

PROBLEMATICHE EMERGENZIALI IN SANITA'

**GESTIONE EMERGENZA URGENZA PSICHIATRICA NEL LAZIO E
PROBLEMATICHE DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI
LAVORATORI**

**LA GESTIONE DELLA EMERGENZA - URGENZA
PSICHIATRICA NEL LAZIO: PROBLEMATICHE ARES 118**

DOTT. ALESSANDRO CAMINITI - DIRIGENTE MEDICO ARES 118

**AULA CENTRO SPORTIVO DELL'ESERCITO
LARGO DEI PORTABANDIERA
ROMA**

26 GENNAIO 2019

Direzione Regionale: SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Area: POLITICHE PER L'INCLUSIONE

DETERMINAZIONE

N. G06331 del 18/05/2018

Proposta n. 8168 del 17/05/2018

Protocollo regionale "Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica (legge 833/78 e circolare n.1269 del 7 giugno 1999) nella Regione Lazio". Modifica ed integrazione;

Ruolo dell'ARES:

interviene nell'arco delle 24 h per tutte le richieste di intervento di **emergenza sanitaria anche di natura psichiatrica¹**, così valutate dalla Centrale operativa ARES, seguendo le linee di attività della gestione della fase di allarme sanitario, della risposta extra ospedaliera e dei trasporti in continuità di soccorso legati al primo intervento.

L'ARES interviene anche nelle situazioni di alterazione comportamentale acuta di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, etc.) che necessitano di un intervento immediato, **in quanto sussiste un pericolo grave e attuale per la salute delle persone, che non consente la collaborazione/consulenza del DSM**. Tali interventi possono richiedere **l'ausilio di altri enti ed in particolare delle FF. OO** (Polizia di Stato, Polizia municipale, Carabinieri, Vigili del fuoco, etc.), **con i quali si rinnoveranno specifici accordi di collaborazione**.

Nell'intervento di emergenza **ARES garantisce** interventi sanitari tempestivi finalizzati alla **stabilizzazione del paziente psichiatrico, e del paziente con disturbi comportamentali, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al DEA del presidio ospedaliero dotato di SPDC più vicino**, al luogo dell'intervento, dove si garantisce una consulenza psichiatrica, anche al fine di garantire una corretta diagnosi differenziale.

Ruolo dei DSM

I DSM intervengono nelle urgenze² psichiatriche relative ai pazienti in carico. Sono tenuti alla programmazione delle attività di prevenzione e gestione individualizzata con l'obiettivo di una sostanziale riduzione delle urgenze/emergenze e delle ospedalizzazioni dei pazienti in carico, con una migliore tutela della salute mentale e con una riduzione dei costi, secondo i principi della medicina di iniziativa.

I DSM attuano un'azione informativa capillare e proattiva nei confronti dei pazienti in carico e dei loro familiari finalizzata alla collaborazione nelle attività di prevenzione delle crisi, con l'indicazione tassativa di rivolgersi in tali contesti al DSM, e non all'ARES.

Al tempo stesso, qualora necessario, nelle condizioni di urgenza gli operatori sanitari possono ricorrere al TSO che si esplica attraverso le norme degli articoli 33, 34 e 35 della legge 833/78

PROCEDURA ARES: GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO E/O CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO (P. 30) (23 SETTEMBRE 2018)

**OTTIMIZZARE ED UNIFORMARE , A LIVELLO REGIONALE,
LE MODALITÀ OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL
PAZIENTE PSICHIATRICO E/O CON DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO AL FINE DI**

**TUTELARE E GARANTIRE LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
E DEGLI OPERATORI**

La Regione Lazio, con determinazione n°G0633 del 18/05/2018, ha rivisto e ridefinito il protocollo relativo al trasporto ed agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica con l'intento di delineare una corretta distinzione tra emergenza ed urgenza psichiatrica e definire le responsabilità di intervento sia di Ares 118 che dei DSM.

Ares 118, per la presenza nell'arco delle 24 ore, per la tempestività della risposta, per la qualità dell'intervento che è rivolto ad una valutazione sanitaria sistematica dello stato della persona e non solo della componente psichica rappresenta il servizio idoneo per l'intervento in emergenza.

L'EMERGENZA PSICHIATRICA nei disturbi del comportamento rappresenta una **condizione di grave e acuta sofferenza psichica non differibile**, che comporta la necessità di una **immediata valutazione clinica** con lo scopo di adottare un **intervento terapeutico tempestivo**.

Tali alterazioni comportamentali acute possono riconoscere eziologie differenti (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, intossicazione alcolica, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, etc.) **e conducono a manifestazioni cliniche che necessitano di un intervento immediato. In alcuni casi, tali manifestazioni possono rappresentare un pericolo attuale o immediato per l'incolumità del soggetto o di terzi configurando gli elementi che rendono necessario l'intervento delle Forze dell'Ordine e di agire nell'immediato (art. 54 del codice penale). In queste circostanze, il sanitario è tenuto a mettere in atto, con rapidità, quanto è necessario e non risulta, pertanto, possibile applicare la procedura del TSO.**

Le alterazioni comportamentali acute che si associano alla presenza di stati confusionali o stati di coscienza gravemente alterati – la cui origine può essere più o meno nota o verificabile – possono determinare nel paziente l'incapacità di esprimersi nei confronti di qualsiasi proposta di intervento sanitario, e **si assiste, piuttosto che alla mancanza di un consenso, all'impossibilità di esprimere un valido dissenso, il sanitario, in questi casi mette in atto tutti gli interventi ritenuti necessari senza dover ricorrere alla formalizzazione di un TSO.**

COSTITUZIONE Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. **Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.**

COSTITUZIONE Articolo 117

La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali...

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: ... tutela della salute...

