

## PROTOCOLLO GESTIONE EMERGENZE

CASO 1: Paziente con urgenza/emergenza medica.

1. **Mattina/Pomeriggio** (operatori in turno: n.3 Infermiere; n. 1 O.S.S.; n.1 Te.R.P.; n.1 Psicologa; n.1 Medico; n.2 guardie giurate)

- Rilevazione stato di emergenza
- Chiamata del Medico di turno e recupero del carrello emergenze:

A) Situazione grave.

Caso X: L'operatore 1 riscontra un'emergenza medica, rileva i parametri vitali (es.: in caso di arresto cardio-respiratorio inizia la RCP), l'operatore 2 avverte il medico e recupera il carrello di emergenza.

Il medico constata l'emergenza medica;

L'operatore 2 chiama il 118 su indicazione del medico di turno quando già presente in struttura;

L'operatore 3 avverte la guardia giurata che chiama il Comando dei Carabinieri di Capoterra per la scorta dell'ambulanza.

Gli operatori 3 e 4 sorvegliano la struttura e assicurano gli altri pazienti;

2. **Notte** (operatori in turno: n.1 Infermiere; n.1 O.S.S.; n.2 guardie giurate)

B) Situazione grave.

Caso X: L'operatore 1 trova e riscontra un'emergenza medica, rileva i parametri vitali (es.: in caso di arresto cardio-respiratorio inizia la RCP);

L'operatore 2 chiama il 118 e recupera il carrello di emergenza, successivamente avverte il medico di guardia medica ed il medico reperibile, e avverte la guardia giurata che chiama il 112 per la scorta dell'ambulanza;

Intanto operatori 1 e 2 iniziano le manovre di RCP in attesa dell'arrivo dei soccorsi.

# PROTOCOLLO GESTIONE EMERGENZA PAZIENTE AGGRESSIVO

## Gestione del paziente psichiatrico aggressivo all'interno della R.E.M.S.

### **Mantenersi di fronte al paziente.**

Conservare una distanza di sicurezza (più della lunghezza del braccio del paziente). Tale distanza è chiamata *distanza sociale* che, oltre a non consentire un contatto fisico, evita di sollecitare ulteriormente l'aggressività del soggetto entrando in quel territorio privato chiamato *distanza intima*.

### **Seguire lo sguardo del paziente**

Molto importante è lo sguardo del paziente che può segnalare, ad esempio, la presenza di fenomeni di tipo allucinatorio. Se il paziente mentre sta parlando volge lo sguardo altrove, senza che ciò sia giustificato da uno stimolo sensoriale esterno, è possibile ipotizzare la presenza di "voci imperative" che a volte, in questi casi, determinano un comportamento aggressivo. Va osservato che, comunque, il distogliere lo sguardo dall'interlocutore è un fatto che generalmente precede il passaggio all'atto.

### **Non intervenire da soli**

È importante essere almeno in due. Un operatore terrà il contatto verbale con il paziente, mentre il secondo provvederà eventualmente a chiedere ulteriore soccorso. Il secondo operatore dovrebbe mantenere una funzione di supporto per eventuali interventi, senza tuttavia assumere il ruolo di interlocutore. Anche fisicamente il secondo operatore deve rimanere all'esterno dello spazio occupato dal paziente e dall'interlocutore principale (collocandosi in quell'area chiamata *distanza pubblica*), assumendo il ruolo di osservatore silenzioso. Un comportamento attivo di più interlocutori potrebbe provocare una maggiore agitazione nel paziente che non è in grado di controllare stimoli multipli.

### **È importante la rassicurazione**

Spesso le reazioni degli operatori sono direttamente correlate al comportamento del paziente, quindi se quest'ultimo è aggressivo, l'operatore potrebbe a sua volta avere un comportamento analogo, anche lui impegnato a difendere il proprio spazio da un pericolo. In realtà, è importante ricordare che si ha di fronte, prima ancora di una persona aggressiva, una persona spaventata che, probabilmente, sente minacciato il proprio spazio vitale. Pertanto, al fine di ridurre una reazione violenta, è più efficace adottare un tono e una risposta rassicurante (anche la voce, secondo la sua modulazione, può essere più o meno invasiva). A volte è più utile mantenere il silenzio e non rispondere alle provocazioni del paziente.

