büyükbayram and Engin, 2018).

Il triage per la salute mentale nasce con lo scopo di favorire l'accertamento e facilitare la presa in carico di utenti che presentano problemi di natura psichiatrica, i quali si possono presentare in vari stadi di gravità:

- crisi psichiatrica, uno stato di squilibrio psicologico durante il quale l'individuo è incapace di fronteggiare la situazione in cui si trova;
- urgenza psichiatrica, uno stato di acuzie psicopatologica intrinseca;

- emergenza psichiatrica, caratterizzata da circostanze o fattori estrinseci rispetto al soggetto, in cui l'individuo presenta un grave disturbo del pensiero, delle emozioni, del comportamento e/o della percezione.

La caratteristica dei problemi riguardanti la salute mentale è l'eterogeneità dell'eziologia: le urgenze psichiatriche propriamente dette possono essere causate da un esordio di malattia mentale o scatenati da malattie mentali croniche, provocati da disturbi psicosociali da stress o semplicemente da eventi della vita che non si riesce a controllare, ma possono anche svilupparsi in seguito ad abuso di sostanze.

1.7 Il triage per la salute mentale in Italia

Questo tipo di triage, al contrario di quello per le emergenze prettamente fisiche, non ha un modello globalmente riconosciuto come valido e condiviso, ma viene adattato a seconda delle risorse e ai bisogni del territorio.

In certi contesti, dove il raggiungimento dei Servizi per la Salute Mentale non è facilitato al pubblico, viene favorito l'utilizzo di linee telefoniche dedicate all'accertamento ed al triage per la salute mentale, in altri casi sono i medici di medicina generale a fare da tramite con i Servizi per la Salute Mentale ed in altri ancora esistono delle strutture extra-ospedaliere dedicate che gestiscono il flusso di entrata.

Le differenze tra i vari modelli esistenti li rendono appropriati rispetto al loro contesto di utilizzo, tuttavia dalla letteratura scientifica emerge che le soluzioni già validate fungono spesso da spunto per la creazione di altri modelli adattati a contesti diversi.

In Italia il triage per la salute mentale, subendo le influenze della Legge n. 180/1978, è stato reso più accessibile al pubblico tramite la ricollocazione della pratica a livello territoriale all'interno dei CSM, nei quali rappresenta la pratica di eccellenza in accoglienza, sebbene tale procedura possa essere eseguita anche in PS.

Nei CSM sono gli infermieri ad effettuare il triage dell'utente, permettendo una presa in carico efficace e l'attivazione degli interventi più adeguati, che possono essere di tipo collaborativo, anche con il 118, le forze dell'ordine e le SPDC, ma soprattutto ambulatoriali, di day hospital o a domicilio.

Nel sistema di triage del CSM lo scopo è quello della gestione delle problematiche emergenti in maniera personalizzata, rapida ed efficace prevenendo l'ospedalizzazione.

Nella letteratura italiana esiste il Triage Psichiatrico Territoriale, modello sviluppato per far fronte alla necessità di strumenti approvati per garantire uniformità dei servizi, tuttavia in letteratura tale modello manca di studi ed evidenze scientifiche a supporto, oltre al fatto che il suo utilizzo non è condiviso a livello nazionale.

In Italia è presente una situazione di disomogeneità riguardante l'approccio al triage per la salute mentale e mancano delle linee guida condivise.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Problema

Il processo di identificazione del problema si è sviluppato sulla base di un confronto con degli esperti nel settore dei Servizi per la Salute Mentale territoriale, durante il quale è emerso il tema dell'uniformazione del sistema di approccio al triage nei CSM.

La necessità di standardizzare il modello di triage, mantenendolo comunque adeguato alle diverse realtà, è data dalla presenza di diversi stili di approccio ad esso, che variano sia a livello locale che nazionale, dato lo scarso sviluppo di linee guida definite, condivise, con provata efficacia clinica e basate su evidenze scientifiche forti.

In assenza di standard assistenziali nazionali supportati da evidenze forti, si rende necessaria una revisione della letteratura sui modelli di triage per la salute mentale esistenti, sulla loro efficacia nell'accertamento e presa in carico del paziente e sul tipo di competenze necessarie per l'esecuzione di tale valutazione.

2.2 Obiettivo

Tramite il quesito di ricerca si valutano le possibilità che l'utilizzo di uno strumento di triage per la salute mentale, tra quelli testati ed utilizzati a livello internazionale, migliori l'accertamento e la presa in carico del paziente nel contesto dei CSM e che il possesso di competenze infermieristiche specifiche migliori l'esecuzione e l'efficacia di tale procedura.

Il quesito di ricerca utilizzato, che sintetizza in formato PIO l'obiettivo della ricerca, è il seguente:

P: utenti con problemi di salute emergenti che accedono al CSM

I: usare uno strumento di triage per la salute mentale ed avere competenze specifiche

O: migliorare l'accertamento e la presa in carico del paziente nel servizio di triage

2.3 Materiali e metodi

Lo studio è stato impostato secondo il metodo di revisione di letteratura e la ricerca si è svolta all'interno delle banche dati online PUBMED, Google Scholar e CINAL.

Le stringhe di ricerca che hanno prodotto più risultati sono ("Triage"[Mesh]) AND (((("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Centers"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh]) OR "Nurse Clinicians"[Mesh]) OR "Psychiatry"[Mesh]) OR "Emergency Services, Psychiatric"[Mesh]) AND (y_10[Filter]) e (("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields]) AND ("triage"[MeSH Terms] OR "triage"[All Fields] OR "triages"[All Fields] OR "triaged"[All Fields] OR "triaging"[All Fields])) AND (y_10[Filter]) nella banca dati PUBMED.

Le parole chiave cercate nei database sono: Triage, Mental Health Triage, Mental Health Triage Tool, Community Mental Health Center, Community Mental Health Service, Psychiatric Nursing, Nurse Clinician, Psychiatric Emergency Service.

Altri studi sono stati identificati come risultato della ricerca avanzata tramite citazione o similarità di studi precedentemente selezionati.

Gli strumenti per il triage della salute mentale inclusi nella ricerca soddisfano il criterio di scala somministrabile da personale infermieristico che specifichi segni o sintomi di alterazione della salute mentale e proponga una risposta sulla base di essi, applicabile sia a livello intraospedaliero che territoriale.

I criteri di inclusione degli studi sono:

- Articoli o documenti informativi contenenti dati, revisioni di letteratura o studi di validazione riguardanti strumenti di triage per la salute mentale
- Pubblicazione a partire dal 2013 in poi
- Pubblicazione in lingua inglese o italiana

I risultati della ricerca ed i temi principali degli articoli sono riportati nel Capitolo 3.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Risultati della ricerca

Dal processo di ricerca sono emersi 18 studi, presentati in sintesi all'interno dell'Allegato 1, coerenti con l'obiettivo di ricerca ed in possesso dei criteri di eleggibilità selezionati.

Ai fini della ricerca gli studi sono stati suddivisi in: studi a supporto degli strumenti di triage (n=14) ed a supporto delle competenze infermieristiche specifiche (n=4); essi vengono riepilogati rispettivamente all'interno della Tabella I e della Tabella II.

Tabella I- Studi a supporto degli strumenti di triage

Tipo di strumento	Studio
Australian Emergency Mental Health Triage (Vedi Allegato n.2)	<p>“Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients” Downey <i>et al.</i>, 2014</p> <p>“Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients” Downey <i>et al.</i>, 2015</p> <p>“Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey” Büyükbayram Arslan <i>et al.</i>, 2022</p>
Australasian Triage Scale (Vedi Allegato n.3)	“Mental health triage tools: A narrative review” Watson <i>et al.</i> , 2023
Canadian Triage and Acuity Scale (Vedi Allegato n.4)	“Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories” Brown <i>et al.</i> , 2015
Color-Risk Psychiatric Triage (Vedi Allegato n.5)	“Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department” Molina-López <i>et al.</i> , 2016
UK Mental Health Triage Scale (Vedi Allegato n.6)	“Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale” Sands <i>et al.</i> , 2016
Danish Psychiatric Triage System (Vedi Allegato n.7)	“Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study” Sæbye <i>et al.</i> , 2017
Korea Psychiatric Triage Algorithm (Vedi Allegato n.8)	“Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm” Ha <i>et al.</i> , 2021
SCL-6	“A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early adverse outcomes in public mental health settings” Curto <i>et al.</i> , 2018
Initial Assessment and Referral for mental health care (Vedi Allegato n.9)	“PHN Initial Assessment and Referral (IAR) for Mental Healthcare: State of Play Report” Australian Government Department of Health, 2021
Triage telefonico	“Perception of crisis care in population who self-referred to telephone-based mental health triage service” Sands <i>et al.</i> , 2016
Triage tramite lettera di riferimento	<p>“Triage of referrals in a child and adolescent mental health service in Qatar: reducing waiting times and promoting needs-based prioritisation” Khan <i>et al.</i>, 2021</p> <p>“The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage” Nymoer <i>et al.</i>, 2022</p>

Tabella II- Studi a supporto delle competenze infermieristiche specifiche

Competenze	Studio
Triage telefonico	“Identifying the core competencies of mental health telephone triage” Sands <i>et al.</i> , 2013
	“Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency” Sands <i>et al.</i> , 2013
	“Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage” Sands <i>et al.</i> , 2016
Triage in pronto soccorso	“Understanding nurses perspectives of acuity in the process of emergency mental health triage: a qualitative study” Broadbent <i>et al.</i> , 2020

3.2 Scale per il triage per la salute mentale ospedaliera ed ambulatoriali

Con la crescita della necessità di servizi per la salute mentale e l’aumento degli utenti che ne usufruiscono, a livello internazionale sono stati prodotti scale e protocolli di triage in grado di valutare la gravità degli utenti con disagio o malattia mentale, fornire un servizio più efficiente e limitare il numero di utenti “non visti” o valutati sovrastimando o sottostimando la sintomatologia.

Nel 2014 in “**Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients**” Downey *et al.* eseguono uno studio comparativo tra il protocollo Emergency Nurses Association Emergency Severity Triage (ENA-EST) e l’Australian Emergency Mental Health Triage Systems (AEMHTS) su un campione di 100 utenti, confrontando le valutazioni di triage effettuate da infermieri tramite ENA-EST con quelle eseguite dal personale di ricerca tramite AEMHTS.

Dall’analisi risulta che il protocollo ENA-EST ha meno abilità nel distinguere i livelli di urgenza rispetto alla AEMHTS, che al contrario è in grado di rispettare le raccomandazioni riguardanti i tempi di attesa, di determinare i livelli di gravità sulla base dei bisogni assistenziali e di ridurre l’over-triage.

La motivazione dei risultati ottenuti si individua nel fatto che la AEMHTS effettua un accertamento mirato su sintomi manifestati e dichiarati dai pazienti, mentre la ENA-EST si basa sulla valutazione delle funzioni vitali e del rischio evolutivo ma non mirata in ambito di salute mentale. (Downey, Zun and Burke, 2014).

In “**Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories**”, nel 2015, Brown *et al.*, con uno studio descrittivo, testano l’affidabilità intra-operatore e

l'accuratezza della valutazione in urgenza delle linee guida del 2008 della Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).

Allo studio prendono parte 18 infermieri ai quali è stato sottoposto un questionario, contenente 20 scenari basati su situazioni di triage reali selezionati da esperti, dove selezionare un codice di triage utilizzando la CTAS.

Nel 60% dei casi la risposta corretta è associata all'utilizzo dei fattori di correzione di second'ordine del 2008, che aiutano a determinare il grado di rischio dell'utente per il disturbo specifico presentato.