«Alle regioni viene attribuita la competenza specifica in materia di "programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali»

CODICE PENALE Articolo 54

Stato di necessità. **Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona**, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

LEGGE 180/1978 Articolo 2

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

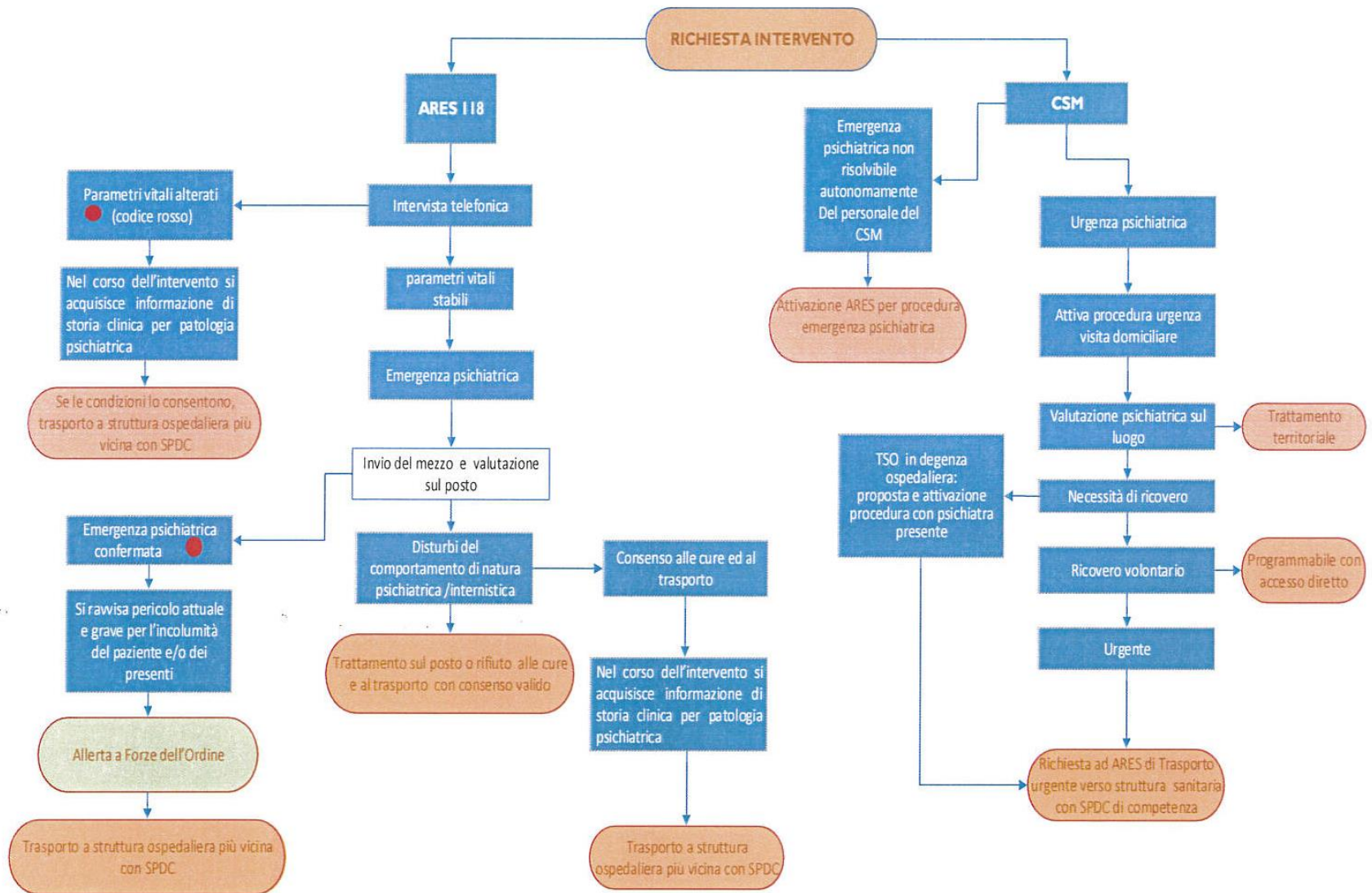
Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle **persone affette da malattie mentali**.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera **solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici**, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e **se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere**.

L'urgenza psichiatrica concerne situazioni di disagio e/o disturbo psichico in cui è presente una situazione di disequilibrio, sia per condizioni cliniche che contestuali che presuppone una risposta volta a prevenire ed evitare la crisi. L'intervento in urgenza è di competenza, di norma, del personale sanitario del DSM e si esplica attraverso le modalità operative programmate dal CSM. Solo una minima parte di tali situazioni evolve in TSO.

Il TSO è rivolto alla tutela della salute e dei diritti della persona in stato di crisi. Come abbiamo visto non è uno strumento risolutivo in situazioni di emergenza psichiatrica quali sono quelle di competenza di ARES 118.

GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO E/O CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO



Ares 118 gestisce, nell'arco delle 24 ore, la fase di risposta territoriale del soccorso sanitario, anche di natura psichiatrica e/o nelle situazioni di alterazioni comportamentali acute di natura psichica, tossicologica, neurologica, internistica che necessitino di intervento immediato.

FASE DI CENTRALE OPERATIVA- Richiesta di intervento e invio del mezzo

La richiesta di intervento perviene ad Ares attraverso il numero unico 118 o attraverso NUE 112.

E' possibile che giungano richieste di intervento, direttamente, da parte del personale dei CSM in particolari circostanze quali:

- in caso di emergenza psichiatrica, non risolvibile autonomamente dal personale del CSM;
- per il trasporto del paziente, presso il SPDC di competenza:
 - in caso di attuazione di un TSO, e dopo il completamento dell'iter previsto dalla norma;
 - in caso di necessità di ricovero urgente con il consenso valido del paziente.

Intervista dell'operatore di centrale operativa 118

Durante l'intervista l'operatore sanitario di triage della centrale operativa 118 definisce la natura dell'evento e le condizioni del paziente valutando specifici item situazionali e clinici, vengono poste domande per la localizzazione dell'evento, la valutazione dello scenario e le relative caratteristiche.

L'intervista telefonica rappresenta, pertanto, uno strumento di valutazione della gravità del quadro clinico nonché della situazione complessiva in cui il paziente versa.