### **Non intervenire farmacologicamente se non strettamente necessario**

Ricordare che l'agitazione non sempre è conseguenza di una patologia psichiatrica, quindi non sempre è necessaria una terapia sedativa. In certi casi, una terapia farmacologica allo scopo di controllare l'agitazione è addirittura controindicata. È pertanto necessario identificare la causa dell'agitazione per effettuare un intervento specifico. Quindi, anche se esiste l'indicazione di un preparato "al bisogno", è sempre il medico che deve valutare l'opportunità del trattamento farmacologico e, qualora somministrato, segnalarlo in cartella.

### **Non fingere di ignorare le minacce**

Una risposta tendente a minimizzare, banalizzare o negare l'aggressività del paziente è quasi automaticamente un invito ad elevare il livello dello scontro.

### **Non rispondere in modo aggressivo o canzonatorio**

In altre parole, non essere a propria volta aggressivi significa:

- Non offendere
- Non minacciare
- Non accettare le provocazioni
- Non accettare la sfida
- Non pensare o dire: "Adesso le faccio vedere io..." oppure: "A me così non si fa"
- Non fare del sarcasmo
- Non fare prove di forza

- Non irrigidirsi

**Qualsiasi intervento decidiate di avviare, fatelo con fermezza**

È importante agire in modo deciso, pur non diventando mai aggressivi, comunicando sempre con il paziente, senza titubanze, che quello che dite o farete gli sarà utile. Spesso il paziente agitato si trova in uno stato di incertezza e di perdita di riferimenti che gli danno sicurezza. Può essere utile quindi offrire riferimenti al paziente dandogli delle indicazioni di comportamento.

**Sostenere lo sguardo e la conversazione in modo fermo, deciso, convinto e rispettoso**

È importante intrattenere il paziente conversando anche se, in quel momento, sembra non essere in grado di ascoltare. Il paziente, infatti, tende a percepire maggiormente il tono della voce piuttosto che il contenuto, pertanto un tono di voce rassicurante può avere degli effetti positivi. È possibile entrare in empatia con frasi come:

