



AGGRESSIONI ED ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI EVENTI

**LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI DEL SERVIZIO
SANITARIO DELLA REGIONE DEL VENETO**

Sommario

PREMESSA.....	2
GLOSSARIO.....	3
1. EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO	4
2. OBIETTIVO.....	4
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	5
4. AGGRESSIVITÀ E VIOLENZA.....	5
4.1 Tipologie di aggressività	5
4.2 Tipologie di violenza	5
5. MAPPATURA DEI RISCHI.....	6
5.1 Analisi del contesto organizzativo.....	6
5.1.2 Audit su evento significativo (SEA)	6
5.2 Analisi delle conseguenze degli episodi di violenza.....	6
5.2.1 La gestione dell'operatore vittima di aggressione/atto di violenza.....	7
6. STRATEGIE DI PREVENZIONE.....	8
6.1 Informazione.....	8
6.2 Misure di prevenzione strutturali /tecnologiche	8
6.3 Misure organizzative.....	9
6.4 La gestione dei comportamenti.....	9
6.4.1 La formazione	9
7. LA GESTIONE DELLA PERSONA AGGRESSIVA	10
7.1 Approccio in sicurezza al paziente violento o agitato.....	10
7.2 Fattori scatenanti, segnali predittivi e strategie comportamentali	10
8. AMBITI PARTICOLARI	13
8.1 Screening dei pazienti potenzialmente aggressivi in un Dipartimento di Emergenza.....	13

PREMESSA

La sicurezza sul posto di lavoro rappresenta un obiettivo perseguito nel tempo da Enti, da Istituzioni e dai lavoratori stessi e regolamentato da norme che definiscono i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali in tema di salute del lavoratore.

Con il D.Lgs. n. 626/94 veniva sancito il primo quadro normativo per la regolamentazione dei requisiti sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e nel successivo D.Lgs. n. 81/2008 venivano definiti i criteri per la mappatura dei rischi dei lavoratori e gli obiettivi, per ambiti di attività, per la promozione e gestione della sicurezza ed il monitoraggio degli esiti.

Nel contesto nazionale gli esiti derivanti da malattia o infortunio sull'ambiente di lavoro vengono monitorati dall'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL). Le attività che costantemente vengono promosse sono orientate all'impegno di elevare i livelli di conoscenza e di consapevolezza sui rischi presenti nell'ambiente di lavoro e sulle corrette misure di prevenzione e protezione individuali e collettive.¹

Nel contesto del settore Sanità e Servizi Sociali tra i rischi maggiormente ricorrenti, si annovera il rischio di aggressione e/o atti di violenza contro gli operatori sanitari. Tali eventi sono oggetto di grande attenzione sociale, scientifica e mediatica.

La relazione tra clima e contesto sociale aggressivo è ampiamente diffusa come evidenziato da frequenti segnalazioni di episodi di bullismo, violenza familiare, aggressività, intolleranza civile riportati quasi quotidianamente dai mass-media. In particolare, purtroppo, tali manifestazioni si innescano con episodi di tensione anche in quei settori nei quali la relazione tra il pubblico ed i soggetti erogatori di prestazioni o servizi alla persona è rilevante ai fini della tutela della salute.²

Già nel 2007 il Ministero della Salute aveva emanato la "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" che rientrava così tra gli eventi sentinella oggetto di segnalazione.³

Il 13 marzo 2018, presso il Ministero della Salute, si è insediato l'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari. Tale istituzione ha il compito di raccogliere ed analizzare i dati sul fenomeno della violenza e concretizzare proposte che consentano una efficace azione preventiva, anche attraverso nuove norme giuridiche, a livello dell'organizzazione dei servizi sanitari.

La Regione del Veneto nel PSSR 2019-2023 (Piano Socio Sanitario Regionale)⁴ riconosce al sistema sanitario regionale un ruolo fondamentale nell'economia della Regione e una voce importante di investimento sia dal punto di vista finanziario che organizzativo.