Nei pazienti il cui quadro si presenta, da subito, come patologia psichiatrica e/o disturbo del comportamento si indagheranno, sostanzialmente, le 4 aree, di seguito riportate, per definire la gravità della sintomatologia e l'inquadramento clinico nonché l'eventuale concomitanza di fattori di rischio aggravanti:

1. i problemi comportamentali (iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati) che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come ; pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi o eterolesivi; alterazioni del comportamento correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti o alcool;
2. i deficit delle funzioni di base, con compromissioni cognitive e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo: memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero. Concomitanti malattie organiche
3. le esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e i deliri altri problemi psichici e comportamentali come attacchi di panico e disturbi delle condotte alimentari
4. i problemi ambientali legati alla sicurezza del paziente e/o degli astanti

Intervista telefonica: le domande «chiave»

- ☐ Il paziente è cosciente? Respira?
- ☐ Cosa sta facendo adesso il paziente?
- ☐ Dove si trova in questo momento?
- ☐ Sa chi è e dove si trova? (per orientare su eventuali problemi cognitivi valutare unitamente al dato dell'età)
- ☐ E' la prima volta che succede?
- ☐ E' un paziente psichiatrico? E' seguito?
- ☐ Il paziente è affetto da altre patologie?
- ☐ Assume terapie?
- ☐ Ha fatto uso di sostanze stupefacenti/alcool/farmaci?
- ☐ Chi è con lui?
- ☐ C'è qualcuno che riesce a tenerlo sotto controllo?
- ☐ Il paziente vuole essere ricoverato in ospedale?

Istruzioni prearrivo

Qualora dalle informazioni, raccolte durante l'intervista, si evincesse la possibilità di formulare istruzioni prearrivo si seguiranno le procedure di centrale per le diverse situazioni cliniche. Nel caso specifico di paziente con disturbi del comportamento che configurino uno stato di aggressività o di violenza si possono suggerire alcune delle sottoindicate istruzioni:

si potrà chiederà agli astanti di:

- indagare e controllare la possibilità che il paziente sia armato
- verificare se, negli spazi in cui il paziente si trova, ci siano oggetti che possano essere utilizzati come mezzi di aggressione
- verificare se le stanze siano dotate di chiavi e cercare di rimuoverle
- verificare possibili rischi di defenestramento ponendo attenzione a finestre e balconi
- mantenere, per la propria incolumità, una distanza minima di sicurezza e disporre di facile accesso alla porta di uscita
- comprendere rapidamente se eventuali persone, che accompagnano il paziente, hanno un effetto di contenimento su di esso o ne accrescono l'aggressività
- di mantenere un comportamento calmo ed utilizzare un tono di voce pacato

Assegnazione triage telefonico

In base alle informazioni ricevute durante l'intervista telefonica, l'operatore di centrale, assegna il codice triage, e nello specifico:

- codice rosso (in presenza di almeno una delle seguenti condizioni)
 - paziente incosciente e/o che non respira (***l'alterazione di almeno un parametro vitale comporta l'uscita dal protocollo di gestione del paziente con disturbi del comportamento e segue il protocollo in uso per la specifica situazione clinica***);
 - tentativo di suicidio o atti autolesivi;
 - agitazione psicomotoria marcata con minacciata o manifesta aggressività e/o violenza verso persone o cose;
 - barricato;
 - idee suicidarie manifeste;
 - grave disturbo del comportamento correlato all'assunzione di sostanze stupefacenti o alcool;
 - anamnesi positiva per pregresse crisi psichiatriche violente;
 - gravi disturbi del comportamento legato a patologie neurologiche con deficit cognitivi

- **codice giallo** (di regola si può attribuire anche in presenza di uno dei criteri di attribuzione del codice rosso solo se è accertata la presenza insieme al paziente delle forze dell'ordine, di un medico o di altra figura che sia in grado di affrontare la gestione mantenendo così il paziente in sicurezza);
 - agitazione psicomotoria;
 - delirio/ allucinazioni;
 - alterazioni del comportamento da assunzione di sostanze stupefacenti o alcool;
 - alterazioni del comportamento legato a patologie neurologiche con deficit cognitivi;
 - richiesta TSO già redatta da un medico sul posto

- **codice verde**
 - crisi d'ansia e attacchi di panico (in pz psichiatrico e non) senza evidenza di gravi somatizzazione (ad esempio crisi tachicardiche o dispnoiche)
 - richiesta ricovero volontario

Invio del mezzo di soccorso e attivazione Enti

Dopo l'assegnazione del codice di gravità, l'operatore di centrale procede all'invio del mezzo più idoneo tra quelli disponibili, ed eventualmente, sulla base delle informazioni raccolte, provvede ad attivare ulteriori Enti preposti (Vigili del Fuoco, Polizia, Carabinieri, ecc.). Nello specifico:

Codice rosso

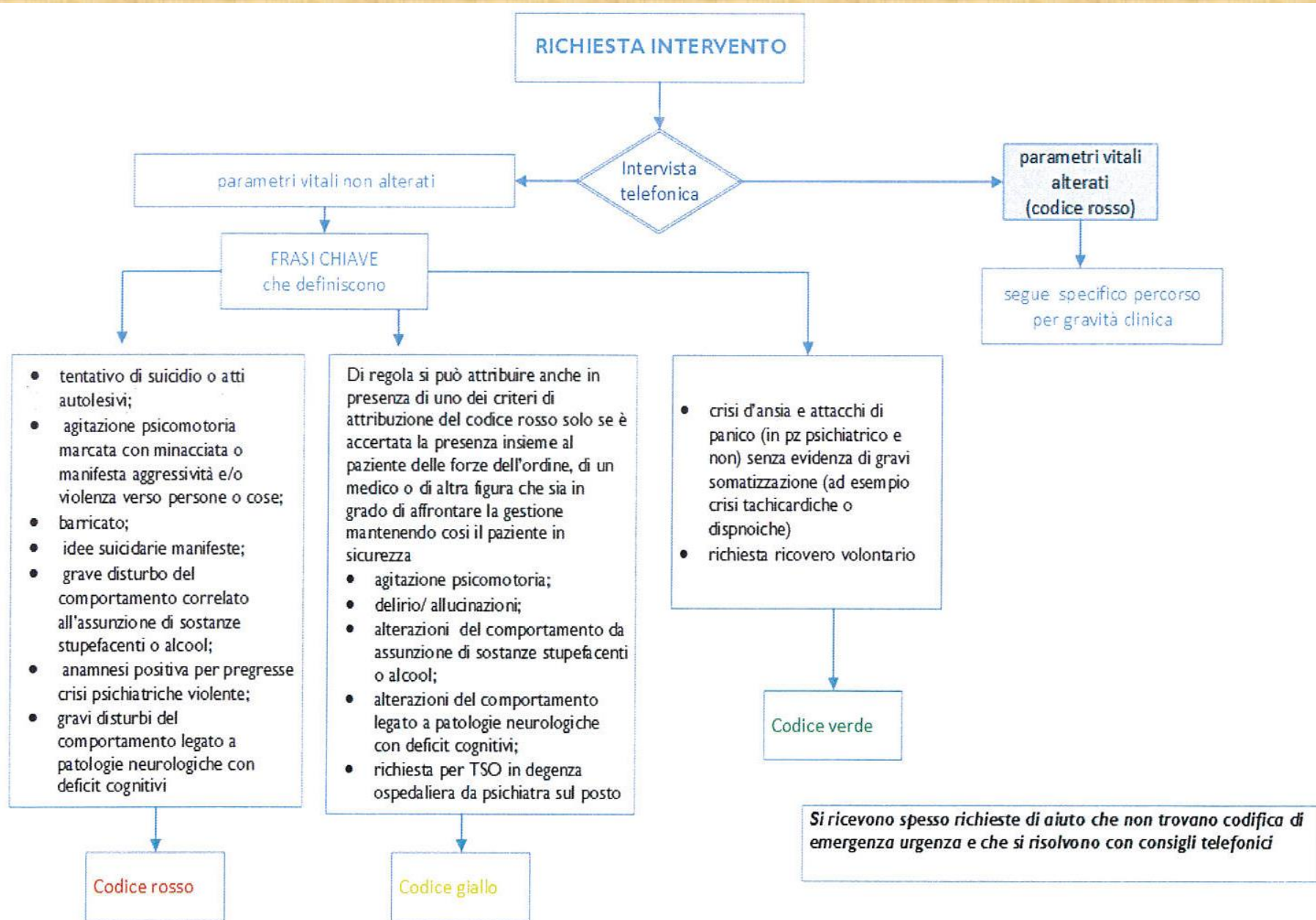
- in prima battuta, se disponibile, mezzo medicalizzato più vicino e libero, eventualmente anche secondo la procedura di "rendez-vous".
- in caso di indisponibilità o eccessiva lontananza di ambulanza medicalizzata/automedica si invia, in prima battuta, ambulanza con personale infermieristico (più vicina disponibile) e subito a seguire mezzo medicalizzato, se resosi disponibile.

Codice Giallo

- invio di ambulanza con personale infermieristico, con possibile supporto medicalizzato su richiesta dell'infermiere alla centrale operativa in seguito alla rivalutazione sul posto. Nei casi in cui l'equipaggio, arrivato sul luogo dell'evento, stabilisca la condizione di codice rosso, è anche possibile effettuare un *rendez-vous* con un mezzo di soccorso medicalizzato, auto-medica/ambulanza.

Codice verde

- invio di ambulanza con personale infermieristico, con possibile supporto medicalizzato su richiesta dell'infermiere alla centrale operativa in seguito alla rivalutazione sul posto.



FASE DI RISPOSTA - Attività sul territorio dei mezzi di soccorso

L'arrivo sul posto dell'equipaggio di soccorso comporterà:

- la valutazione della sicurezza ambientale per i medesimi operatori e per il paziente;
- la valutazione complessiva del rischio e, qualora necessario, richiedere alla centrale operativa e attendere l'intervento di altri Enti (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia, Vigili Urbani ecc.);
- durante le attività di soccorso attenersi alle strategie comportamentali e di comunicazione riportate nella procedura P- o6 “Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori del soccorso” al fine di utilizzare comportamenti che da un lato permettono di porsi in una situazione di sicurezza e dall'altro di evitare e/o interrompere la progressione dei comportamenti aggressivi, nonché di favorire la motivazione del paziente al consenso alla cura;
- qualora si raggiunga un adeguato livello di sicurezza per il paziente e per gli operatori procedere alla valutazione anamnestica raccogliendo le necessarie informazioni, se possibile dal paziente o, in alternativa, dai familiari o da persone informate (tenere presenti le cause più comuni di un quadro di agitazione, fra cui intossicazioni e/o astinenza, infezioni, demenze, ritardo mentale e patologie psichiatriche note con episodi precedenti di agitazione psicomotoria nonché eventuali patologie concomitanti e terapie farmacologiche in atto).

- l'equipaggio di soccorso, sul posto, conferma o meno che trattasi di paziente psichiatrico:
 - valuta la situazione clinica e se consente un trattamento sul posto;
 - valuta se il paziente, debitamente informato, rifiuta in maniera consapevole, le cure ed il trasporto;
 - nel caso in cui si raggiunga una graduale risoluzione di una situazione potenzialmente violenta e/o aggressiva ed il paziente acconsente alle cure ed al trasporto lo stesso verrà condotto presso la struttura ospedaliera più vicina dotata di SPDC;
 - valuta se il paziente presenta alterazioni comportamentali tali che rappresentino un pericolo attuale o immediato per l'incolumità del soggetto stesso o di terzi, ovvero che si associno alla presenza di stati confusionali o stati di coscienza gravemente alterati determinanti l'impossibilità di esprimere un valido consenso/dissenso alle cure: in tali circostanze si configurano gli elementi che rendono necessario un intervento immediato delineando, infatti, le condizioni dello stato di necessità (art., 54 del codice penale);
 - in tutte le circostanze in cui le condizioni del paziente richiedano una contenzione fisica per la sua attuazione si farà riferimento alle Forze dell'Ordine intervenute, con le quali si potrà agire di concerto.

- In tutte le circostanze in cui l'equipaggio di soccorso è composto da personale infermieristico che ravvisi la necessità di supporto medico, come da prassi, farà riferimento al medico di centrale operativa

- Contenzione fisica

Per quel che riguarda l'attività extraospedaliera le attrezzature, attualmente in uso sui mezzi di soccorso, impiegati per mettere in sicurezza l'assistito durante il trasporto, possono essere utilizzabili, all'occorrenza, anche, come mezzi di contenzione, e sono rappresentati dalle cinghie di contenzione, annesse alle barelle, la tavola spinale, il ked (quest'ultimo solo se, strettamente, necessario e dopo valutazione delle condizioni cliniche generali del paziente).