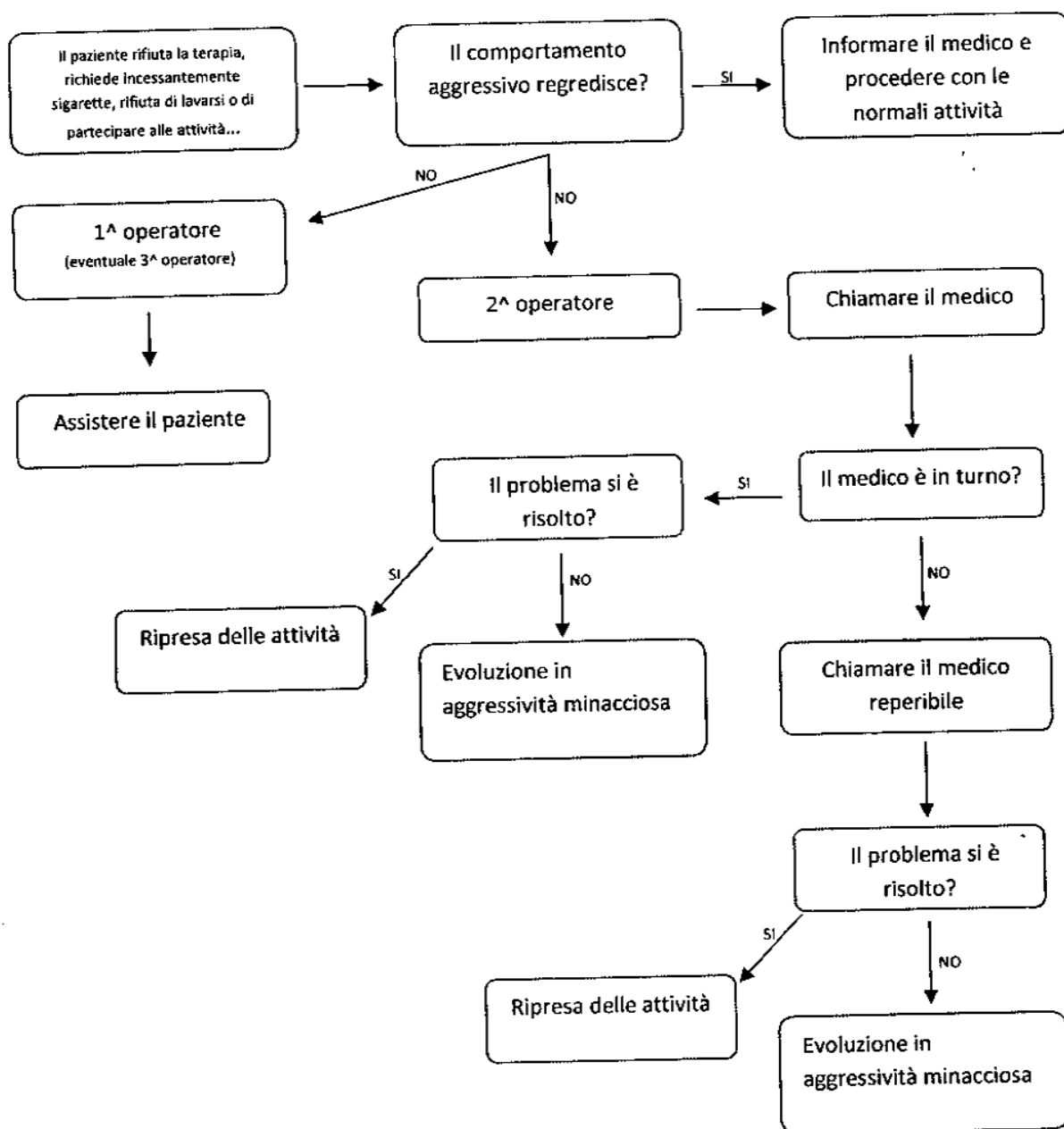
- “Posso esserle utile?”
- “Possiamo risolvere in questo modo...”
- “Capisco”
- “Vediamo come posso aiutarla”
- “Vorrei capire meglio”...

Sono identificati 3 livelli di aggressività:

1. aggressione verbale/negativismo
2. aggressività minacciosa
3. aggressività potenzialmente lesiva