In Veneto sono impegnati circa 70.000 professionisti nelle diverse strutture del servizio sanitario pubblico, ai quali si affiancano molte altre migliaia di professionisti impiegati nelle strutture private accreditate e nelle diverse unità di offerta del servizio socio sanitario, sia di carattere residenziale che domiciliare.⁴

L'impegno della Regione Veneto nel garantire la salute e il benessere dei lavoratori è rivolto al contrasto degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, promuovere processi culturali atti ad aumentare la responsabilizzazione delle persone e delle comunità di vita e di lavoro.⁴

Nella programmazione regionale le linee strategiche in tema di programmazione riguardano: il perfezionamento dei sistemi di rilevazione dei rischi e dei danni da lavoro correlato, il rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico, il miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e dell'attuazione da parte dei destinatari delle norme.⁴

¹ <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione.html>.

² Consulta interassociativa Italiana per la prevenzione – dicembre 2019.

³ Ministero della Salute Raccomandazione n. 8, novembre 2007.

⁴ Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 Allegato A "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023".

GLOSSARIO

Aggressività	Tendenza a manifestare un comportamento ostile che ha per fine un aumento di potere.
Aggressività verbale	Ostilità verbale quali affermazioni o invettive con l'intento di provocare danno psicologico verso un'altra persona, attraverso l'umiliazione e la mortificazione, nonché le minacce di aggressione fisica.
Aggressività fisica contro oggetti	Distruzione sconsiderata e deliberata di oggetti del reparto e di altre persone.
Aggressività fisica autodiretta	Lesioni fisiche provocate contro la propria persona.
Aggressività fisica contro altre persone	Azione violenta intesa a provocare dolore, danno fisico, o morte di un'altra persona.
Atti di violenza	Sono considerati atti di violenza gli insulti, le minacce e qualsiasi forma di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da parte di soggetti esterni all'organizzazione, compresi i pazienti, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di un individuo.
Evento Avverso	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
Evento Sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno all'utente e/o determinare una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.
Escalation	Aumento progressivo o intensificazione graduale di una fase aggressiva (ad es. discussione con manifestazioni di aggressiva crescente).
De-escalation	La de-escalation è l'insieme di interventi di desensibilizzazione che hanno come obiettivo il contenere lo sviluppo comportamentale naturale del ciclo dell'aggressione e riportare lo stato di eccitazione ad un livello di maggiore sicurezza. Interruzione dello sviluppo di una fase aggressiva con diminuzione dell'aggressività di un soggetto.
Danno	Alterazione, temporanea o permanente, di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
Operatori sanitari	Sono considerati operatori sanitari tutti coloro che risultano coinvolti in processi clinico-assistenziali rivolti alla persona in organizzazioni che erogano prestazioni socio sanitarie.
Violenza a danno degli operatori sanitari	Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nell'ambito di una Struttura Sanitaria a carico del personale in servizio. Sono considerati atti di violenza a danno del personale che lavora nelle strutture sanitarie: insulti, minacce e qualsiasi forma di aggressione fisica o psicologica, praticate sul lavoro da parte di pazienti o accompagnatori, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere psico-fisico di un individuo. Nel presente contesto <u>non vengono inclusi</u> gli episodi di violenza fisica e psicologica legati a soggetti interni alle organizzazioni sanitarie (collegli, supervisor, manager) come il bullying o il mobbing meritevoli di una trattazione <i>ad hoc</i> .
Strumento di previsione del rischio	Strumento che mira a calcolare il rischio di accadimento dell'evento oggetto di studio, sia in termini di "a rischio" – "non a rischio" sia in termini di "basso-medio-alto rischio".
FF.OO.	Forze dell'Ordine
RSPP	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione

1. EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO

La violenza nei luoghi di lavoro in sanità è un fenomeno critico ed in costante aumento,^{5,6} sul quale inizia ad esserci una crescente consapevolezza da parte degli operatori.