CONTENZIONE FISICA IN EMERGENZA-URGENZA

LA REALIZZAZIONE RICHIEDE :

- **Almeno 5 operatori formati e addestrati**
- **Effettuazione veloce**
- **Identificazione di un leader**
- **Ambiente privo di pericoli**
- **Svuotamento tasche del paziente**

- Contenzione farmacologica

In tutti i casi in cui si ravvisa un pericolo attuale o imminente di grave danno per il paziente o per terzi il medico procederà con una contenzione farmacologica come da attuale prassi, qualora fosse necessario. Il personale infermieristico farà riferimento al medico di centrale.

La ketamina è una opzione per la sedazione immediata del paziente gravemente agitato che può essere violento o aggressivo (Raccomandazione di consenso)

Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department

From the American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on the Adult Psychiatric Patient

La somministrazione di 5 mg / kg di ketamina intramuscolare sarebbe superiore a 10 mg di aloperidolo per via intramuscolare nella grave agitazione preospedaliera.

Clin Toxicol. 2016 agosto; 54 (7): 556-62. Uno studio prospettico di ketamina versus aloperidolo per grave agitazione preospedaliera.

Cole JB et al.

- in tutte le circostanze in cui è stata confermata un'alterazione del comportamento, dovuta a patologia psichiatrica, ovvero anche in situazioni cliniche diverse nelle quali è tuttavia presente una patologia psichiatrica e si renda necessario il ricovero del paziente presso una struttura ospedaliera, il trasporto sarà effettuato presso la struttura ospedaliera più vicina che dispone di SPDC. Questo consentirà di ridurre al minimo il disagio del paziente e di non sottoporlo ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva;

- qualora le alterazioni del comportamento siano dovute a deficit cognitivi o ad altra patologia organica, o siano legati a stati confusionali per intossicazione da sostanze stupefacenti o alcoliche, senza che vi sia una sottesa patologia psichiatrica, il paziente, in relazione alle condizioni cliniche, potrà essere trasportato al pronto soccorso del presidio ospedaliero ritenuto più opportuno;

- qualora la storia clinica del paziente non sia conosciuta e non si evinca, pertanto, anamnesi per patologie psichiatrica e le condizioni cliniche lo consentano, lo stesso sarà trasportato alla struttura ospedaliera più vicina, dotata di SPDC;

- nei casi in cui, un medico psichiatra che ha completato l'iter per la attuazione di un TSO o che necessiti di un ricovero volontario urgente, contatti la centrale operativa 118 per il trasporto del paziente questo avverrà verso il SPDC di competenza;

- in tutti i casi, durante il trasporto devono essere garantite le attività di assistenza, da parte dei sanitari, e quelli di scorta, qualora necessarie, da parte delle forze dell'ordine;

- se il sanitario, sul posto, ravvisasse, tra i presenti, una persona, familiare o conoscente che rappresenti per il paziente un riferimento o che abbia sul paziente una positiva influenza può, effettuate le dovute valutazioni, anche in riferimento alla Procedura P-08 "Trasporto familiari e/o accompagnatori a bordo dei mezzi di soccorso Ares 118", decidere di fare salire a bordo del mezzo di soccorso tale figura;

	PROCEDURA	P- 30 Rev. 0 Pagina 13 di 13
	GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO E/O CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	

Allegato alla scheda di soccorso n.....

Il Sig./ Sig.ra _____ nata/o a _____ il _____

residente a _____ via _____

si presenta all'osservazione:

Dagli elementi sopra descritti si evince uno stato di alterazione psichica che determina l'impossibilità, da parte del paziente, di prestare un valido consenso/dissenso alle cure ed al trasporto e che configura condizioni eccezionali di necessità di intervenire poiché ricorrono oggettive esigenze di salvaguardare la sua persona e/o terzi da pericolo attuale di un danno non altrimenti evitabile

Si ritiene pertanto indispensabile procedere al trasporto presso il presidio ospedaliero più appropriato

Note _____

Data _____

Equipaggio di soccorso:

Infermiere

Medico

Il ricorso allo stato di necessità permette di superare la mancanza del consenso informato, ma impone di **descrivere in modo chiaro i fatti dai quali si deduca il pericolo attuale di grave danno verso il paziente stesso o verso altri.**

**MISURE DI PREVENZIONE A SOSTEGNO DEGLI OPERATORI****IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE**

La formazione, rivolta a tutti gli operatori, si propone di implementare le conoscenze e le competenze per il riconoscimento di segnali di pericolo e/o di indicatori che sono prodromi di una aggressione, altresì, indica le metodologie di prevenzione e gestione dell'evento aggressivo, qualora si verifichi, attraverso l'apprendimento dei principi della comunicazione efficace, delle tecniche di de-escalation e dei principi generali di autodifesa.

Il corso di formazione "La prevenzione delle aggressioni", coerentemente con quanto indicato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 8, si articola nei seguenti argomenti:

- ✓ rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- ✓ norme giuridiche riguardanti: la legislazione sanitaria, il Codice Penale, il Codice Deontologico;
- ✓ riconoscimento dei segnali di pericolo, analisi dello scenario, gestione della sicurezza negli scenari di rischio;
- ✓ metodologie per la gestione dei pazienti aggressivi e violenti (comunicazione, de-escalation, autodifesa).

GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA

L'atto di violenza nei confronti di un operatore sanitario è un "evento sentinella", ovvero fa parte dell'elenco ministeriale di quegli eventi avversi che devono essere segnalati seguendo uno specifico flusso informativo.

La segnalazione rappresenta, altresì, uno strumento indispensabile per l'implementazione, ove possibile, delle strategie di prevenzione al fine di migliorare la sicurezza degli operatori.