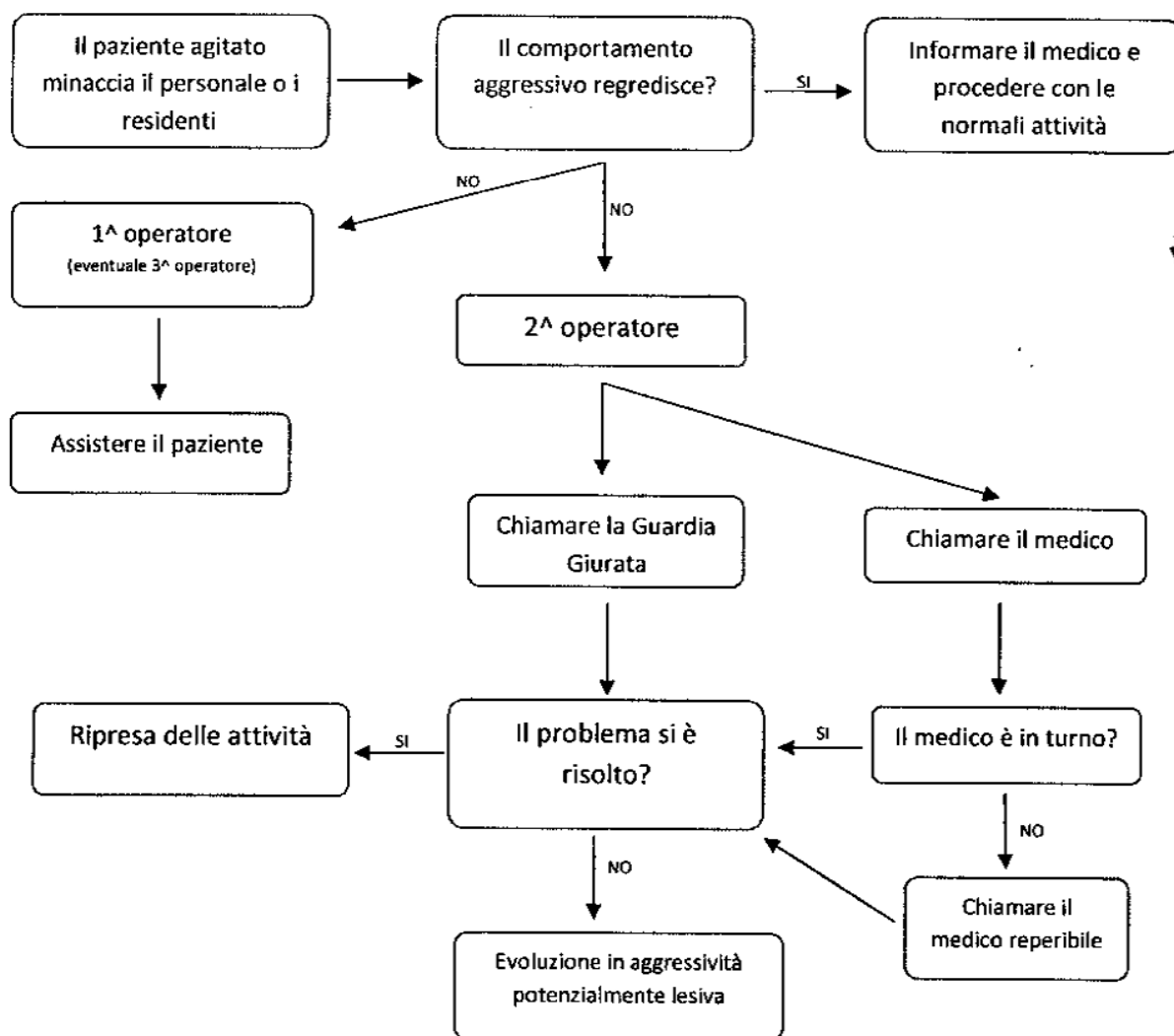
### AGGRESSIONE VERBALE/NEGATIVISMO

**Definizione:** atteggiamento molesto e/o violento che il paziente potrebbe adottare in seguito alla richiesta di assunzione di terapia, partecipazione alle attività, igiene personale, limitazione di sigarette.