In seguito all'analisi dei dati l'affidabilità intra-operatore è indicata come discreta-moderata, nonostante l'accertata abitudine nell'utilizzo della CTAS e la precedente formazione in triage per la salute mentale, conseguenzialmente viene anche identificata un'aumentata probabilità di sovrastima nell'utilizzo della scala (Brown, Clarke and Spence, 2015).

In **“Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients”**, nel 2015, Downey *et al.* eseguono uno studio comparativo tra la CTAS e la Australian Emergency Mental Health Scale (AEMHS), per testarne le performance e i tempi di attesa.

Nello studio viene analizzato un campione finale di 100 utenti, presentatisi in pronto soccorso con disturbi mentali e valutati prima dall'infermiere del triage con la CTAS e successivamente con l'AEMHS dal personale di ricerca, tenuto all'oscuro degli esiti della prima valutazione.

Dai risultati dello studio emerge la presenza di una relazione positiva tra gradi di priorità assegnati con l'AEMHS e il tempo di attesa per la valutazione, grazie alla struttura stessa della scala, mentre con l'uso della CTAS non vengono rispettati i tempi di attesa raccomandati poiché risente di errori di sovrastima della gravità, causati da criteri di assegnazione che non facilitano l'identificazione della differenza tra sintomi severi e moderati.

Questi dati confermano che la CTAS ha limitazioni nella valutazione degli utenti che presentano disturbi mentali e dimostrano che la AEMHS ha una migliore capacità nella distinzione dei livelli di urgenza ed è in grado di far rispettare le raccomandazioni sul tempo di attesa (Downey, Zun and Burke, 2015).

Lo studio comparativo **“Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey”** di Büyükbayram Arslan *et al.* del 2022 analizza l’efficacia dell’adattamento turco della AEMHS.

Allo studio partecipano 30 infermieri di triage e vengono analizzate le valutazioni di triage di 210 utenti non valutati con l’AEMHS e quelle di 168 utenti valutati in seguito all’introduzione dell’adattamento di tale scala, utilizzando il Mental Status Assessment Form for the Emergency Department ed il Patient Satisfaction Evaluation Form.

In seguito all’introduzione dell’adattamento della AEMHS, le categorie di triage selezionate dagli infermieri risultano più simili a quelle indicate dagli esperti e le necessità assistenziali vengono riconosciute più facilmente, ma i tempi di attesa, sebbene leggermente inferiori, non ottengono il miglioramento previsto.

Dallo studio emerge anche che il personale infermieristico necessita di formazione periodica per garantire un accertamento dei bisogni assistenziali ottimale, dal momento che a soli tre mesi di distanza dalla fine della formazione per il triage per la salute mentale il livello di conoscenze apprese tende a diminuire (Büyükbayram Arslan, Engin and Kıyan, 2022).

Nel mondo sono presenti strumenti di triage per la salute mentale anche meno conosciuti, sviluppati da gruppi di esperti e adattati alle necessità di diversi paesi, che prendono spunto dalla letteratura e da protocolli preesistenti.

In **“Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department”**, nel 2016, il dottor Molina-López *et al.* effettuano uno studio descrittivo e di validazione di uno strumento di triage creato in Messico, il Color-Risk Psychiatric Triage (CRPT); la scala è composta da 32 condizioni ordinate in maniera discendente, alle quali corrisponde un diagramma di flusso con i codici colore/gravità.

Il campione dello studio è di 7.631 utenti recatisi per un’emergenza al Dipartimento di Assistenza Psichiatrica Continua. La validità e l’affidabilità del CRPT sono state

testate su utenti selezionati a random nel campione (n=158), prima confrontando la valutazione dello staff, effettuata con la CRPT, con una valutazione effettuata con la Crisis Triage Rating Scale (CTRS) spagnola e poi confrontando le gli esiti delle valutazioni effettuate con la CRTP dello staff con quelle del personale di ricerca.

Nella fase descrittiva i sintomi del 2,64% degli utenti risultano sottostimati e quelli del 2,21% degli utenti sovrastimati.

Dai risultati emerge una correlazione significativa tra la CRPT e la CTRS, sebbene la seconda valuti meglio le variabili del rischio suicidario, inoltre emerge che il codice colore/gravità della CRPT risulta non riflettere bene l'urgenza della situazione, tanto che lo specificare esattamente qual è il problema in corso risulta più efficace che l'indicare solo il codice della scala (Molina-López *et al.*, 2016).

In **“Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale”**, nel 2016, Sands *et al.* effettuano uno studio descrittivo, di sviluppo e di valutazione dell'affidabilità intra-operatore dello strumento UK Mental Health Triage Scale (UK MHTS).

Tale modello viene sviluppato basandosi sulla scala di triage per la salute mentale australiana ed include delle variabili presenti in un esistente algoritmo gallese di riferimento per la psichiatria per l'età avanzata.

La novità di questo strumento è che le indicazioni di risposta ed azione raccomandate non sono solo rivolte ai servizi di emergenza e urgenza, ma anche ai CSM, per far sì che questo strumento possa essere utilizzato anche a livello territoriale.

L'affidabilità iniziale della scala è testata da 14 esperti a cui è stato sottoposto un questionario, comprendente domande di demografia, scenari di triage e una domanda qualitativa, sulla base dei risultati del quale sono state apportate delle modifiche alla scala iniziale.

Il test di affidabilità dello strumento finale è eseguito tramite un questionario con 21 scenari ipotetici, dove 66 clinici dovevano identificare l'urgenza e selezionare un codice di triage.

I risultati hanno dimostrato un sostanziale livello di affidabilità per quanto riguarda l'assegnazione dei codici da parte dei clinici, sebbene sia stata erogata solo una minima educazione all'utilizzo (Sands, Elsom, Colgate, *et al.*, 2016).

Nello studio descrittivo “**Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study**” del 2017, Sæbye *et al.* verificano la conformità con le raccomandazioni presenti del Danish Psychiatric Triage System (DPTS), valutando in maniera retrospettiva il campione su cui è stata applicato lo strumento di triage.

Lo strumento analizzato si ispira a sistemi già validati ed è utilizzato in Danimarca dal 2011 all’interno delle unità di emergenza psichiatrica.

Il campione analizzato nello studio è di 929 schede di codifica risultate idonee, delle quali 700 riportano i tempi di attesa prima di un contatto medico.

Dall’analisi dei dati l’approccio del DPTS limita la probabilità di sovrastima, facilita la categorizzazione delle urgenze, riduce i tempi di attesa, ottimizza le decisioni cliniche e aumenta la sicurezza per i pazienti e lo staff.

Per questo strumento tuttavia mancano e sarebbero necessari degli studi che confrontino i dati ottenuti con quelli precedenti alla sua introduzione (Sæbye, Høegh and Knop, 2017).

Nello studio descrittivo, di sviluppo e di validazione in “**A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early adverse outcomes in public mental health settings**”, nel 2018, Curto *et al.* realizzano uno strumento psicometrico nello stile di un breve questionario autosomministrato detto SCL-6, derivato dalla Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) ed utilizzabile nei CSM per identificare gli utenti a rischio precoce di eventi avversi ed attuare interventi sicuri ed efficaci in un contesto ambulatoriale, facilitando il processo di triage.

Il campione dello studio è di 832 utenti, che necessitano di interventi urgenti, valutati al tempo zero ed a distanza di 3 mesi, per identificare i soggetti andati incontro ad eventi avversi.

Nella seconda parte dello studio vengono identificati 43 elementi alterati della SCL-90-R con la frequenza più elevata all’interno delle valutazioni dei 32 utenti che hanno sperimentato eventi avversi a 3 mesi; tra questi elementi identificati con i 6 più frequenti, ossia l’elemento 15, 41, 55, 57, 78 e 88, viene creata la SCL-6.

La SCL-6 ha una grande forza predittiva per quanto riguarda l'ospedalizzazione precoce e il tentato suicidio, con valore limite uguale o maggiore a 5,5 e una sensibilità dell'88%; tuttavia la scala creata, rispetto all'obiettivo prefissato, non è propriamente uno strumento di triage, ma risulta comunque utile nell'identificazione dei pazienti a forte rischio evolutivo durante il triage (Curto *et al.*, 2018).

In **“Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm”**, nel 2021, Ha, Jang e An hanno effettuato uno studio descrittivo, di sviluppo e validazione del Korea Psychiatric Triage Algorithm (KPTA).

Il KPTA è ideato sulla base della letteratura e delle opinioni degli infermieri riguardanti l'utilità, l'adeguatezza e la convenienza dell'algoritmo; tale modello tiene conto di sintomi di disfunzione sociali come: ostilità, agitazione, disturbi del pensiero, sintomi positivi della schizofrenia, sospettosità e irritabilità, ridotto funzionamento sociale.

La validità dell'algoritmo finale viene valutata tramite un questionario di 30 domande, sottoposto a 37 infermieri con esperienza nella valutazione di problemi psichiatrici in PS; lo stesso successivamente è stato sottoposto ad un ulteriore test per determinare la difficoltà nell'applicazione sui pazienti.

Dai dati dello studio emerge che, secondo il personale infermieristico, l'algoritmo è di facile comprensione e aiuta nella risoluzione dei problemi, fornendo una visione coerente ed unificata, anche se la selezione del codice di gravità varia a seconda delle competenze individuali.

I dati della valutazione costo-efficacia ottengono i punteggi bassi e la causa è ritenuta essere la mancata familiarità con lo strumento, che porta gli infermieri a utilizzare più tempo per prendere delle decisioni (Ha, Jang and An, 2021).

Nel rapporto informativo **"PHN Initial Assessment and Referral (IAR) for Mental Healthcare: State of Play Report"** del 2021 l'Australian Government Department of Health, in mancanza di studi d'efficacia ed efficienza, raccoglie dati qualitativi riguardanti l'Initial Assessment and Referral Decision Support Tool (IAR DST).

La raccolta dati ha lo scopo di effettuare un sondaggio nazionale delle reti di sanità primaria per ottenere un feedback riguardo all'implementazione, utilizzo e

miglioramento del IAR DST, protocollo di triage per la salute mentale pensato per un setting ambulatoriale, che valuta sia i domini riguardanti la gravità dei sintomi, il rischio ed il funzionamento, ma anche la storia medica, i fattori di stress sociali, il supporto ricevuto quotidianamente e la partecipazione nel trattamento.

La raccolta dati avviene tramite un questionario sottoposto sotto forma di intervista telefonica, rivolto alle 31 Reti Sanitarie Primarie del territorio e dei quali solo 26 hanno risposto.

Secondo le reti di sanità primaria lo strumento necessita di ulteriori miglioramenti e aggiornamenti, ma come procedura di accettazione standardizzata supporta già in maniera efficace le decisioni degli infermieri e permette un utilizzo ottimale dei servizi.

Per gli infermieri addestrati lo strumento è chiaro, facile da utilizzare, riconosce l'individualità di ogni utente, permette di dare un giudizio clinico ed è appropriato nei diversi settori (Australian Government Department of Health, 2021).

Nella revisione di letteratura in “**Mental health triage tools: A narrative review**” del 2023 Watson *et al.* riassumono la letteratura presente, descrivendo gli strumenti disponibili con relativa efficacia, valutando le applicazioni cliniche e l'impatto del loro uso e mettendo in confronto i punti di forza e quelli di debolezza dei protocolli.

Gli articoli analizzati idonei allo studio sono 57, divisi a seconda dell'ambiente per il quale è pensato il protocollo in settore di emergenza, di ambulatorio e di degenza.

Per il settore dell'emergenza esistono vari strumenti validati e utilizzati nel mondo e dalla comparazione emerge che la Australasian Triage Scale nel Emergency Triage Education Kit (ETEK ATS) ha alla base la forza di evidenze più alta ed è quindi da preferire rispetto agli altri.