Considerando i dati relativi ad Eventi Sentinella inviati al Ministero della Salute (segnalazioni pervenute tra settembre 2005 e dicembre 2012) gli “atti di violenza a danno di operatore” risultano, per frequenza, al quarto posto (8,6% del totale) tra tutti quelli segnalati tramite il sistema SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità).⁷

In uno studio effettuato da Nursind, nel 2017, mediante un sondaggio al quale hanno aderito oltre 5.000 operatori sanitari si evidenzia come la violenza si manifesti con aggressione verbale (48,1%), verbale e fisica (45,5%) o fisica (6,4%) e sia stata intrapresa da pazienti (40,1%), parenti (34,3%), entrambi (17%) o altri utenti casuali (8,6%).

Considerando il genere c'è una leggera tendenza ad aggredire personale femminile, tenuto conto, però, che il personale del SSN nel 2015 era composto per il 66% di femmine e il 34% di maschi, si può ragionevolmente sostenere che, nell'indagine compiuta, l'aggressore non facesse distinzioni di genere.⁸

In un'indagine del 2018, condotta da ANAEO/Assomed, su di un campione di 1.280 medici, il 65% degli intervistati ha dichiarato di essere stato vittima di aggressioni; di questi il 66,2% ha riferito aggressioni verbali mentre il 33,8% aggressioni fisiche. Un'ulteriore analisi regionale evidenzia come la percentuale di aggressioni sia fisiche che verbali incrementi fino al 72,1% al Sud e nelle Isole. Il dato risulta essere ancora più allarmante per il personale medico che lavora in Pronto Soccorso e 118 dove la stessa percentuale sale all'80,2%.

Prendendo in considerazione le aggressioni fisiche, invece, particolarmente colpiti risultano essere i medici impiegati nei reparti di Psichiatria/SERD (34,1% di tutte le aggressioni fisiche) e i medici di Pronto soccorso/118 (20,3%). Per dare un'indicazione della gravità di questi atti di violenza fisica viene riportato il dato che da tali aggressioni sono derivate prognosi comprese tra i 3 ed i 100 giorni di astensione dal lavoro⁹.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo generale del presente documento è favorire la crescita di un percorso di prevenzione nei confronti degli atti di violenza contro gli operatori sanitari, stimolando e indirizzando le Aziende Sanitarie ad elaborare strategie e programmi omogenei specificatamente dedicati alla riduzione del rischio di violenza a danno degli operatori ed aumentando la consapevolezza sull'argomento degli stessi.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede, infatti, che l'organizzazione sanitaria definisca il proprio orientamento rispetto alla violenza sul lavoro, identifichi le aree ed i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere strategie di prevenzione mirate.

Obiettivi specifici di questo documento sono:

- mappare i rischi di aggressione degli operatori sanitari individuando le aree più critiche per frequenza di eventi;

⁵ Bureau of labor statistics (2009), Case and demographic characteristics for work-related injuries and illnesses involving days away from work, 10, Washington DC, US Department of Labor.

⁶ Hegney D, Tuckett A, Parker D et al (2010), Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed, a cross-sector analysis, Int J Nurs Pract, 16: 188-202.

⁷ Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012); http://www.Salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni/2353_allegato.pdf

⁸ Indagine sulle aggressioni al personale sanitario. Centro Studi Nursind. <https://www.osservatoriodiritti.it/wpcontent/uploads/2018/04/aggressioni-ai-medici-nursind.pdf>.

⁹ Sondaggio ANAEO ASSOMED sulle aggressioni ai sanitari. http://www.anaeo.it/public/aaa_7861190_relazione_indagine_aggressioni_giugno_2018.pdf

- rilevare tipologia e gravità in termini di esiti del fenomeno violenza;
- individuare i fattori che possono favorire l'insorgenza di fenomeni di aggressività/violenza in ambito lavorativo;
- implementare strategie di prevenzione e contenimento delle condizioni di rischio;
- elevare, mediante percorsi formativi strutturati, conoscenze e competenze degli operatori sanitari sui comportamenti che possono essere adottati in tali contesti per prevenirli o quantomeno ridurne gli effetti.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento di indirizzo è rivolto alla tutela di tutti gli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie, individuate dalle Legge n.3 del 2018, che operano nelle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate della Regione del Veneto.