SEGNALAZIONE DELL'ATTO DI VIOLENZA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ARES 118		PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI		Cod. M-01 Rev.2 Pag. 1 di 2													
Cognome		Nome		Matricola													
Sesso ☐ M ☐ F		Anno di nascita		Qualifica													
In servizio presso (postazione/servizio)																	
Data evento		Giorno evento		Lu Ma Me Gi Ve Sa Do													
Orario di lavoro dalle		alle		Ora evento													
L'aggressione ha riguardato più operatori? ☐ NO ☐ SI (in tal caso compilare anche seconda pagina della scheda)																	
Descrizione sintetica dell'evento:																	
LUOGO FISICO (in cui si è verificato l'evento) ☐ Durante un soccorso (se barrato compilare anche i punti sotto) ☐ In Postazione ☐ Presso PS ☐ Luogo privato ☐ Luogo pubblico (no PS): ☐ Aperto ☐ Chiuso ☐ In Centrale Operativa Sul mezzo di soccorso: ☐ In cabina guida ambulanza/automedica ☐ In cellula sanitaria ☐ In Ufficio ☐ Altro																	
TIPOLOGIA AGGRESSORE (possibile barrare più caselle) ☐ Paziente psichiatrico ☐ Tossicodipendente ☐ Etilista ☐ Agitazione d.n.d.d. ☐ Parenti/Amici ☐ Utente per una chiamata di soccorso ☐ Operatore di un servizio interpellato per motivi attinenti un soccorso ☐ Altro																	
MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE (possibile barrare più caselle) <table border="1"> <tr> <td>Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)</td> <td>Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)</td> <td>Gesti violenti senza contatto fisico</td> <td>Minacce</td> <td colspan="2">Altro (descrivere)</td> </tr> <tr> <td>Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)</td> <td>Contro oggetti</td> <td>Contro se stesso</td> <td>Contro altre persone</td> <td>Con uso di arma</td> <td>Con uso corpo contundente</td> </tr> </table>						Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)		Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente
Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)													
Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente												
FATTORI CHE POSSONO AVER FAVORITO IL VERIFICARSI DELL'EVENTO (possibile barrare più caselle) ☐ Tempo attesa prolungato ☐ Informazioni fornite ☐ Poca luce/visibilità ☐ Ostilità persone presenti ☐ Affollamento ☐ Altro (descrivere)																	
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO (possibile barrare più caselle) ☐ individuazione precoce dell'aggressore ☐ messa in sicurezza dell'aggressore in luogo dedicato ☐ utilizzo di tecniche di de-escalation ☐ sistema di sorveglianza efficace ☐ presenza forze dell'ordine ☐ Altro (descrivere)																	
ESITI DELL'EVENTO vedi nota (1) in seconda pagina ☐ Danno psicologico (possibile barrare una sola casella) ☐ certificato ☐ non certificato ☐ Danno fisico (possibile barrare una sola casella) ☐ nessuno ☐ lieve ☐ moderato ☐ severo ☐ morte																	
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE ☐ Comunicazione o denuncia infornuto ☐ Inoltrata denuncia/querela/esposto																	
Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede Data _____ Firma _____ Il sottoscritto può essere contattato presso i seguenti recapiti telefonici/e-mail: Postazione _____ Personale _____ e-mail _____																	
ATTENZIONE: Inviare a Servizio Prevenzione e Protezione spp@ares118.it (fax 0658201465)																	

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ARES 118		PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI		Cod. M-01 Rev.2 Pag. 2 di 2													
OPERATORE 2	Cognome		Nome		Matricola												
	Sesso ☐ M ☐ F		Anno di nascita		Qualifica												
	MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE (possibile barrare più caselle) <table border="1"> <tr> <td>Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)</td> <td>Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)</td> <td>Gesti violenti senza contatto fisico</td> <td>Minacce</td> <td colspan="2">Altro (descrivere)</td> </tr> <tr> <td>Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)</td> <td>Contro oggetti</td> <td>Contro se stesso</td> <td>Contro altre persone</td> <td>Con uso di arma</td> <td>Con uso corpo contundente</td> </tr> </table>					Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)		Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente
	Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)												
Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente												
ESITI DELL'EVENTO vedi nota (1) in seconda pagina ☐ Danno psicologico (possibile barrare una sola casella) ☐ certificato ☐ non certificato ☐ Danno fisico (possibile barrare una sola casella) ☐ nessuno ☐ lieve ☐ moderato ☐ severo ☐ morte																	
OPERATORE 3	Cognome		Nome		Matricola												
	Sesso ☐ M ☐ F		Anno di nascita		Qualifica												
	MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE (possibile barrare più caselle) <table border="1"> <tr> <td>Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)</td> <td>Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)</td> <td>Gesti violenti senza contatto fisico</td> <td>Minacce</td> <td colspan="2">Altro (descrivere)</td> </tr> <tr> <td>Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)</td> <td>Contro oggetti</td> <td>Contro se stesso</td> <td>Contro altre persone</td> <td>Con uso di arma</td> <td>Con uso corpo contundente</td> </tr> </table>					Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)		Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente
	Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)												
Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente												
ESITI DELL'EVENTO vedi nota (1) in seconda pagina ☐ Danno psicologico (possibile barrare una sola casella) ☐ certificato ☐ non certificato ☐ Danno fisico (possibile barrare una sola casella) ☐ nessuno ☐ lieve ☐ moderato ☐ severo ☐ morte																	
OPERATORE 4	Cognome		Nome		Matricola												
	Sesso ☐ M ☐ F		Anno di nascita		Qualifica												
	MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE (possibile barrare più caselle) <table border="1"> <tr> <td>Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)</td> <td>Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)</td> <td>Gesti violenti senza contatto fisico</td> <td>Minacce</td> <td colspan="2">Altro (descrivere)</td> </tr> <tr> <td>Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)</td> <td>Contro oggetti</td> <td>Contro se stesso</td> <td>Contro altre persone</td> <td>Con uso di arma</td> <td>Con uso corpo contundente</td> </tr> </table>					Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)		Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente
	Aggressione VERBALE (possibile barrare più caselle)	Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	Gesti violenti senza contatto fisico	Minacce	Altro (descrivere)												
Aggressione FISICA (possibile barrare più caselle)	Contro oggetti	Contro se stesso	Contro altre persone	Con uso di arma	Con uso corpo contundente												
ESITI DELL'EVENTO vedi nota (1) in seconda pagina ☐ Danno psicologico (possibile barrare una sola casella) ☐ certificato ☐ non certificato ☐ Danno fisico (possibile barrare una sola casella) ☐ nessuno ☐ lieve ☐ moderato ☐ severo ☐ morte																	

NOTA BENE:
 (1) Per esito dell'evento si intende l'intensità del danno totalmente o in parte attribuibile all'evento. Il danno è classificato in cinque classi: **Nessuno**: il soggetto è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; **Lieve**: il soggetto presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione); **Moderato**: il soggetto presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. intervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente a di lunga durata; **Severo**: il soggetto presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; **Morte**: provocata o anticipata dall'evento.