Gli strumenti ad uso ambulatoriale inclusi nella ricerca sono in numero inferiore rispetto ai precedenti e di più recente sviluppo; tuttavia, sebbene siano utilizzati, nessuno è fortemente consigliato a causa di mancanza di evidenze forti.

Ad ogni modo, tra gli strumenti ambulatoriali, quello più promettente è la Initial Assessment and Referral (IAR), che rappresenta il primo strumento ambulatoriale di triage che offre indicazioni per la valutazione clinica su vari livelli di assistenza, analizzando i sintomi primari come la gravità, i rischi, il funzionamento e l'impatto

delle comorbidità, ed il contesto, ossia la storia medica e farmacologica, gli *stressors* sociali, il supporto presente e la partecipazione dell'utente.

Per gli strumenti a livello ambulatoriale mancano evidenze riguardanti l'affidabilità ed i benefici rispetto agli strumenti utilizzati nei contesti d'urgenza e per questo non è supportato l'uso di nessun tipo di strumento in particolare.

L'utilizzo di strumenti per il triage per la salute mentale in ambienti diversi da quelli precedenti non è supportata da evidenze scientifiche.

In conclusione la ETEK ATS è identificata come migliore protocollo in ambito di emergenza e sono necessarie la ricerca e lo sviluppo di strumenti ambulatoriali, di comunità e per le cure primarie (Watson *et al.*, 2023).

3.3 Triage tramite lettera di riferimento

Oltre agli strumenti basati su un algoritmo applicabile al primo contatto con l'utente, esiste un metodo di accertamento e presa in carico in cui il triage del paziente viene eseguito sulla base di una prescrizione del medico di medicina generale o di altri servizi di assistenza sanitaria; la prescrizione deve contenere una lettera di riferimento che riporta i dati del paziente e le motivazioni per le quali è stato indirizzato alle cure specialistiche del servizio di salute mentale.

In **“Triage of referrals in a child and adolescent mental health service in Qatar: reducing waiting times and promoting needs-based prioritisation”** nel 2021 Khan *et al.* con uno studio comparativo testano l'efficacia del triage con lettera di riferimento.

All'interno del Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) in Qatar, nel 2019, è stato modificato il metodo di accesso passando dalla sola valutazione delle lettere di riferimento ad un triage infermieristico o in team della lettera di riferimento, con l'implemento di informazioni ottenute tramite il contatto col medico di riferimento e/o il paziente.

Lo strumento di triage utilizzato si basa su algoritmi preesistenti e il personale è addestrato per migliorare le capacità di ottenere informazioni e per effettuare una valutazione completa ed approfondita dei fattori di rischio.

I campioni risultati idonei al confronto sono di 139 valutazioni, non effettuate col nuovo tipo di triage, per il 2018 e 116 valutazioni per il 2019, anno di implementazione del nuovo sistema.

Nelle valutazioni del 2019 si registra una riduzione delle richieste di assistenza classificate come urgenti e di queste la maggior parte è sottoposta a screening tramite contatto col paziente. Il nuovo modello è in grado di identificare le prescrizioni senza un razionale clinico che giustifichi la richiesta di urgenza e può identificare richieste che in realtà possiedono le caratteristiche per essere classificate come di urgenza ma non classificate come tali, inoltre migliora la compliance nel rispetto dei tempi e degli appuntamenti ed identifica correttamente il professionista più adatto alla situazione. In questo processo l'infermiere specializzato gioca un ruolo cruciale e lavora in maniera ottimale con il team multidisciplinare (Khan *et al.*, 2021).

Nello studio comparativo **“The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage”** del 2022 Nymoer *et al.* testano il grado di corrispondenza tra le decisioni di triage effettuate sulle lettere di riferimento e quelle basate sulla consultazione del paziente e valuta se la qualità delle lettere di riferimento ha un'incidenza sul triage.

Lo studio, svolto in Norvegia, include un campione di 264 pazienti, indirizzati dal medico di base all'assistenza specialistica per la salute mentale, per ognuno dei quali è stato effettuato prima un triage basato sulle informazioni della lettera di riferimento e poi un consulto di persona; a questa analisi è stata affiancata la valutazione della qualità delle lettere di riferimento utilizzando la Quality of Referral information-Mental Health checklist.

Dai risultati emerge che nel 27% dei casi il consulto dell'utente produce una decisione di triage con priorità più alta di quella assegnata tramite lettera di riferimento e nel 19% dei casi una priorità più bassa, per un totale del 46% di errore.

Nel gruppo la cui priorità risulta sovrastimata, meno del 50% di lettere di riferimento vengono definite di alta qualità, mentre nel gruppo in cui la priorità è sottostimata dal 60% al 80% delle lettere di riferimento viene identificata come di alta qualità.

Il triage tramite lettera di riferimento in sostanza produce un errore non trascurabile rispetto al consulto diretto con l'utente e secondo gli studiosi migliorare la qualità delle lettere di riferimento potrebbe ridurre la probabilità di errore (Nymoer *et al.*, 2022).

3.4 Triage telefonico per la salute mentale

Andando oltre al problema della fisicità e sfruttando la tecnologia, nasce il triage telefonico a distanza, affermatosi fortemente negli ultimi anni in conseguenza alla pandemia di COVID-19.

Gli obiettivi di questo tipo di triage sono effettuare una valutazione, fornire consulenza e supporto, effettuare un trattamento precoce e fornire percorsi di assistenza ad utenti che necessitano assistenza per disturbi mentali tramite telefonate, video-call e messaggi.

Nel 2016 in **“Perception of crisis care in population who self-referred to telephone-based mental health triage service”** Sands *et al.*, con uno studio osservazionale, indagano la percezione che gli utenti hanno del servizio *telephone-based* di Mental Health Triage Service (MHTS), utilizzando i parametri di qualità dell'OMS e ottenendo un feedback riguardante l'esperienza telefonica.

Lo studio è condotto tramite un'intervista telefonica, utilizzando l'Elom's Telephone Survey Tool.

Il campione selezionato è di 75 utenti, che hanno contattato il servizio per problemi mentali, ma solo l'85% dei partecipanti (n=64) fornisce un feedback qualitativo.

Dai risultati emerge che gli utenti traggono beneficio dalla facilità di accesso alla linea, tuttavia i ritardi e le attese che si possono creare arrecano disagio, in quanto col passare del tempo la crisi può evolvere, causando il deterioramento dello stato mentale.

Il MHTS telefonico, secondo diversi utenti, è in grado di fronteggiare in modo eccellente le situazioni di crisi, ciò nonostante talvolta si verificano divari tra utente ed operatore dovuti alla percezione della crisi, che secondo gli utenti viene sottostimata, sebbene all'operatore non risulti 'significativa' per i criteri di severità ed acuzie.

Sebbene il servizio offra strategie di coping, opzioni e consigli utili, l'essere posti davanti ad opzioni in un momento di scompenso per certi utenti risulta difficile e deteriorante, non avendo essi l'abilità nel momento di prendere decisioni.

L'attenzione alla cura e alla non stigmatizzazione in certi casi sono state definite come insufficienti, insieme all'ascolto attivo, alla buona comunicazione, al processo decisionale condiviso ed ai consigli sull'assunzione di medicine per la risoluzione della crisi, questi ultimi definiti anche come erronei e svalutativi della situazione.

In generale il servizio è identificato come utile alla risoluzione delle situazioni ed importante nella prevenzione dell'ospedalizzazione, ma necessita di migliorie per soddisfare il pubblico (Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson and Thomas, 2016).

3.5 Competenze dell'infermiere di triage per la salute mentale

Indipendentemente dal tipo di strumento utilizzato esistono delle competenze specifiche che l'infermiere di triage per la salute mentale deve avere.

Nello studio osservazionale in "**Identifying the core competencies of mental health telephone triage**" nel 2013 Sands *et al.* indagano quali sono i compiti chiave, le abilità e le conoscenze necessarie per eseguire un accertamento e trovare una soluzione in maniera sicura ed efficace.

Nella prima fase dello studio viene testata la concordanza tra valutazioni di diversi operatori della Mental Health Triage Scale, che è risultata avere un accordo discreto da migliorare.

Nella seconda fase il MHTT Competencies Observational Tool viene utilizzato per analizzare le competenze di 18 operatori, di cui 16 infermieri e 2 assistenti sociali, in 197 chiamate, 70 delle quali richiedevano una valutazione psichiatrica.

Le competenze specifiche identificate per ogni fase sono:

- Apertura della chiamata, l'operatore deve introdurre sé stesso, instaurare un rapporto, raccogliere informazioni demografiche e confermare la necessità di assistenza da parte dei servizi di salute mentale, incoraggiando l'utente a descrivere la situazione;
- Valutazione dello stato mentale, nella quale bisogna determinare la priorità del problema tramite una valutazione più specifica del quadro clinico, indagando la durata del problema, l'umore, il comportamento, il contenuto dei pensieri, la capacità di giudizio, l'introspezione, la presenza di supporto sociale, la terapia

in atto e l'anamnesi psichiatrica, facendo attenzione a storia di abuso di alcol o sostanze e di autolesionismo o tentato suicidio;

- Valutazione del rischio evolutivo, dove principalmente si indagano i rischi di autolesionismo, suicidio, deterioramento mentale e danno a terzi;
- Pianificazione/attuazione di interventi, che prevede la decisione del grado di priorità, la discussione con l'utente delle possibilità, la scelta dell'intervento più adatto e la sua attuazione, confrontandosi anche con i colleghi;
- Chiusura della chiamata, nella quale viene riassunto il problema, confermata la comprensione della situazione e delle disposizioni e chiusa la chiamata;
- Segnalazione e riferimento delle informazioni;
- Documentazione della chiamata, fase importantissima che spesso viene saltata per il grosso volume di telefonate in entrata.

Oltre a queste capacità vengono identificate come necessarie anche la capacità comunicativa e di attuazione di approcci terapeutici, la conoscenza dei medicinali, delle risorse territoriali di comunità e dei problemi legati correlati ad alcol, sostanze e comorbidità, la capacità di gestione del tempo, delle risorse e degli utenti difficili, l'abilità nella negoziazione con altri servizi e le conoscenze specifiche per fasce d'età e la legge (Sands, Elsom, Gerdtz, *et al.*, 2013).

In **“Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency”** nel 2013 Sands *et al.* analizzano in un'indagine osservazionale come infermieri e assistenti sociali del servizio di Mental Health Telephone Triage (MHTT) si occupano degli utenti.

Il campione osservato è di 70 telefonate di utenti risultate eleggibili, nelle quali uno dei 18 operatori partecipanti allo studio ha effettuato un accertamento e degli interventi. I dati sono raccolti tramite uno strumento di osservazione a 58 elementi compilato da un terzo ascoltatore.

L'intervento osservato in maniera più frequente nei casi di crisi psichiatrica è il *Supportive Crisis Counselling*, un intervento rapido, caratterizzato da ascolto attivo, dimostrazione di empatia, assistenza dell'utente nell'esplorazione delle opzioni, rassicurazione, incoraggiamento e supporto, informazione e consiglio, che da solo

riduce l'angoscia dell'utente tanto da non necessitare di ulteriori interventi e che è rivolto sia a utenti in crisi che ai loro familiari.

Per quanto riguarda l'emergenza psichiatrica la tecnica più osservata è la *De-escalation* che serve a garantire la sicurezza dell'utente e/o chi si trova vicino a lui e a stabilizzare la situazione.

Gli operatori inoltre valutano la necessità di supporto per i familiari e quella di ospedalizzazione, cercando di prevenirla ove possibile.