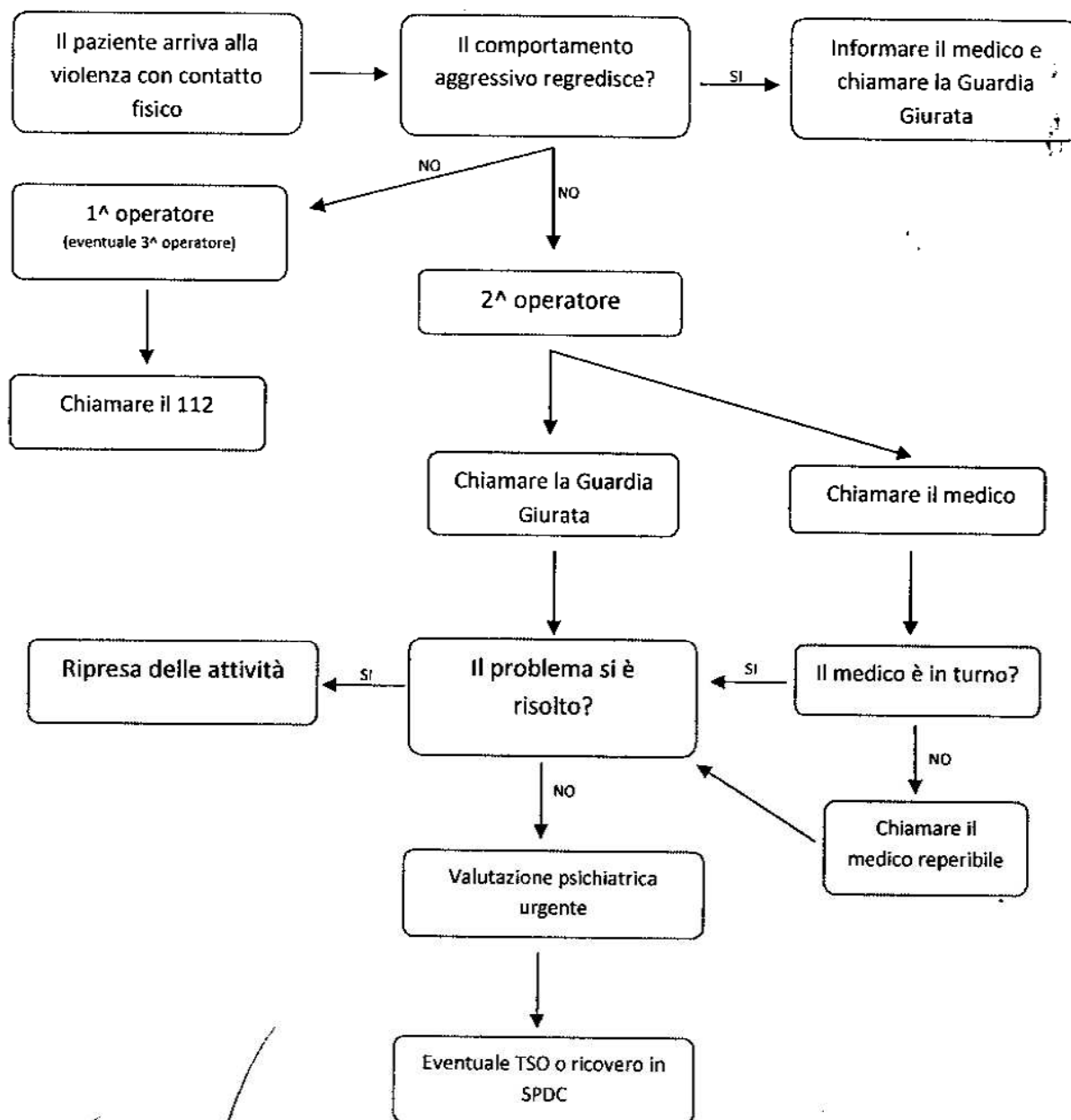
## AGGRESSIVITÀ MINACCIOSA

**Definizione:** atteggiamento violento di minaccia fisica, senza contatto, verso gli operatori o altri residenti.



# AGGRESSIVITÀ POTENZIALMENTE LESIVA

**Definizione:** atteggiamento violento con potenziale contatto fisico, verso gli operatori o altri residenti.



Servizio Sanitario Regione Autonoma della Sardegna  
ASL N. 6 Sanluri  
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze  
SRPAI/REMS

## GESTIONE ALLARME ANTINCENDIO

### GIORNO

Lo spegnimento dell'allarme antincendio viene gestito esclusivamente dal personale della RSA

### NOTTE

Al momento dell'attivazione dell'allarme antincendio:

- **Il primo operatore** avvisa la Guardia Giurata, la quale rimarrà all'interno della REMS con un operatore.
- **Il secondo operatore** si recherà in RSA e allerverà il personale in turno affinché provveda alla disattivazione dell'allarme.  
Successivamente rientrerà nella REMS

*In caso non sia possibile reperire il personale della RSA in turno, l'allarme può essere disattivato dal centralino del sistema antincendio, con relative istruzioni, situato nella porta verde accanto alla reception (accessibile con passepartout).*

## ACCESSO ALLO SPAZIO ESTERNO PER GLI OSPITI

L'accesso allo spazio esterno agli ospiti è permesso **esclusivamente** dalle ore **09.00** alle ore **21.00** con l'**accompagnamento** degli operatori.