ATTENZIONE: Inviare a	Servizio Prevenzione e Protezione spp@ares118.it (fax 0658201465)
-----------------------	---

UOS Psicologia

Le conseguenze sulla salute che seguono ad una aggressione (paura, ansia, stato di inadeguatezza, senso di incompetenza, depressione, senso di solitudine, ecc.) **devono trovare congruo supporto**. Il personale dell'UOS Psicologia, acquisita la scheda di segnalazione, contatta il lavoratore e/o il team coinvolto nell'evento. In relazione allo stato di salute psicologico verrà definite il programma di sostegno.

UOS Risk Management

In relazione agli adempimenti della normativa vigente, **entro 7 giorni dal ricevimento inserisce la segnalazione nella Scheda A del Sistema informativo SIMES del Ministero della Salute**.

Acquisita la documentazione necessaria, procede ad effettuare una **analisi RCA o un audit**.

Completata la fase di analisi, l'evento viene inserito nella Scheda B del Sistema informativo SIMES entro 45 giorni.

Qualora l'analisi dell'evento evidenziasse situazioni di rischio per il reiterarsi di atti di violenza **indicherà, per quanto di competenza, i correttivi da apportare per la riduzione, se non la eliminazione del rischio**.

UOSD Affari Generali

Acquisita la scheda di segnalazione effettua le necessarie valutazioni al fine di definire se l'episodio soddisfi i criteri per procedere con atti di competenza:

- Per la costituzione di parte civile dell'ARES 118 (secondo le indicazioni della Regione Lazio), qualora il lavoratore (o d'ufficio l'autorità giudiziaria) sporga denuncia nei confronti dell'aggressore;
- Per l'eventuale sostegno nell'assistenza legale.

Servizio di Prevenzione e protezione

Il SPP provvede annualmente alla Valutazione del Rischio Atti di Violenza e alla elaborazione dell'indice infortunistico aziendale comprensivo dei dati relativi agli infortuni conseguenti agli atti di violenza.

Attraverso la valutazione annuale del rischio il SPP individua le postazioni più esposte, i cui lavoratori vengono invitati dalla UOSD Formazione a partecipare al corso di formazione obbligatorio: «La prevenzione delle Aggressioni».

Se la segnalazione evidenziasse fattori di rischio, per atti di violenza legati ad elementi strutturali dell'ambiente lavorativo, il SPP procederà ad effettuare un sopralluogo al fine di identificare i rischi esistenti o potenziali e condizioni che possano favorire atti di violenza.

ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA
Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di

ANNO 2018

VERRICELLO ☐ Stabilizzazione ☐

28/12/2018 11:12 IT RORA 422

Non disponibile

820
112
136
23.20
48.32
903

Identificazione Traumi maggiori

Caduta > 5 mt. ☐ Età < 5 anni ☐
Estricazione complessa ☐ Ustione 2°-3° grado ☐
Rid. volume anfratto ☐ Frattura n. 2 o più ☐
Proiezione all'esterno ☐ Porta penetrante ☐
Mortocollina/Cintura Sbalzata ☐ Trauma Spinale ☐
RTS < 11 ☐ Altre Deceduto nel veicolo ☐

Pupille

DX SX

A. Vie Aeree Complesse ☐ NO ☐

Non Coesiste ☐ Aspirazione ☐
Ghiaccio ☐ Disp. Sovraglottico ☐
Altre Vie ☐

B. Sottocostale ☐ Spontanea ☐ Spontanea ☐

Respiro

O - Espandibilità simmetrica ☐ ☐ ☐
P - Enfisema sottocutaneo ☐ ☐ ☐
A - Auscultazione -> normale ☐ ☐ ☐
C - Freq. respiratoria ☐ ☐ ☐

C. Sottocostale ☐ NO ☐

Emptasi ☐ Polso centrale ☐ Polso radiale ☐
Accesso venoso ☐ Monitoraggio ECG ☐
ECG 12 ☐ Teletrasmissione ☐

D. Cole ☐ Polso ☐ Fedda ☐ Sclera ☐

E. Esposizione ☐

N.D.P.

CH 3396 STATO DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA IN CH PPL 822 CON STORIA DI SINDROME BIPOLARE

CH 831 ATTUALMENTE NON INFERNO A TAVOLINO
CH 8361 (RICERCA DEI GENITORI E PARENTI) NON
CH 8364 DISPONIBILI A COLLOQUIO E VALUTAZIONE
CH 8362 PSICHIATRICA FUORI SULLA VIA BRACCIALATA A
CH 8310 1601 ESPONENDO AL POLICIA, SI PRATICO IN STATO

CH 8310 A TAVOLINO E SI TRASPORTE IN RS. CAMMINO DI NOSTRO

Trasporto in pronto soccorso ☐ Trasporto diretto in reparto di specialistica ☐
Trasporto sul posto senza trasporto ☐ Ritardo trasporto ☐
Decesso sul posto ☐ Decesso durante il trasporto ☐
Nessuno sul posto ☐ Annullato ☐

Medico Presente ☐ Medico Presente ☐
Autore ☐ Autore ☐
Firma ☐ Firma ☐

Firma Infermiere 118

Uomo di 47 anni
Bipolare, riferita
sospensione
dell'assunzione della
terapia; stato di
agitazione, non
riconosce i familiari, si
incammina lungo la
strada provinciale
causando pericolo
attuale per se stesso e
per gli automobilisti.
Polizia di Stato e
Carabinieri sul posto.
Previa breve e blanda
contenzione fisica, si
pratica midazolam 15 mg
im + ketamina 300 mg im
con sedazione in 3 min.
Trasportato all'SPDC
viene sottoposto a TSO.
Durata intervento: 140

ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA

Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di Emergenza

ANNO

2019

Provincia/Tipo Mazzo

Cod. Mazzo

Ente di appartenenza

N. Progressivo d. O.

INTERVISTA
 ATTERAGGIO VERRICELLO
 Data di nascita: 26/6/82
 Città/Prov.: ...
 Sesso: ...