Il servizio di MHTT dai dati risulta efficace nel limitare i trattamenti coercitivi tramite l'identificazione precoce di segni e sintomi e la stabilizzazione immediata delle crisi ed emergenze e garantisce un'assistenza di alto livello per le emergenze di salute mentale (Sands, Elsom, Marangu, *et al.*, 2013).

Nel 2016 in **“Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage”** Sands *et al.*, con uno studio descrittivo, di sviluppo e di validazione, realizzano il Mental Health Triage Competency Assesment Tool (MHTT-CAT).

Il MHTT-CAT è un programma digitale interattivo progettato per supportare la formazione dei professionisti e la valutazione delle competenze in triage telefonico, suggerendo aree di valutazione rilevanti non considerate per il problema evidenziato. Lo studio si divide in una fase di revisione da parte di esperti e modifica del prototipo del MHTT-CAT ed in una fase di trial clinico sullo strumento finale per valutarne la validità e l'usabilità.

Nel trial clinico il MHTT-CAT viene testato su 165 valutazioni di triage reali da 28 professionisti che utilizzando la Mental Health Triage Scale assegnano dei codici di priorità.

Dai dati emerge che di 8 competenze standard testate 7 (apertura della chiamata, accertamento dello stato mentale, valutazione del rischio, pianificazione ed azione, chiusura della chiamata, refertazione, rapporto e documentazione) vengono usate più frequentemente, mentre la competenza nell'utilizzo di elementi di screening per la salute mentale per giovani ed anziani vengono applicati solo nel 1,1% dei casi, data la presenza di linee dedicate.

Nello studio vengono rilevate mancanze come l'assenza di strumenti per lo screening per l'abuso di sostanze, implementate in seguito.

Il MHTT-CAT risulta uno strumento efficace e accettabile con benefici nell'istruzione degli specialisti, inoltre per la possibilità di utilizzo 24/7 e il fatto che richiede solo due operatori riuscirebbe a ridurre i costi rispetto al metodo tradizione (Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson, King, *et al.*, 2016).

In **“Understanding nurses perspectives of acuity in the process of emergency mental health triage: a qualitative study”** Broadbent *et al.*, 2020 con uno studio osservazionale analizzano i fattori che influenzano gli infermieri di triage di emergenza nell'accertamento e nella risposta clinica rispetto agli infermieri di triage per la salute mentale.

Allo studio partecipano 28 infermieri del triage del pronto soccorso e 7 infermieri del triage per la salute mentale grazie ai quali vengono raccolti dati sul campo di lavoro e tramite interviste individuali e di gruppo.

Dallo studio emergono differenze di approccio al paziente con problematiche di salute mentale dovute principalmente alla formazione differente.

Lo staff del pronto soccorso si affida totalmente alla Emergency Mental Health Triage Scale e manca delle conoscenze necessarie per raccogliere dati necessari per una valutazione ottimale, non avendo inoltre il tempo necessario per un corretto accertamento a causa dei ritmi di lavoro in pronto soccorso.

Gli infermieri di triage per la salute mentale riscontrano una mancanza di dettagli nelle consegne ricevute dal personale del pronto soccorso per la presa in carico degli utenti e spesso cambiano la valutazione di triage iniziale, sulla base di una scala differente e del loro giudizio clinico (Broadbent, Moxham and Dwyer, 2020).

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Analisi Critica

Tutti gli studi analizzati, pur essendo disomogenei nel tipo di approccio al paziente, concordano nella necessità dell'utilizzo di strumenti specifici per l'accertamento della salute mentale, supportando questa opinione con evidenze scientifiche riportate al loro interno o testate nella ricerca stessa (Downey, Zun and Burke, 2014).

La garanzia di appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi è un obiettivo comune a tutti gli studi; tali caratteristiche vengono prese in esame all'interno degli stessi oppure segnalate nelle considerazioni conclusive, implicando la necessità di ulteriori ricerche su tali tematiche (Watson *et al.*, 2023).

L'approccio al triage per la salute mentale è vario: il triage territoriale è favorito dove i servizi sono decentrati rispetto alle strutture ospedaliere (Sands, Elsom, Colgate, *et al.*, 2016; Sæbye, Høegh and Knop, 2017; Curto *et al.*, 2018; Khan *et al.*, 2021; Nymoén *et al.*, 2022) come in Europa, mentre nei territori in cui il sistema è ancora centralizzato, come in Australia, vengono promossi parallelamente il triage in reparti di emergenza e le linee telefoniche di triage (Downey, Zun and Burke, 2014, 2015; Brown, Clarke and Spence, 2015; Molina-López *et al.*, 2016; Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson and Thomas, 2016; Ha, Jang and An, 2021; Büyükbayram Arslan, Engin and Kıyan, 2022); tuttavia negli ultimi anni è stata riscontrata la necessità di rendere più accessibili i servizi per la salute mentale anche a livello territoriale pure in territori come quelli australiani (Australian Government Department of Health, 2021).

Pur tenendo conto della difficoltà di paragonare la formazione professionale offerta dai vari Paesi a causa delle differenze tra sistemi educativi e pur riscontrando che negli studi manchi menzione specifica riguardo alla formazione del professionista nel triage per la salute mentale, risulta come i campioni di infermieri presi in osservazione, nella maggior parte dei casi, siano accomunati dalla precedente acquisizione di esperienza nell'ambito della salute mentale e laddove manchi ne venga specificata la necessità di apprendimento.

L'ambito dell'istruzione viene toccato principalmente negli studi a supporto delle competenze specifiche, che risultano acquisibili solo tramite una formazione successiva a quella di base e specialistica nel campo della salute mentale, trattandosi di conoscenze particolari e specifiche del settore, non sviluppate dai colleghi non specializzati o specializzati in altri ambiti (Sands, Elsom, Gerdtz, *et al.*, 2013; Sands, Elsom, Marangu, *et al.*, 2013; Sands, Elsom, Keppich-Arnold, Henderson, King, *et al.*, 2016; Broadbent, Moxham and Dwyer, 2020).

4.2 Limitazioni

La mancata inclusione nella ricerca di tutti gli strumenti di triage su cui non siano state effettuate ricerche dopo il 2013 esclude la possibilità di identificare modelli validi precedenti, anche se in parte la revisione di letteratura inclusa nella ricerca sopperisce a questa mancanza, data la dettagliata analisi della letteratura.

Per quanto riguarda la letteratura proveniente dall'Italia, la scarsità di documenti non permette il confronto o l'analisi del modello di triage per la salute mentale, nonostante esista prova di interessamento nell'ambito.

Il CSM Italiano non trova un corrispettivo identico a livello globale, pertanto non è possibile identificare un modello trasponibile direttamente all'interno dei nostri CSM tra quelli inseriti nella ricerca.

Si deve anche considerare che, essendo gli strumenti eterogenei e sviluppati sulla base delle necessità del proprio sistema sanitario, solo i concetti di base possono essere riconosciuti come condivisibili ed utilizzabili per la creazione di un modello solido, coeso ed appropriato in Italia.

4.3 Discussione

A livello europeo è riconosciuto che l'utilizzo di un sistema di triage per la salute mentale sia associato ad un ridotto tasso di occupazione dei posti letto nei reparti ospedalieri, ad un minor numero di giorni di ricovero e una dimissione più rapida; grazie alla collaborazione multidisciplinare è possibile pensare al piano terapeutico in maniera condivisa ed indirizzare precocemente gli utenti alle comunità o al trattamento domiciliare (Costa, Salimkumar and Chivers, 2022).

I vari strumenti analizzati sono sviluppati per adattarsi al contesto del sistema sanitario locale e per questo è difficile trovare uno strumento applicabile nel nostro Territorio che non necessiti di modifiche.

Gli elementi che supportano la necessità e l'importanza di strumenti di triage definiti dalla normativa emergono dai vari studi analizzati: tramite strumenti creati *ad hoc* per utenti che soffrono di disagio o patologie mentali aumenta la sicurezza della pratica del triage, si facilita la differenziazione del grado di acuzie dei sintomi, incrementa l'affidabilità della classificazione dell'urgenza e migliora la comunicazione tra professionisti oltre che la presa in carico dell'utente.

In aggiunta a tali benefici c'è anche la diminuzione dei tempi d'attesa, un miglior uso delle risorse e dei migliori risultati nella risposta ai bisogni del pubblico.

Questi strumenti, influenzando il modo in cui viene effettuato il triage in maniera positiva, aumentano la porzione di utenti che ricevono una valutazione appropriata della loro situazione (Tanner, Cassidy and O'Sullivan, 2014), permettendo un'attivazione di interventi e servizi più adeguata.

La revisione di letteratura di Watson *et al.* (2023), in cui vengono analizzati gli studi eseguiti dal 1990 al 2021 riguardanti gli strumenti di triage per la salute mentale, rappresenta un documento fondamentale ai fini di questa ricerca dal momento che fornisce una visione globale delle soluzioni sviluppate per far fronte alla sempre crescente domanda riguardante il settore della salute mentale.

Sebbene non analizzi in maniera specifica tutti i tipi di triage per la salute mentale, come quelli telefonici e sulla base della lettera di riferimento, individua nel ETEK-ATS lo strumento con forza di evidenze più alta tra quelli per il *setting* di emergenza e per quanto riguarda gli strumenti ambulatoriali, sebbene non riscontri la presenza forti evidenze nell'utilizzo, identifica come promettente l'IAR-DST, pur necessitando entrambi di ulteriori studi.

Sulla base dell'analisi, il *gold standard* per il triage per la salute mentale è rappresentato da strumenti applicabili durante il colloquio diretto con l'utente o con chi lo assiste, poiché nel passaggio di consegne ricevute da terzi, siano essi medici di medicina generale o colleghi infermieri non specializzati, la descrizione spesso non corrisponde alla situazione reale oppure mancano di elementi necessari alla valutazione della gravità.

La caratteristica comune alla maggior parte degli strumenti di triage presi in considerazione, che porta ad esiti migliori, è l'associazione della descrizione dei sintomi più comunemente osservati al codice di priorità; questa modalità aiuta gli operatori nella valutazione della situazione osservata e diminuisce la probabilità di errore di sottostima o sovrastima dell'urgenza.

La capacità di associare facilmente ad un rapido accertamento infermieristico una risposta sulla base della gravità presuppone che ci siano le competenze specifiche per tale ragionamento.

Da indagini statistiche riguardanti gli infermieri di triage del pronto soccorso emerge come questi non si sentano adeguatamente preparati alla gestione di pazienti con problematiche legate alla salute mentale e come alcuni auspichino alla collaborazione con i reparti dedicati alla psichiatria o ad una gestione di tipo territoriale di questo tipo di problematiche. Secondo tali fonti in Italia persiste la necessità di uniformare il metodo di approccio per questo tipo di utenza e di creare aree specifiche destinate all'accertamento e presa in carico (Alupului, 2020).

Per rispondere al meglio al fabbisogno dell'utenza, gli strumenti di triage non bastano e devono essere affiancati, indipendentemente dal *setting* d'uso per cui sono stati sviluppati, a competenze infermieristiche specifiche per il settore della salute mentale, descritte negli studi riportati.

Le competenze a cui ci si è già riferiti in precedenza riguardano principalmente la gestione del primo contatto con l'utente, l'accertamento dello stato mentale e dei rischi associati, la pianificazione degli interventi e la chiusura del triage; queste, per garantire

un servizio ottimale, è necessario debbano far parte del bagaglio formativo degli specialisti e possano essere valutate tramite test di apprendimento.