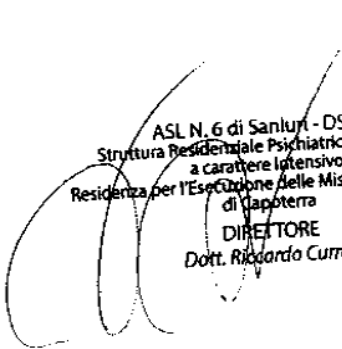
ASL N. 6 di Sassari - DSMD  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a carattere intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capoterra  
DIRETTORE  
Dott. Riccardo Curreli

# PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DEI TAGLIANTI

\* L' utilizzo delle forbici **NON** è consentito a nessun paziente, invece sono utilizzabili i tagliaunghie che verranno riconsegnati al personale in turno dopo l'uso.

\* È consigliato ai pazienti l'uso dei rasoi elettrici, qualora non impossessato, gli verrà fornito dal personale il rasoio monouso con la disposizione di utilizzarlo con la porta aperta in modo tale che il personale possa vigilare.

Dopo l'utilizzo il rasoio verrà riconsegnato al personale.



ASL N. 6 di Sanluri - DSMD  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a carattere intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capoterra  
DIRETTORE  
Dott. Riccardo Curreli

## GESTIONE DELLA SICUREZZA DURANTE LA RIUNIONE D'EQUIPE POMERIDIANA

Durante la riunione d'equipe del cambio turno delle 14:00 :

- Una Guardia Giurata rimarrà ai monitor mentre l'altra entrerà all'interno della REMS
- Un Operatore, **quando necessario**, rimarrà con la Guardia Giurata per l'intera durata della riunione
- Per tutta la durata della riunione i pazienti **non potranno accedere** nel cortile.

ASL N. 6 di Sanluri - DSMO  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a carattere intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capofila  
DIRETTORE  
Dott. Riccardo Curreli

# ORARI APERTURA PORTA ESTERNA

Da oggi 24/09/2015 la porta che conduce allo spazio esterno, rimarrà aperta nei seguenti orari:

**MATTINO:** dalle 10:30 (dopo l' incontro di gruppo) sino alle 11:30.

**POMERIGGIO:** dalle 16:30 alle 18:00.

La sorveglianza degli ospiti, da parte di operatori e GPG, potrà essere effettuata anche dall' interno (se si è impegnati in attività).

Durante il resto della giornata rimangono vigenti le precedenti disposizioni.

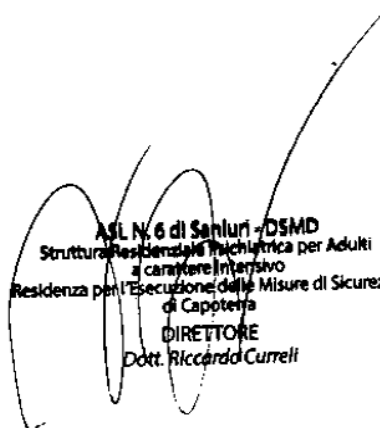
Data 24/09/2015

Il direttore  
Dott. Riccardo Curreli  
  
ASL N. 3 di Sanluri - DSMD  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a Carattere Intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capoterra  
DIRETTORE  
Dott. Riccardo Curreli