4. AGGRESSIVITÀ E VIOLENZA

L'Occupational Safety and Health Administration (Osha) definisce la violenza sul luogo di lavoro come «*Ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, spaziando da minacce, abuso verbale, aggressione fisica fino all'omicidio*».¹⁰

Nel contesto specifico delle linee di indirizzo proposte viene preso in considerazione il fenomeno delle aggressioni da parte dell'utenza nei confronti degli operatori sanitari. In questo ambito, nelle seguenti tabelle, vengono definiti gli eventi oggetto di misurazione.

4.1 Tipologie di aggressività

L'aggressività è la tendenza a manifestare un comportamento ostile che ha per fine un aumento di potere dell'aggressore e una diminuzione di potere della persona oggetto di aggressione. Tale atteggiamento si presenta come reazione ad una reale o percepita minaccia al proprio potere.

Nella tabella 1 vengono riassunte le varie tipologie di aggressività¹¹

Aggressività verbale	Ostilità verbale, quali affermazioni o invettive con l'intento di provocare danno psicologico comportante un riduzione dell'autostima della persona
Aggressività fisica contro oggetti	Distruzione sconsiderata e deliberata di ogni tipo di oggetto disponibile.
Aggressività fisica contro persone	Azione violenta intensa come percosse che non provocano lesioni personali

4.2 Tipologie di violenza

Nella tabella 2 vengono riassunte le principali tipologie di atti di violenza

Violenza verbale	Insulti, offese, minacce, calunnie, diffamazione lesive dell'onore della persona
Violenza fisica	Sputi, graffi, morsi, pizzicotti, pugni, spinte energiche contro suppellettili o pareti, calci, strozzamento o strangolamento, ferita da arma

¹⁰ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh

¹¹Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry 1986

5. MAPPATURA DEI RISCHI

I fattori di rischio variano da struttura a struttura e sono in funzione alla tipologia di utenza, ai servizi erogati, all'ubicazione ed alla dimensione della struttura⁹.

L'analisi del contesto lavorativo deve identificare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che potrebbero incrementare il verificarsi degli episodi.

5.1 Analisi del contesto organizzativo

L'analisi del contesto organizzativo comprende la valutazione della tipologia di utenza, delle attività e delle prestazioni erogate al fine di:

- raccogliere i dati relativi al fenomeno della violenza a livello aziendale in termini di:
 - o incidenza complessiva aziendale e frazionata per singole unità operative o servizio;
 - o dinamica degli eventi;
 - o presenza di fattori scatenanti/attenuanti;
 - o severità degli episodi di aggressione.

Per una adeguata raccolta dati risulta essenziale sostenere la segnalazione degli eventi di aggressioni/violenza ai danni degli operatori sanitari.

In Riferimento alla DGR 2255 del 30/12/2016 relativamente ai sistemi di segnalazione di *incident reporting* si raccomanda la segnalazione al Risk Manager aziendale dell'evento "Aggressione/atto di violenza contro operatore sanitario". La notifica al risk manager aziendale deve avvenire tramite sistema informatico regionale, al link <https://salute.regione.veneto.it/web/gsrc/incidentreporting>, ove sarà presente in formato editabile la scheda di segnalazione degli atti di violenza.

Stimolare la sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo degli strumenti di segnalazione, mediante la compilazione dell'apposita scheda informatizzata ed, eventualmente, prevedere l'attivazione di iniziative di collaborazione con le Forze dell'Ordine, in relazione alle caratteristiche dell'episodio occorso.

Qualora, come da Protocollo Ministeriale, l'evento presenti caratteristiche di evento sentinella sarà cura del Risk Manager Aziendale procedere con la segnalazione nel Flusso SIMES Ministeriale. Successivamente andranno attivate le strategie di analisi e rielaborazione dell'accaduto, coinvolgendo le figure aziendali deputate alla sicurezza dell'ambiente di lavoro, al fine di adottare strategie di miglioramento e verificare l'avvenuta presa in carico della vittima in programmi di sostegno e recupero.