Le lacune in materia di salute mentale e di triage riferito a tale ambito, come esplicitato nei risultati, portano ad avere poca confidenza con il tipo di utente, causando valutazioni erranee per sottostima e sovrastima.

In Italia le capacità identificate come necessarie per la procedura presa in osservazione, sulla base dei risultati degli studi, non corrispondono agli obiettivi formativi della laurea triennale in infermieristica, tuttavia possono essere acquisite tramite una formazione di secondo livello e corsi specifici.

4.4 Implicazioni

Gli strumenti per il triage per la salute mentale, sulla base delle informazioni raccolte, sono una risorsa fondamentale per livellare le modalità di approccio con l'utente che lamenta disagio o malattia mentale, aumentando l'efficienza dei servizi, limitando gli errori di categorizzazione dell'urgenza ed assicurando un trattamento adeguato alla gravità della situazione.

Sulla base dell'importanza riguardante l'ottimizzazione dei servizi per la salute mentale, sono necessari ulteriori studi riguardanti lo sviluppo, la validazione e l'efficacia sul territorio italiano di questo tipo di strumenti, che hanno ormai dimostrato la propria efficacia non solo in questo ma anche in altri ambiti.

La sola ideazione di uno strumento per il triage non è sufficiente all'ottimizzazione del servizio dal momento che la valutazione effettuata risente di errori qualora manchino le competenze specifiche per l'accertamento dell'utente in salute mentale, quindi è necessario per il professionista potenziare le conoscenze specifiche dell'area prima di accedere all'attività di triage.

Il potenziamento delle conoscenze e competenze in area di salute mentale, sulla base del sistema di formazione italiano, può avvenire solamente in seguito all'ottenimento del titolo di laurea in Infermieristica, tuttavia in Italia l'offerta formativa successiva alla laurea triennale e specifica per tale ambito è ridotta.

Per ottenere professionisti abili nel triage per la salute mentale, oltre all'uniformazione degli strumenti di approccio, è necessario incrementare ed aggiornare i corsi di master,

considerando la possibilità di inserire al loro interno di un corso riguardante il triage, ed implementare la formazione nei contesti aziendali tramite corsi di formazione specifica riguardanti il triage per la salute mentale.

Un'ipotesi dei campi da approfondire all'interno dei corsi di formazione sulla base delle competenze infermieristiche identificate come necessarie al triage si trova nella Tabella III.

Tabella III – Campi di approfondimento per la formazione infermieristica specifica

Letteratura a supporto	Campi di approfondimento
“Identifying the core competencies of mental health telephone triage” Sands <i>et al.</i> , 2013	Accertamento dello stato mentale Valutazione del rischio evolutivo Metodo di attuazione di tecniche ed interventi specifici Conoscenza farmaceutica specifica Conoscenza del DSM e delle risorse Conoscenza in medicina di salute mentale Capacità comunicative e gestionali specifiche Conoscenza in ambito legale
“Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency” Sands <i>et al.</i> , 2013	Metodo di attuazione di tecniche ed interventi specifici
“Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage” Sands <i>et al.</i> , 2016	Accertamento dello stato mentale Valutazione del rischio evolutivo Capacità di pianificazione ed attuazione di interventi

Le conoscenze specifiche, inserite nel contesto dei CSM, in una situazione di collaborazione potrebbero sicuramente risultare fonte di beneficio per tutti i professionisti del gruppo di lavoro.

Un campo in cui sono necessari ulteriori studi è la collaborazione specifica con la figura del Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), cui competono tra le varie mansioni anche la valutazione dell'utente in ambito di salute mentale e l'attuazione di interventi terapeutici; l'affiancamento di professionisti specializzati si suppone possa garantire l'esecuzione di una valutazione di triage completa ed accurata dei problemi dell'utente ed una presa in carico che comprenda non solo il piano di intervento immediato, ma anche il piano riabilitativo ideato sulla base delle necessità e capacità dell'utente.

4.5 Conclusioni

Lo studio pone le basi per ricerche future riguardo lo sviluppo, in Italia, di uno strumento di triage per la salute mentale che porti a risultati migliori nell'accertamento

delle urgenze ed emergenze, nella presa in carico del paziente e che permetta di ridurre i tempi di attesa, di identificare più velocemente il grado di acuzie della situazione e di erogare l'assistenza più adeguata al problema in atto, pur lasciando spazio al giudizio del professionista.

Sebbene vengano identificati sia strumenti che presentino già forti evidenze scientifiche alla base, quali l'ETEK-ATS ed il AEMHT, sia altri di più recente sviluppo, come l'IAR-DST, la possibilità della loro applicazione a livello territoriale potrà essere considerata solo successivamente all'esecuzione di studi di adattamento sulla base delle caratteristiche del SSN italiano e di valutazione e validazione.

La necessità di ampliare l'offerta formativa destinata al professionista interessato alla specializzazione in ambito di salute mentale è un argomento di forte rilievo, soprattutto per quanto riguarda il territorio italiano in cui la specializzazione degli infermieri professionisti comincia a pesare a livello lavorativo: l'implementazione di master e l'istituzione di corsi sia di alta formazione che di formazione aziendale è fondamentale sul piano dello sviluppo della professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

Alupului, E.B. (2020) *La gestione del paziente psichiatrico in pronto soccorso: criticità e profili innovativi*. Laurea in Infermieristica. Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12075/6614>.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Australian Government Department of Health (2021) 'PHN Initial Assessment and Referral (IAR) for Mental Healthcare: State of Play Report'. Australian Government Department of Health. Available at: <https://www.wqphn.com.au/uploads/documents/Mental%20Health%20IAR/National%20IAR%20State%20of%20Play%20Report%202020%20Final.pdf>.

Broadbent, M., Moxham, L. and Dwyer, T. (2020) 'Understanding nurses perspectives of acuity in the process of emergency mental health triage: a qualitative study', *Contemporary Nurse*, 56(3), pp. 280–295. Available at: <https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1841014>.

Brown, A.-M., Clarke, D.E. and Spence, J. (2015) 'Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories', *Open Access Emergency Medicine : OAEM*, 7, pp. 79–84. Available at: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S74646>.

Büyükbayram, A. and Engin, E. (2018) 'Emergency psychiatric care and mental health triage', *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), pp. 61–67. Available at: <https://doi.org/10.14744/phd.2017.24855>.

Büyükbayram Arslan, A., Engin, E. and Kıyan, S. (2022) 'Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey', *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), pp. 2697–2706. Available at: <https://doi.org/10.1111/ppc.13110>.

Ciampi, C.A. *et al.* (1999) *Decreto del Presidente della Repubblica: Approvazione del progetto obiettivo 'Tutela salute mentale 1998-2000'*. Available at: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-11-22&atto.codiceRedazionale=099A9917&elenco30giorni=false.

Costa, M.P. da, Salimkumar, D. and Chivers, J.G. (2022) 'To triage or not to triage? The history and evidence for this model of care in psychiatry', *BJPsych Advances*, 28(4), pp. 240–248. Available at: <https://doi.org/10.1192/bja.2021.72>.

Curto, M. *et al.* (2018) 'A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early adverse outcomes in public mental health settings', *Psychiatry Research*, 267, pp. 376–381. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.035>.

Di Cesare, M. *et al.* (2021) 'Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)'. Ministero della Salute. Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3282_allegato.pdf.

Downey, L.V.A., Zun, L.S. and Burke, T. (2014) 'Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients', *The Journal of Ambulatory Care Management*, 37(1), pp. 11–19. Available at: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000001>.

Downey, L.V.A., Zun, L.S. and Burke, T. (2015) 'Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients', *International Emergency Nursing*, 23(2), pp. 138–143. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.006>.

Ha, J., Jang, K. and An, M. (2021) 'Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm', *BMC nursing*, 20(1), p. 212. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00738-5>.

Hurmuz, M. *et al.* (2022) 'Quality of Life in Patients with Chronic Psychotic Disorders: A Practical Model for Interventions in Romanian Mental Health Centers',

Medicina (Kaunas, Lithuania), 58(5), p. 615. Available at: <https://doi.org/10.3390/medicina58050615>.

Khan, Y.S. *et al.* (2021) 'Triage of referrals in a child and adolescent mental health service in Qatar: reducing waiting times and promoting needs-based prioritisation', *BJPsych international*, 18(3), pp. 67–70. Available at: <https://doi.org/10.1192/bji.2021.10>.

Mezzina, R. (2014) 'Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-no restraint" system of care for recovery and citizenship', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), pp. 440–445. Available at: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142>.

Miriam di Carlo (2020) *Triage - Consulenza Linguistica - Accademia della Crusca, Accademia della Crusca*. Available at: <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/triage/2779> (Accessed: 14 August 2023).

Molina-López, A. *et al.* (2016) 'Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department', *BMC psychiatry*, 16, p. 30. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0727-7>.

Nymoén, M. *et al.* (2022) 'The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage', *BMC health services research*, 22(1), p. 735. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08139-3>.

Sæbye, D., Høegh, E.B. and Knop, J. (2017) 'Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study', *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), pp. 536–542. Available at: <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1348540>.

Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., *et al.* (2013) 'Identifying the core competencies of mental health telephone triage', *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), pp. 3203–3216. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04093.x>.

Sands, N., Elsom, S., Marangu, E., *et al.* (2013) 'Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency', *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), pp. 65–72. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00346.x>.

Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., *et al.* (2016) 'Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale', *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), pp. 330–336. Available at: <https://doi.org/10.1111/inm.12197>.

Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K., King, P., *et al.* (2016) 'Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage', *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(1), pp. 80–86. Available at: <https://doi.org/10.1111/inm.12165>.

Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K. and Thomas, P.A. (2016) 'Perception of crisis care in population who self-referred to telephone-based mental health triage service', *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), pp. 136–143. Available at: <https://doi.org/10.1111/inm.12177>.

Tanner, R., Cassidy, E. and O'Sullivan, I. (2014) 'Does Using a Standardised Mental Health Triage Assessment Alter Nurses Assessment of Vignettes of People Presenting with Deliberate Self-Harm', *Advances in Emergency Medicine*, 2014, p. e492102. Available at: <https://doi.org/10.1155/2014/492102>.

Watson, T. *et al.* (2023) 'Mental health triage tools: A narrative review', *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(2), pp. 352–364. Available at: <https://doi.org/10.1111/inm.13073>.

SITOGRAFIA

Ministero della Salute (2014) *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*, www.salute.gov.it. Available at: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2461 (Accessed: 7 August 2023).

Ministero della Salute (2023) *La rete dei servizi per la salute mentale*, www.salute.gov.it. Available at: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto#> (Accessed: 16 June 2023).

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2019) *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*, www.salute.gov.it. Available at: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3145 (Accessed: 14 August 2023).

World Health Organization (2022) *World mental health report: transforming mental health for all*, apps.who.int. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119> (Accessed: 4 August 2023).

World Health Organization (2023) *WHOQOL - Measuring Quality of Life* | *The World Health Organization*, www.who.int. Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol> (Accessed: 9 August 2023).

World Health Organization (WHO) (2022) *Mental health*, www.who.int. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Accessed: 27 October 2023).

