

Rev. 02 – Data 01/10/23 Approvato dalla Direzione Sanitaria	Procedura n° 2 <u>Rischio clinico, escalation comportamentale,</u> <u>emergenze e rischio suicidio</u> <u>“ANTENNA BEOLCHI”</u>	Pagine 1/4
---	---	------------

PREVENZIONE degli EVENTI CRITICI

Premessa

Vista la casistica e la criticità dei quadri clinici dei minori inseriti nella SRT-NPIA Antenna Beolchi, è fondamentale prevedere azioni di tutela della sicurezza per tutto il periodo del collocamento.

1. Nel momento dell’inserimento si verificano attentamente i bagagli del/la minore e si procede ad eliminare tutto ciò che può essere pericoloso come forbici, specchi, lamette ecc. Questi oggetti saranno o restituiti ai familiari oppure custoditi in spazi protetti e accessibili ai soli operatori.
2. Periodicamente si procede al “controllo” delle stanze e degli spazi comunitari per verificare la presenza di eventuali oggetti pericolosi e procedere alla rimozione.
3. Dopo le visite o i rientri a casa si devono controllare borse ed eventualmente il/la minore per verificare che non abbia oggetti potenzialmente pericolosi
4. Dopo ogni uscita dalla comunità è fondamentale verificare che i minori non si siano appropriati di oggetti potenzialmente pericolosi.
5. Ogni sintomo o evento significativo va condiviso tempestivamente con l’equipe e informato il Coordinatore di Unità Operativa (CUO).
6. Va predisposto un controllo sistematico della struttura per verificare che non ci siano elementi di potenziale pericolo come le corde delle tapparelle allentate o scoperte, o fili elettrici scoperti o elementi rotti che possano rappresentare un pericolo.
7. Va segnalata tempestivamente, anche per iscritto, ogni rottura evidenziata.
8. Ogni evento critico va riportato in modo puntuale e dettagliato.

Tutto il personale è tenuto a conoscere e ad applicare attentamente le procedure di prevenzione degli eventi critici e gestione delle emergenze cliniche per la riduzione e gestione del rischio.

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) l’agitazione è definita come *“un’eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna”*. Nel corso di tali condizioni aumenta il rischio di messa in atto di comportamenti violenti o potenzialmente dannosi.

Prevenire le crisi di agitazione psicomotoria rappresenta un requisito per la sicurezza degli utenti e degli operatori.

A tal fine è necessario monitorare nel tempo lo stato psichico del minore e, sulla base di questo, predisporre un trattamento efficace.

E' necessario quindi riconoscere precocemente i primi segni agitazione psicomotoria, per la messa in atto tempestiva di interventi di gestione del rischio.

E' opportuno che per le situazioni di maggiore rischio si evidenzino i segni precoci di ricaduta da monitorare attentamente. Tali segni precoci possono variare da soggetto a soggetto e vanno individuati e condivisi dalle fasi iniziali di inserimento a quelle di trattamento terapeutico.

Fondamentale quindi è per gli operatori la formazione specifica sul riconoscimento precoce dei segnali d'allarme, attuata attraverso periodici incontri formativi e seminari a tema.

Nel caso in cui si evidenzino segnali d'allarme è necessario che l'operatore attui le seguenti azioni caratterizzate da interventi ambientali e de-escalation:

- Spostare l'utente in un ambiente calmo, tranquillo
- Informare il medico specialista della struttura e la CUO
- Rimuovere gli oggetti che potrebbero essere utilizzati per infliggere danni a sé o ad altri
- Mostrarsi comprensivi nei confronti del/la minore e disponibili all'ascolto
- Rispondere in modo sicuro ma esprimendo al tempo stesso supporto e comprensione
- Porre domande che aiutino alla comprensione sugli interventi da mettere in atto per la gestione dell'agitazione e dell'aggressività
- Evitare ambienti angusti o chiusi che possano essere di impedimento alla gestione fisica delle condotte aggressive
- Evitare atteggiamenti come avvicinarsi in maniera minacciosa, usare un tono di voce alterato o uno sguardo di sfida
- Evitare di commentare in maniera polemica le comunicazioni del/la minore e stimolare la riflessione sui suoi contenuti dando manifestazioni di accoglimento dei bisogni che manifesta.
- In talune situazioni può essere utile cercare di sdrammatizzare e riportare i contenuti su un livello di minore tensione

Nella prima riunione di équipe verrà discusso quanto avvenuto anche al fine di modificare le strategie educative e terapeutiche.

Se l'esito dell'intervento non è positivo ed esiste il rischio concreto di passaggio a comportamenti violenti si attivano le Procedure Di Gestione Dell'emergenze Cliniche per quanto attinente alla situazione critica.