ANAMNESI
 Ambulanza: ...
 Stabilizzazione: ...
 Corrente Patologica: ...
 Regione: ...

Identificazione Traumi maggiori
☐ Caduta > 3 mt.
☐ Estrazione compressa
☐ Rid. volume abitoale
☐ Proiezione all'esterno
☐ Minori/Ciclisti Sbalzato
☐ RTS < 11

☐ Età < 5 anni
☐ Ustione 2°-3° grado
☐ Frattura n. 2 ossa lunghe
☐ Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti
☐ Trauma Spinale
☐ Altro Deceduto nel veicolo

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Pupille
 DX: ...
 SX: ...

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata
 Ris. Motoria: 6 Obbedisce
 Localizzata: 7 Localizzata
 Flessione: 8 Flessione
 Estensione: 9 Estensione

Valutazione
 Apertura Oculi: 4 Spontanea
 Ris. Verbale: 5 Orientata

Uomo di 37 anni, personalità border-line assume farmaci antipsicotici e benzodiazepine in maniera irregolare, cocainomane, numerosi ricoveri SPDC. Polizia di Stato sul posto, chiamata dalla madre minacciata di morte, fermato da 6 poliziotti, si somministra midazolam 15 mg im + ketamina 300 mg im con sedazione in 3 minuti. Scialorrea. Trasportato alla SPDC vicina viene sottoposto a TSO. Durata intervento: 128 min.

ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA
Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di Soccorso

ANNO 2019

NO

Identificazione Traumi maggiori

☐ Caduta > 3 mt. ☐ Età < 5 anni

☐ Estricazione complessa ☐ Ustione 2°-3° grado

☐ Rid. volume abito ☐ Frattura n. 2 ossa lunghe

☐ Proiezione all'esterno ☐ Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti

☐ Motociclista/Cidista Sbalzato ☐ Trauma Spinale

☐ RTS < 11 ☐ Altro Deceduto nel veicolo

Pupille

☒ DX ☒ SX

A. Vite Aree ☒ **NO**

Non Cosciente ☐ Guadri ☐ Aspirazione ☐ IDT

☐ Disp. Sovrallucio ☐ Altro ☐ D₂ /min

B. Rilevazione ☒ **NO**

Respira ☐ O - Espandibilità simmetrica ☐ S ☐ N

☐ P - Enfisema sottocutaneo ☐ S ☐ N

☐ A - Auscultazione -> normale ☐ S ☐ N

☐ C - Freq. respiratoria ☐ S ☐ N

C. Emotassi ☐ S ☐ N **Polsi centrale** ☐ S ☐ N **140/80** **95**

Accesso venoso ☐ S ☐ N **Polsi radiale** ☐ S ☐ N

Refil capillare ☐ S ☐ N **Monitorag. ECG** ☐ S ☐ N

Yemp. corporea ☐ S ☐ N **ECG 12** ☐ S ☐ N

D. Cutanei ☐ Pallido ☐ Freddo ☐ Sudato **Teletrasmissione** ☐ S ☐ N

E. Esposizione ☒ **NO**

Segni e Sintomi ☐ Vertigini ☐ Melenza ☐ Dolore ☐ Nausea ☐ Espirazione ☐ Assenza sintomi

Diagnosi presunta **C.O.S.T.O.2**

RICHIESTA DI RILICOVERO URGENTE PER DECURIO PSICOTICO DA PARTE DEL MEDICO CURANTE.

Presidi **EN 88 Z** **ATL ARROV PULCONT** **EN 88 64** **AGITATA OSTILE NON ACCETTA IL** **EN 88 65** **CALCO PAV TORALIS E TRASPORTO IN** **EN 88 241** **PS. IN CONSIDERAZIONE DELL'IDAGMONO DOLORE** **EN 88 52** **(FINO DEL NONO VENDETTA DIVINA), PRELIMINAR LA SOLA**

Applicazione procedura ☒ **NO**

Trasportato in pronto soccorso ☐ T.S.O. ☐ Medico Presente ☐ Informare 118 ☐ Prelo in carico da: ☐ Medico DEA ☐ Infermiere DEA

Trasporto diretto in reparto di specialisti ☐ Autorità Giudiziaria ☐ Refil trasporto ☐ Refil trasporto ☐ Refil trasporto ☐ Refil trasporto

Decesso sul posto ☐ S ☐ N **Decesso durante il trasporto** ☐ S ☐ N

Nessuno sul posto ☐ S ☐ N **Annulato** ☐ S ☐ N

Il paziente ha espresso consenso informato al trasporto in ospedale ☐ S ☐ N **Al trattamento sanitario** ☐ S ☐ N **Al trattamento sanitario personale (D.Lgs. 196/03)** ☐ S ☐ N

Il paziente nonostante sia stato ben edotto sui rischi nei quali incorre e avendoli ben compresi rifiuta trasporto in ospedale ☐ S ☐ N **trattamento sanitario** ☐ S ☐ N

Firma Infermiere 118 **Firma Medico 118**

Donna di 40 anni, non riferita storia psichiatrica né assume farmaci. Chiamato il medico curante dai famigliari che riferiscono comparsa da alcuni giorni di ideazione delirante a sfondo mistico con pensieri apocalittici. Richiesto ricovero urgente. Aggressiva nei confronti del personale intervenuto, visto come figure demoniache, impermeabile al colloquio, si somministra, senza resistenza, midazolam 15 mg im + ketamina 300 mg im con sedazione in 3 minuti. Trasportato alla SPDC vicina viene sottoposto a TSO. Durata intervento: 77 min.

***GRAZIE
DELL'ATTENZIONE***