ALLEGATI

Allegato n.1 – Sintesi della letteratura

Titolo/Autore/Anno	Tipo di studio	Obiettivi	Campione	Interventi	Risultati
“Identifying the core competencies of mental health telephone triage” Sands <i>et al.</i> , 2013	Studio osservazionale	Identificare quali sono i compiti chiave, le abilità e le conoscenze necessarie per eseguire una valutazione di triage e trovare una soluzione in maniera sicura ed efficace	70 telefonate 18 operatori	Utilizzare il Competencies Observational Tool per valutare il contenuto delle chiamate	Vengono definite le fasi, i compiti clinici, i ruoli chiave e le abilità che tutti i professionisti devono possedere per essere competenti
“Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency” Sands <i>et al.</i> , 2013	Studio osservazionale	Capire come vengono gestite le situazioni di crisi psichiatrica ed emergenza psichiatrica tramite il servizio di triage telefonico	70 telefonate 18 operatori	Raccogliere i dati tramite uno strumento osservazionale a 58 elementi	Il servizio risulta efficace nel limitare i trattamenti coercitivi tramite l'identificazione precoce di segni e sintomi e la stabilizzazione immediata delle crisi ed emergenze utilizzando tecniche come la <i>De-escalation</i> ed il <i>Supportive Crisis Counselling</i>
“Comparison of emergency nurses association Emergency Severity Triage and Australian emergency mental health triage systems for the evaluation of psychiatric patients” Downey <i>et al.</i> , 2014	Studio comparativo	Comparare il protocollo del Emergency Nurses Association Severity Triage con il Australian Emergency Mental Health Triage Systems	100 utenti	Comparare la valutazione di triage effettuata dall'infermiere con la ENA Emergency Severity Triage con quella eseguita dal personale di ricerca con la AEMHTS	Il protocollo della ENA ha meno abilità nel distinguere i livelli di urgenza, mentre la AEMHTS è in grado di rispettare le raccomandazioni riguardanti i tempi di attesa, distinguere i livelli di gravità e ridurre l'over-triage
“Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories” Brown <i>et al.</i> , 2015	Studio descrittivo	Testare l'affidabilità intra-operatore e l'accuratezza della valutazione dell'urgenza utilizzando le linee guida del 2008 della Canadian Triage and Acuity Scale	18 infermieri	Analizzare i dati ottenuti da un questionario con 20 scenari basati su situazioni di triage reali nei quali identificare l'urgenza e selezionare un codice di triage	L'affidabilità intra-operatore è discreta-moderata. L'utilizzo della scala aumenta la possibilità di over-triage. Nella selezione della risposta corretta in più del 60% dei casi vengono utilizzati i fattori di correzione di second'ordine, specifici per il disturbo presentato e che aiutano a determinare il grado di rischio
“Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients” Downey <i>et al.</i> , 2015	Studio comparativo	Testare le performance ed i tempi di attesa di due strumenti per il triage	100 utenti	Valutare degli utenti recatisi in pronto soccorso prima con uno strumento e poi con l'altro	La Canadian Triage Acuity Scale ha una minore abilità nella distinzione dei livelli di urgenza e la AEMHS è in grado di raggiungere gli standard raccomandati per quanto riguarda i tempi di attesa ed ha una migliore abilità nella distinzione dei livelli di gravità
“Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department” Molina-López <i>et al.</i> , 2016	Studio descrittivo e di validazione	Descrivere e validare il Color-Risk Psychiatric Triage	7.631 valutazioni per la fase descrittiva 158 valutazioni per la fase di validazione	Valutare l'utente con la Color-Risk Psychiatric Triage e con la Crisis Triage Rating Scale. Confrontare le valutazioni della Color-Risk Psychiatric Triage effettuate dallo staff e dal personale di ricerca	La Crisis Triage Rating Scale ha risultati migliori nella valutazione delle variabili del rischio suicidario ed i gradi di priorità della Color-Risk Psychiatric Triage non riflettono bene l'urgenza quanto lo specificare la condizione esatta da cui deriva la scelta del codice colore
“Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale” Sands <i>et al.</i> , 2016	Studio descrittivo, di sviluppo e di valutazione dell'affidabilità intra-operatore	Descrivere lo sviluppo e l'affidabilità intra-operatore dello strumento	14 esperti per il prototipo 66 clinici per lo strumento finale	Valutare lo strumento finale con un questionario a 21 scenari ipotetici nei quali identificare l'urgenza e selezionare un codice di triage	È rilevato un sostanziale livello di affidabilità per quanto riguarda l'assegnazione dei codici da parte dei clinici dopo una minima educazione all'utilizzo, ma serve indagare la sicurezza e la qualità
“Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage” Sands <i>et al.</i> , 2016	Studio descrittivo, di sviluppo e di validazione	Sviluppare un programma per valutare le competenze del personale di triage	28 operatori 165 valutazioni di triage reali	Un trainer utilizza la piattaforma per valutare le competenze di un apprendista mentre esegue la valutazione	Il MHTT-CAT risulta uno strumento efficace e accettabile con benefici nell'istruzione degli specialisti e potrebbe ridurre i costi per la possibilità di utilizzo 24/7 e il fatto che richiede solo due operatori
“Perception of crisis care in population who self-referred to telephone-based mental health triage service” Sands <i>et al.</i> , 2016	Studio osservazionale	Indagare la percezione che hanno gli utenti del telephone-based Mental Health Triage Service	75 utenti	Compilare un'intervista telefonica utilizzando l'Elom's telephone survey tool	Gli utenti traggono beneficio dalla facilità di accesso, ma criticano i tempi di attesa; aiuta a fronteggiare eccellentemente le situazioni di crisi e offre strategie di coping, opzioni e consigli utili. L'attenzione alla cura e alla non stigmatizzazione in certi casi vengono definite come insufficienti ed anche l'ascolto attivo, la buona comunicazione e il processo decisionale condiviso. Il servizio è identificato come fondamentale nella prevenzione dell'ospedalizzazione
“Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study” Sæbye <i>et al.</i> , 2017	Studio descrittivo	Determinare le caratteristiche dei pazienti e verificare la conformità con le raccomandazioni presenti	929 valutazioni	Valutare in maniera retrospettiva il campione su cui è stata applicato lo strumento di triage	Lo strumento facilita la categorizzazione delle urgenze, riduce i tempi di attesa, ottimizza le decisioni cliniche e aumenta la sicurezza per i pazienti e lo staff, ma manca di un confronto con i dati precedenti

Continuazione Allegato n.1 – Sintesi della letteratura

Titolo/Autore/Anno	Tipo di studio	Obiettivi	Campione	Interventi	Risultati
"A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early adverse outcomes in public mental health settings" Curto <i>et al.</i> , 2018	Studio descrittivo, di sviluppo e di validazione	Validare uno strumento psicometrico nello stile di un breve questionario autosomministrato derivato dalla Symptom Checklist-90-Revised	832 utenti di cui 32 con effetti avversi	Valutare gli utenti con la SCL-R-90 al tempo zero e dopo tre mesi e studiare la frequenza degli elementi della SCL-R-90 più presenti tra gli utenti con effetti avversi ai 3 mesi	Con i 6 elementi più frequenti della SCL-R-90 (i numeri 15, 41, 55, 57, 78 e 88) nasce una sottoscala detta SCL-6, con una grande forza predittiva per l'ospedalizzazione precoce e il tentato suicidio e con una sensibilità dell'88%, da utilizzare in aiuto al triage
"Understanding nurses perspectives of acuity in the process of emergency mental health triage: a qualitative study" Broadbent <i>et al.</i> , 2020	Studio osservazionale	Capire i fattori che influenzano gli infermieri di triage di emergenza nell'accertamento e nella risposta clinica rispetto agli infermieri di triage per la salute mentale	28 infermieri del triage del pronto soccorso 7 infermieri del triage per la salute mentale	Osservazione e raccolta dati sul campo di lavoro e tramite interviste individuali e di gruppo	Lo staff del pronto soccorso si affida alla Emergency Mental Health Triage Scale, ma manca delle conoscenze necessarie e del tempo di raccolta dati necessari per una valutazione ottimale. Gli infermieri di triage per la salute mentale riscontrano una mancanza di dettagli nei report degli utenti e spesso cambiano la valutazione di triage iniziale, sulla base di una scala differente
"PHN Initial Assessment and Referral (IAR) for Mental Healthcare: State of Play Report" Australian Government Department of Health, 2021	Rapporto informativo	Effettuare un sondaggio nazionale delle reti di sanità primaria per ottenere un feedback riguardo all'implementazione, utilizzo e miglioramento del IAR	26 Primary Health Network	Esecuzione di un'intervista telefonica	Lo strumento necessita di ulteriori miglioramenti e aggiornamenti. Apporta benefici nel supporto delle decisioni come procedura di accettazione standardizzata per i servizi di salute mentale e permette un utilizzo ottimale dei servizi. Per i fruitori addestrati lo strumento è chiaro, facile da utilizzare, riconosce l'individualità di ogni utente, permette di dare un giudizio clinico ed è appropriato nei diversi settori
"Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm" Ha <i>et al.</i> , 2021	Studio descrittivo, di sviluppo e di validazione	Sviluppo e validazione del Korea Psychiatric Triage Algorithm	37 infermieri per valutare l'algoritmo finale	Valutazione tramite un questionario di 30 domande e test per indagare la difficoltà nell'applicazione sui pazienti su casi ipotetici	L'algoritmo è facile da comprendere e aiuta nella risoluzione dei problemi, fornendo una visione coerente ed unificata, ma la classificazione della gravità varia a seconda delle competenze individuali. I dati della valutazione costo-efficacia hanno punteggi bassi
"Triage of referrals in a child and adolescent mental health service in Qatar: reducing waiting times and promoting needs-based prioritisation" Khan <i>et al.</i> , 2021	Studio comparativo	Testare l'efficacia del triage con lettera di riferimento ed implementazione di informazioni tramite contatto diretto	139 valutazioni per il 2018 116 valutazioni per il 2019	Confrontare i dati di tre mesi del 2018 con quelli di tre mesi del 2019 in cui sono state effettuate le modifiche normative	Il modello è in grado di identificare le prescrizioni senza un ragionevole clinico che giustifichi la richiesta di urgenza e quelle richieste routinarie che in realtà possiedono le caratteristiche per essere classificate come di urgenza e migliora la compliance nel rispetto dei tempi e degli appuntamenti
"Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey" Büyükbayram Arslan <i>et al.</i> , 2022	Studio comparativo	Analizzare l'efficacia della Australian Mental Health Triage Scale	30 infermieri 210 utenti non valutati con AMHTS 168 utenti valutati con la AMHTS	Confrontare i dati raccolti tramite il Mental Status Assessment Form for the Emergency Department ed il Patient Satisfaction Evaluation Form	Con l'utilizzo del AMHTS le categorie di triage selezionate sono più simili a quelle indicate dagli esperti. I tempi di attesa risultano migliori ma non tanto quanto previsto. Il grado di necessità di trattamento viene identificato, ma c'è difficoltà nel garantire i tempi di attesa. È necessario formare il personale periodicamente
"The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage" Nymoen <i>et al.</i> , 2022	Studio comparativo	Testare il grado di corrispondenza tra le decisioni di triage effettuate sulle lettere di riferimento e quelle basate sulla consultazione del paziente e capire se la qualità delle lettere di riferimento abbia un'incidenza sul triage	264 utenti	Raccogliere i dati di triage utilizzando prima le informazioni della lettera di riferimento e poi un consulto di persona e valutare la qualità delle lettere di riferimento utilizzando la Quality of Referral information-Mental Health checklist	Il triage sulla base della lettera di riferimento produce un errore del 46%. Migliorare la qualità delle lettere di riferimento può ridurre il rischio di sovrastima o sottostima
"Mental health triage tools: A narrative review" Watson <i>et al.</i> , 2023	Revisione di letteratura	Descrivere gli strumenti disponibili e le prove di efficacia	57 studi	Valutare le applicazioni cliniche e l'impatto dell'uso degli strumenti, confrontando i punti di forza e quelli di debolezza e dividendo gli strumenti a seconda dell'ambiente per il quale sono pensati	L'evidenza supporta l'utilizzo di strumenti per il triage per la salute mentale per l'impatto positivo nelle cure, nella sicurezza, nell'affidabilità della classificazione dell'urgenza e nella comunicazione tra professionisti. La ETEK ATS è identificata come migliore protocollo in ambito di emergenza anche se sono necessari ulteriori studi, mentre negli altri ambiti è necessario un ulteriore processo di ricerca