Pr. NP/2015/5293  
del 24/09/2015 h. 16:07

## **PROTOCOLLO ENTRATA PAZIENTI NELLA REMS**

1. Operatore 1 esce dalla porta principale ed apre con il telecomando il cancello esterno della RSA.
2. Operatore 1 rientra dalla porta principale ed avverte le Guardie Giurate di disinserire l'allarme dei cancelli esterni della REMS.
3. Operatori 2 e 3 aprono il cancello esterno della REMS ed accolgono i pazienti.
4. Operatore 3 (ed eventuali operatori 5 e 6) si assicura che i pazienti rimangano all'interno della struttura nel momento di apertura dei cancelli esterni della REMS, e che la porta di accesso al giardino sia chiusa.
5. Operatore 4 chiude i cancelli ed entra ad avvisare le Guardie Giurate di reinserire l'allarme dei cancelli esterni della REMS e chiude con il telecomando il cancello esterno della RSA.



ASL N. 6 di Sanluri - DSMD  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a carattere intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capoterra  
**DIRETTORE**  
Dott. Riccardo Curreli

## **PROCEDURA ACCOGLIENZA PAZIENTE**

### **SRPAI - MODULO REMS**

- 1) Arrivo del paziente con l'automezzo delle Forze dell'Ordine nello spazio recintato esterno di pertinenza della REMS, dopo aver superato il cancello d'ingresso che separa questo spazio da quello esterno di pertinenza della RSA;**
  - 2) Accoglienza del paziente davanti alla porta che dallo spazio cintato esterno immette all'interno della REMS;**
  - 3) Accompagnamento all'interno della struttura del paziente e trasporto dei suoi effetti personali nella sala riunioni della REMS;**
  - 4) Presentazione tra il paziente e personale in turno e gli altri ospiti presenti in struttura;**
  - 5) Breve descrizione da parte del personale in turno del funzionamento della struttura, dei suoi obiettivi terapeutico -riabilitativi e delle comuni regole di convivenza;**
  - 6) Consegna al paziente da parte del Dirigente Medico in turno del documento contenente i principi contenuti nella descrizione sopra riportata, con richiesta di restituzione, dopo il necessario periodo di lettura e riflessione, del documento firmato e datato. Questo documento (contratto terapeutico) verrà inserito nella cartella clinica;**
  - 7) Presentazione al paziente della propria stanza, e prima sommaria organizzazione degli effetti personali nell'armadio e nei cassetti;**
  - 8) Consegna agli operatori in turno degli effetti personali preziosi e degli altri effetti personali che per disposizioni di opportunità e sicurezza non possono essere affidati al paziente e che verranno custoditi nella cassaforte sita a questo scopo nella REMS. Al paziente verrà rilasciata ricevuta che il paziente firmerà e la cui copia verrà custodita nella cassaforte insieme agli effetti personali consegnati. La ricevuta deve essere controfirmata dal Dirigente Medico in turno;**
  - 9) Procedura di immatricolazione curata dal personale del DAP nella stanza della REMS appositamente dedicata a questa funzione;**
-

- 10) Presentazione della struttura al paziente;
- 11) Colloquio clinico curato dal Dirigente Medico in turno al fine di redigere una breve relazione sulle condizioni dello stato clinico del paziente al momento dell'ingresso nella struttura, rimandando al giorno successivo la raccolta dell'anamnesi e la valutazione del fascicolo clinico e giudiziario;
- 12) Avvio delle pratiche di domiciliazione sanitaria, con la collaborazione del personale amministrativo della Rems, necessarie alla scelta del Medico di Medicina Generale, il quale provvederà, appena la procedura di scelta verrà conclusa, ad effettuare una valutazione complessiva delle condizioni di salute fisica del paziente, comprensiva di elettrocardiogramma. Questa valutazione verrà inclusa nella cartella clinica.

SRPAI , Modulo REMS, 22.06.2015

  
Il Direttore Sanitario  
**Riccardo Curreli**  
Servizio Sanitario Regione Autonoma della Sardegna  
ASL N. 6 Sanluri  
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze  
SRPAI/REMS