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE CLINICHE

Di seguito sono elencate le principali situazioni critiche.

- 1. CRISI ACUTA:** l'infermiere o l'operatore in turno deve consultare il medico specialista della Struttura per valutare lo stato clinico del paziente e per attuare gli opportuni interventi. Se necessario, richiede l'intervento dei servizi di emergenza (112; Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica).
- 2. SOFFOCAMENTO DA BOLO ALIMENTARE:** il medico, l'infermiere o l'operatore in turno deve disostruire il cavo orale secondo le direttive del Primo soccorso e mettere in atto le manovre opportune (Heimlich); se persistono sintomi di difficoltà respiratoria chiamare il 112, mantenendo sorveglianza sul paziente.
- 3. INGESTIONE DI SOSTANZE TOSSICHE o DI OGGETTI:** l'infermiere o l'operatore in turno, sentito il medico specialista della Struttura, deve chiamare il 112 per invio urgente in Pronto soccorso, mantenendo nell'attesa dell'intervento la continuità della sorveglianza sul paziente.
- 4. ECCESSIVA SEDAZIONE FARMACI:** l'infermiere o l'operatore non deve somministrare farmaci e deve interpellare il medico specialista, mantenendo la continuità della sorveglianza sul paziente. In base alle direttive del medico specialista vengono attuati gli opportuni interventi, anche con chiamata al 112.
- 5. TAGLI ACCIDENTALI:** l'infermiere o l'operatore in turno deve medicare la ferita, se di minima entità, secondo le procedure indicate dal Primo Soccorso. Se di maggiore entità dopo aver consultato il medico specialista della SRT-NPIA si procede con l'accesso al PS.
- 6. TAGLI AUTO-PROVOCATI:** l'infermiere o l'operatore in turno deve avvisare il medico specialista e se di minima entità medicare secondo le procedure indicate dal Primo soccorso; se di maggiore entità si procede con l'accesso al PS.
- 7. EFFETTI INDESIDERATI ACUTI DA FARMACI:** (tremori rigidità muscolare prurito arrossamento cutaneo): l'infermiere o l'operatore in turno deve segnalare al medico specialista o in sua assenza al medico di base o alla guardia medica o al 112.
- 8. PERDITA DI COSCIENZA:** l'infermiere o l'operatore in turno deve mettere il paziente in POSIZIONE DI SICUREZZA e chiamare il medico di riferimento o il 112, mantenendo nell'attesa dell'intervento la continuità della sorveglianza.
- 9. CADUTA ACCIDENTALE:** l'infermiere o l'operatore in turno deve accertarsi che il paziente non abbia riportato lesioni, in caso contrario deve avvisare prontamente il medico specialista o il 112 senza movimentazione del paziente e mantenendo nell'attesa dell'intervento la continuità della sorveglianza.

10. EMERGENZA DOVUTA A FUGA: per fuga s'intende l'allontanamento dalla struttura senza le necessarie autorizzazioni o il mancato rientro entro l'orario stabilito. E' comunque d'obbligo in qualsiasi situazione segnalare immediatamente l'allontanamento dell'ospite dalla comunità al CUO che procederà ad informare il direttore sanitario, forze dell'ordine, familiari e servizio inviante nel minor tempo possibile. Un operatore in turno, con l'autorizzazione del CUO, potrà staccarsi dalla comunità per tentare di rintracciare il minore segnalando appena possibile la posizione dell'ospite al CUO per le opportune iniziative per ricondurlo nella struttura.

11. CRISI ACUTA DEL PAZIENTE: in caso di crisi acuta si rimanda al paragrafo introduttivo del presente documento.

12. EMERGENZA DOVUTA AD AGGRESSIONE: in caso di crisi di aggressività è necessario mettere in atto tutti i comportamenti volti alla riduzione del danno e la messa in sicurezza degli altri ospiti e degli operatori. Se la situazione è particolarmente pericolosa e/o critica è necessario richiedere l'intervento del 112 dopo aver avvisato il CUO e il medico specialista della Struttura.

13. RISCHIO SUICIDARIO: in caso di tentativo auto-soppressivo si informa il medico specialista della Struttura e il CUO che sulla base di una prima valutazione metteranno in atto le iniziative ritenute opportune sia in termini di interventi immediati che di prevenzione di ulteriori agiti. Ne verrà data comunicazione al Direttore Sanitario e ai Servizi di riferimento.

E' necessario registrare ogni evento sia sul diario individuale dell'utente che sul modulo emergenze che verrà conservato nella Cartella Clinica nell'area terapeutico riabilitativa.

La responsabilità della definizione delle procedure da eseguirsi nelle emergenze è della Direzione Sanitaria, della Responsabile e del Coordinatore della Struttura.

Ogni operatore è responsabile della corretta esecuzione di dette procedure.