Allegato n.2 – Australian Emergency Mental Health Triage *

Triage code	Description	Treatment acuity	Typical presentation
1	Definite danger to life (self or others)	Immediate	<p>OBSERVED</p> <p>Violent behaviour Possession of weapon Self-destruction behaviour in ED Extreme agitation/restlessness Physically/verbally aggressive Confused/unable to cooperate Requires restraint</p>
2	Probable risk of danger to self or others - Severe behavioural disturbance	Within 10 min	<p>REPORTED</p> <p>Attempt at self-harm/threat of self-harm Threat of harm to others</p>
3	Possible danger to self or others - Moderate behavioural disturbance - Severe distress	Urgent Within 30 min	<p>OBSERVED</p> <p>Agitation/restlessness Intrusive behaviour Bizarre/disorganized behaviour Confusion Withdrawn and uncommunicative Ambivalence about treatment</p> <p>REPORTED</p> <p>Suicidal ideation Presence of psychotic symptoms: Hallucinations Delusions Paranoid ideas Thought disorder Bizarre/agitated behaviour Presence of affective disturbance: Severe symptoms of depression/anxiety Elevated or irritable mood</p>
4	Moderate distress	Semi-urgent Within 60 min	<p>OBSERVED</p> <p>No agitation/restlessness Irritability without aggression Cooperative Gives coherent history</p> <p>REPORTED</p> <p>Symptoms of anxiety or depression without suicidal ideation</p>
5	No danger to self or others - No acute distress - No behavioral disturbance	Non-urgent Within 120 min	<p>OBSERVED</p> <p>Cooperative Communicative Complaint with instructions</p> <p>REPORTED</p> <p>Known patient with chronic psychotic symptoms Known patient with chronic unexplained somatic complaints Request for medication Minor adverse effect of medication Financial/social/accommodation/relationship problems</p>

*Adattata da Appendix 2 in Downey, L. V., Zun, L. S., & Burke, T. (2015). Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International emergency nursing*, 23(2), 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.006>

Allegato n.3 – Australasian Triage Scale *

Triage code and treatment acuity	Description	Typical presentation	General management principles
1 - Immediate	Definite danger to life (self or others) Australasian Triage Scale states: – Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence	Observed – Violent behaviour – Possession of weapon – Self-destruction in ED – Extreme agitation or restlessness – Bizarre/disoriented behaviour Reported – Verbal commands to do harm to self or others, that the person is unable to resist (command hallucinations) – Recent violent behaviour	Supervision Continuous visual surveillance 1:1 ratio (person is under direct visual observation at all times) Action – Alert ED medical staff immediately – Alert mental health triage or equivalent – Provide safe environment for patient and others – Ensure adequate personnel to provide restraint/detention based on industry standards Consider – Calling security +/- police if staff or patient safety compromised. May require several staff to contain patient – 1:1 observation – Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management.
2 - Emergency Within 10 minutes	Probable risk of danger to self or others AND/OR Client is physically restrained in emergency department AND/OR Severe behavioural disturbance Australasian Triage Scale states: Violent or aggressive (if): – Immediate threat to self or others – Requires or has required restraint – Severe agitation or aggression	Observed – Extreme agitation/restlessness – Physically/verbally aggressive – Confused/unable to cooperate – Hallucinations/delusions/paranoia – Requires restraint/containment – High risk of absconding and not waiting for treatment Reported – Attempt at self-harm/threat of self-harm – Threat of harm to others – Unable to wait safely	Supervision Continuous visual supervision (person is under direct visual observation at all times) Action – Alert ED medical staff immediately – Alert mental health triage – Provide safe environment for patient and others – Use defusing techniques (oral medication, time in quieter area) – Ensure adequate personnel to provide restraint/detention – Prompt assessment for patient recommended under Section 9 or apprehended under Section 10 of Mental Health Act Consider – If defusing techniques ineffective, re-triage to category 1 (see above) – Security in attendance until patient sedated if necessary – Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
3 - Urgent Within 30 minutes	Possible danger to self or others – Moderate behaviour disturbance – Severe distress Australasian Triage Scale states: – Very distressed, risk of self-harm – Acutely psychotic or thought-disordered – Situational crisis, deliberate self-harm – Agitated/withdrawn	Observed – Agitation/restlessness – Intrusive behaviour – Confused – Ambivalence about treatment – Not likely to wait for treatment Reported – Suicidal ideation – Situational crisis Presence of psychotic symptoms – Hallucinations – Delusions – Paranoid ideas – Thought disordered – Bizarre/agitated behaviour Presence of mood disturbance – Severe symptoms of depression – Withdrawn/uncommunicative and/or anxiety – Elevated or irritable mood	Supervision Close observation (regular observation at a maximum of 10 minute intervals) – Do not leave patient in waiting room without support person Action – Alert mental health triage – Ensure safe environment for patient and others Consider – Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. – Restlessness – Intrusiveness – Agitation – Aggressiveness – Increasing distress – Inform security that patient is in department – Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
4 - Semi-urgent Within 60 minutes	Moderate distress Australasian Triage Scale states: – Semi-urgent mental health problem – Under observation and/or no immediate risk to self or others	Observed – No agitation/restlessness – Irritable without aggression – Cooperative – Gives coherent history Reported – Pre-existing mental health disorder – Symptoms of anxiety or depression without suicidal ideation – Willing to wait	Supervision Intermittent observation (regular observation at a maximum of 30 minute intervals) Action Discuss with mental health triage nurse Consider – Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. – Restlessness – Intrusiveness – Agitation – Aggressiveness – Increasing distress – Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
5 - Non-urgent Within 120 minutes	No danger to self or others – No acute distress – No behavioural disturbance Australasian Triage Scale states: – Known patient with chronic symptoms – Social crisis, clinically well patient	Observed – Cooperative – Communicative and able to engage in developing management plan – Able to discuss concerns – Compliant with instructions Reported – Known patient with chronic psychotic symptoms – Pre-existing non-acute mental health disorder – Known patient with chronic unexplained somatic symptoms – Request for medication – Minor adverse effect of medication – Financial, social, accommodation or relationship problems	Supervision General observation (routine waiting room check at a maximum of 1 hour intervals) Action – Discuss with mental health triage – Refertreatingteamifcase-managed

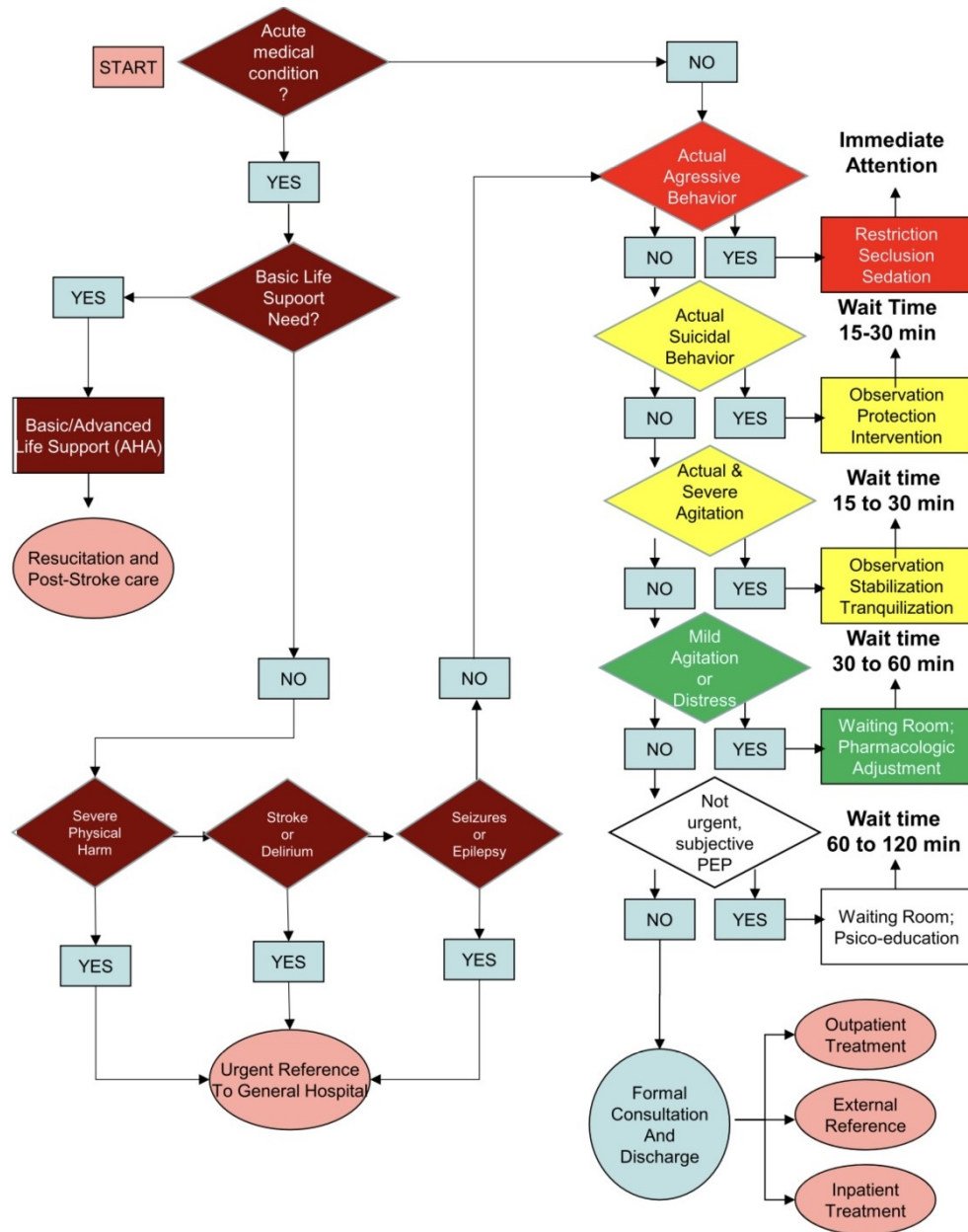
*Adattata da Australian Government Department of Health and Ageing, (2007) Emergency Triage Education Kit, ISBN: 1-74186-411-9

Allegato n.4 – Canadian Triage and Acuity Scale *

Complain	Description	CTAS level	Colour scheme
Depression, suicidal or deliberate self harm	Attempted suicide or clear suicide plan	2	Level 1 Resuscitation
	Active suicidal	2	
	Uncertain flight or safety risk	2	Level 2 Emergent
	Suicidal ideation, no plan	3	
	Depressed, no suicidal ideation	4	
Anxiety or situational crisis	Severe anxiety or agitation	2	Level 3 Urgent
	Uncertain flight or safety risk	2	
	Moderate anxiety or agitation	3	
	Mild anxiety or agitation	4	
Hallucinations or delusions	Acute psychosis	2	Level 4 Less urgent
	Severe anxiety or agitation	2	
	Uncertain flight or safety risk	2	Level 5 Non urgent
	Moderate anxiety or agitation, or with paranoia	3	
	Mild agitation, stable	4	
	Mild anxiety or agitation, chronic hallucinations	5	
Insomnia	Acute	4	
	Chronic	5	
Violent or homicidal behaviour	Imminent harm to self or others, or specific plans	1	
	Uncertain flight or safety risk	2	
	Violent or homicidal ideation, no plan	3	
Social problem	Abuse physical, mental, high emotional stress	3	
	Unable to cope	4	
Bizarre behaviour	Uncontrolled	1	
	Uncertain flight or safety risk	2	
	Controlled	3	
	Harmless behaviour	4	
	Chronic, non urgent condition	5	

*Adattata da Bullard, M. J., Unger, B., Spence, J., Grafstein, E., & CTAS National Working Group (2008). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*, 10(2), 136–151. <https://doi.org/10.1017/s1481803500009854>

Allegato n.5 – Color-Risk Psychiatric Triage *






*Tratta da Molina-López, A., Cruz-Islas, J. B., Palma-Cortés, M., Guizar-Sánchez, D. P., Garfias-Rau, C. Y., Ontiveros-Uribe, M. P., & Fresán-Orellana, A. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC psychiatry*, 16, 30. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0727-7>

Allegato n.6 – UK Mental Health Triage Scale *

UK Mental Health Triage Scale				
Triage Code /description	Response type/ time to face-to-face contact	Typical presentations	Mental health service action/response	Additional actions to be considered
A Emergency	IMMEDIATE REFERRAL Emergency service response	Current actions endangering self or others Overdose / suicide attempt / violent aggression Possession of a weapon	Triage clinician to notify ambulance, police and/or fire service	Keeping caller on line until emergency services arrive / inform others Telephone Support.
B Very high risk of imminent harm to self or to others	WITHIN 4 HOURS Very urgent mental health response	Acute suicidal ideation or risk of harm to others with clear plan or means Ongoing history of self harm or aggression with intent Very high risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control Urgent assessment under Mental Health Act Initial service response to A & E and 'front of hospital' ward areas	Crisis Team /Liaison/ face-to-face assessment AND/OR Triage clinician advice to attend a hospital A&E department (where the person requires medical assessment/ treatment)	Recruit additional support and collate relevant information Telephone Support. Point of contact if situation changes
C High risk of harm to self or others and/or high distress, especially in absence of capable supports	WITHIN 24 HOURS Urgent mental health response	Suicidal ideation with no plan or ongoing history of suicidal ideas with possible intent Rapidly increasing symptoms of psychosis and / or severe mood disorder High risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control Overt / unprovoked aggression in care home or hospital ward setting Wandering at night (community) Vulnerable isolation or abuse	Crisis Team /Liaison/ Community Mental Health Team (CMHT) face-to-face assessment	Contact same day with a view to following day review in some cases Obtain and collate additional relevant information Point of contact if situation changes Telephone support and advice to manage wait period
D Moderate risk of harm and/or significant distress	WITHIN 72 HOURS Semi-urgent mental health response	Significant patient / carer distress associated with severe mental illness (but not suicidal) Absent insight /early symptoms of psychosis Resistive aggression / obstructed care delivery Wandering (hospital) or during the day (community) Isolation / failing carer or known situation requiring priority intervention or assessment	Liaison/CMHT face-to-face assessment	Telephone support and advice Secondary consultation to manage wait period Point of contact if situation changes
E Low risk of harm in short term or moderate risk with good support/ stabilising factors	WITHIN 4 WEEKS Non-urgent mental health response	Requires specialist mental health assessment but is stable and at low risk of harm during waiting period Other services able to manage the person until mental health service assessment (+/- telephone advice) Known service user requiring non-urgent review adjustment of treatment or follow-up Referral for diagnosis (see below) Requests for capacity assessment, service access for dementia or service review / carer support	Out-patient clinic or CMHT face-to-face assessment	Telephone support and advice Secondary consultation to manage wait period Point of contact if situation changes
F Referral not requiring face-to-face response from mental health	Referral or advice to contact alternative provider	Other services (outside mental health) more appropriate to current situation or need	Triage clinician to provide advice, support Advice to contact other provider and/or phone referral to alternative service provider (with or without formal written referral)	Assist and/or facilitate transfer to alternative service provider Telephone support and advice
G Advice, consultation, information	Advice or information only OR More information needed	Patient or carer requiring advice or information Service provider providing information (collateral) Initial notification pending further information or detail	Triage clinician to provide advice, support, and/or collect further information	Consider courtesy follow up telephone contact Telephone support and advice

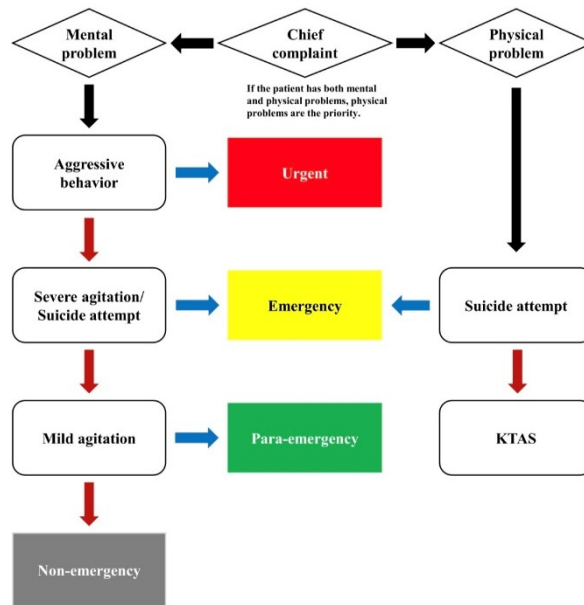
*Tratta da Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H., & Prematunga, R. (2016). Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. *International journal of mental health nursing*, 25(4), 330–336. <https://doi.org/10.1111/inm.12197>

Allegato n.7 – Danish Psychiatric Triage System *

Category	Description	Waiting time
 Red	Obvious death risk (to self or others) or violent/ severely threatening behaviour or severe acute medical condition or acute delirious states	Time to first contact with resident on call: immediately
 Orange	Probable death risk (to self or others) or severe behavioral disturbance such as agitation and aggression	Maximal time to first contact with resident on call: 15 min
 Yellow	Anger (to self or others) or moderate behavioral disturbance or psychotic symptoms or acute crisis reaction	Maximal time to first contact with resident on call: 60 min
 Green	Mild to moderate distress or no immediate threat of life or patient known in the PEUs or no acute medical symptoms	Maximal time to first contact with resident on call: 180 min.
 Blue	No acute behavioural disturbance or a social crisis without psychiatric symptoms or no acute medical symptoms	Maximal time to first contact with resident on call: 240 min

*Adattata da Sæbye, D., Høegh, E. B., & Knop, J. (2017). Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(7), 536–542. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1348540>

Allegato n.8 – Korea Psychiatric Triage Algorithm *



➔ Yes

➔ No

Urgent

Immediately call a psychiatrist immediately, See a psychiatrist face-to-face within 30 minutes.

Emergency

- ①poor impulse control
- ②tension
- ③hostility
- ④uncooperativeness
- ⑤excitement

A score of 4 or higher in any of the 5 cases is considered a severe agitation (1: not present~ 7: extremely severe) .

See a psychiatrist face-to-face within 60 minutes.

If physical damage is found due to suicide attempt, report to emergency medical specialist.

Para-emergency

- ①poor impulse control
- ②tension
- ③hostility
- ④uncooperativeness
- ⑤excitement

Of the above 5, there are some observations, but when there are no more than 4 points, it is considered to be mild agitation.

(1: not present~ 7: extremely severe) .

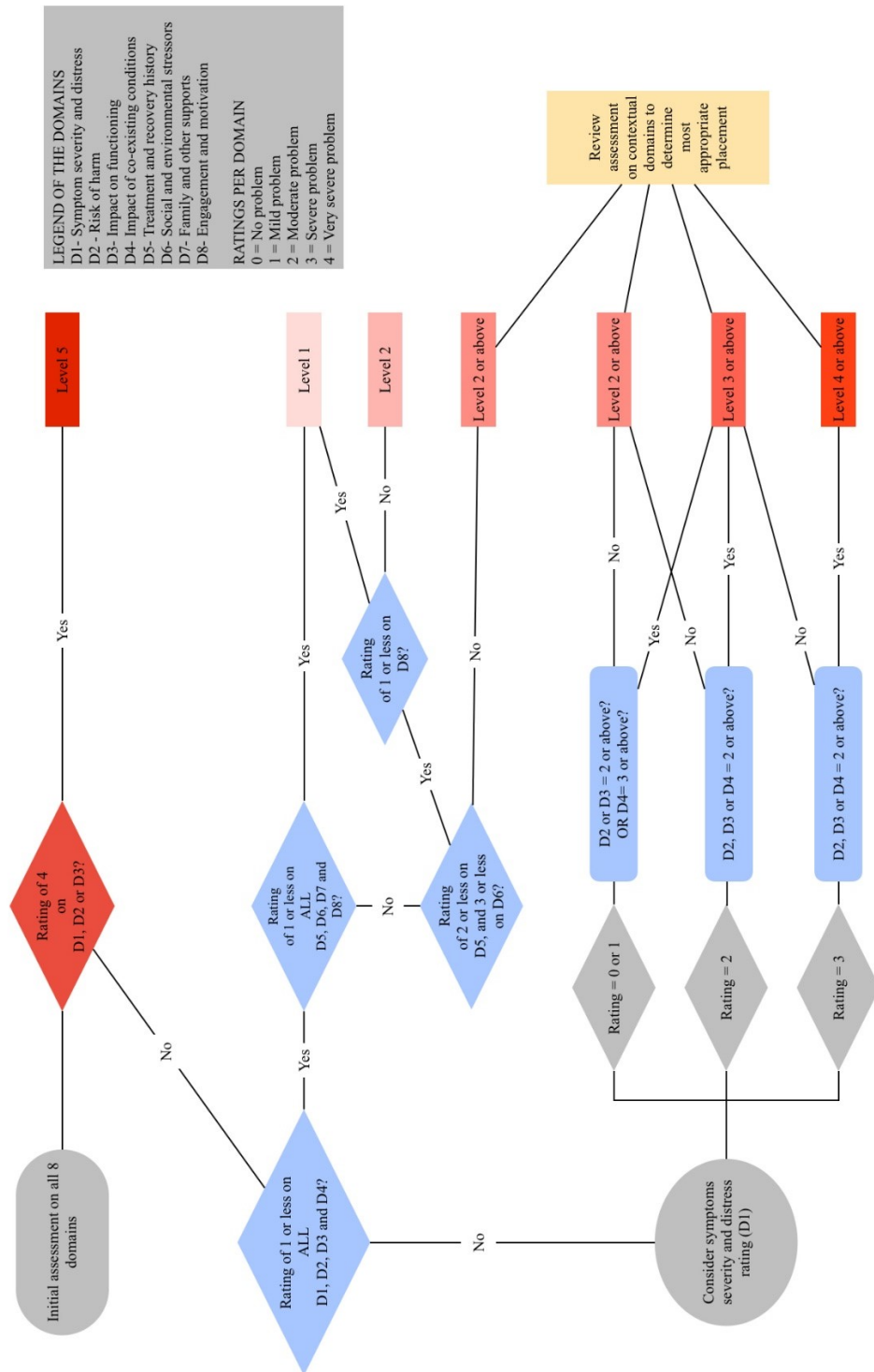
See a psychiatrist face-to-face within 90 minutes.

Non-emergency

See a psychiatrist face-to-face within 120 minutes, then schedule an appointment or get discharged.

*Tratta da Ha, J., Jang, K., & An, M. (2021). Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm. *BMC nursing*, 20(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00738-5>

Allegato n.9 – Initial Assessment and Referral for mental health care *



*Adattata da Australian Government Department of Health (2020) National PHN Guidance: Initial Assessment and Referral for Mental Healthcare- Version 1.04, 69 https://www.wqphn.com.au/uploads/documents/Mental%20Health%20IAR/2021_03_National%20MH-IAR%20Guidance.pdf