5.1.2 Audit su evento significativo (SEA)

Come proposto dal documento regionale "Linee di indirizzo per la gestione degli audit aziendali su eventi avversi" del 2019¹², i Risk Manager aziendali devono promuovere degli audit mirati all'analisi dell'evento e all'individuazione delle aree su cui orientare i programmi di miglioramento.

La Direzione Strategica Aziendale può coinvolgere, in audit congiunti, il servizio di Prevenzione, il Risk Manager Aziendale ed i servizi di Psicologia ospedaliera al fine di analizzare i contesti a rischio negli eventuali episodi di violenza occorsi.

5.2 Analisi delle conseguenze degli episodi di violenza

L'analisi delle conseguenze comprende la valutazione della tipologia di lesioni/menomazioni prodotte sull'operatore sanitario prestando particolare attenzione alla rilevazione di:

- o danno psichico;

¹² Azienda Zero - UOC Rischio Clinico - Nota prot. n.1318 del 27-6-2019 "Linee di indirizzo per la gestione degli audit aziendali su eventi avversi"

- danno fisico;
- giornate di assenza dal lavoro.

5.2.1 La gestione dell'operatore vittima di aggressione/atto di violenza.

Gli operatori vittima di aggressioni e/o violenza o con conseguenze traumatizzanti per aver assistito ad un episodio di violenza necessitano di un programma di trattamento e sostegno.

Il personale coinvolto nell'episodio dovrebbe ricevere il primo soccorso ed il trattamento sanitario, inclusi la valutazione ed il supporto psicologico, a prescindere dalla severità dell'evento. Il trauma psicologico di breve e lunga durata può influire sui rapporti interpersonali sia con la famiglia che con i colleghi di lavoro e indurre ansia nel rientro al lavoro.⁸

Tabella 3 Esiti sull'operatore

Ripercussioni psicologiche	Rabbia - Senso di impotenza - Ansia - Insonnia - Tristezza - Disgusto - Abbattimento - Paura - Disappunto - Incredulità - Stupore - Odio - Bassa autostima - Fallimento - Disperazione - Senso di Colpevolezza - Vergogna
Danni fisici	Ecchimosi - Escoriazioni - Contusioni - Ematomi - Lacerazioni - Ferite - Fratture - Trauma cranico
Danni materiali	Rottura protesi (protesi dentaria etc.) - Danni ad effetti personali
Danni professionali ed organizzativi	Danni di d'immagine mediante l'uso improprio dei social media orientato al mancato rispetto dell'attività professionale attraverso la diffusione di commenti di disprezzo e/o diffamatori e/o furti di identità e diffusione di notizie inappropriate - Malattie e assenteismo - Richieste di trasferimento in altro reparto/Struttura - Abbandono posto di lavoro

Il primo soccorso all'operatore vittima di violenza deve essere garantito mediante visita al Pronto Soccorso per la valutazione e refertazione degli esiti dell'evento con contestuale segnalazione INAIL ed eventualmente referto Autorità Giudiziaria se del caso.

Successivamente l'organizzazione deve prevedere ogni forma di supporto nei confronti della vittima di aggressione, che può essere esercitato attraverso una serie di azioni:

- inizialmente, subito dopo l'evento, è importante un approccio empatico ed informale da parte dei primi soccorritori per affrontare il "defusing", ovvero il disinnescamento dello stato emotivo. Tale fase consente lo sfogo ed il superamento della sensazione di abbandono e contestualmente permette di fornire le prime indicazioni su come fronteggiare la situazione.
- qualche giorno dopo è bene riprendere la riflessione sull'accaduto in un contesto dedicato dove l'episodio viene raccontato e rivisitato, e la persona possa esprimere i propri vissuti e sentirsi sostenuta. È importante che la persona sia informata che le aggressioni possono comportare degli esiti, anche a medio e lungo termine, compreso l'emergere di una sintomatologia da stress post-traumatico.
- nei casi di una vera e propria sintomatologia da stress post-traumatico è indicato il ricorso ad un supporto specialistico individuale (tramite il servizio di psicologia ospedaliera).

6. STRATEGIE DI PREVENZIONE

6.1 Informazione

La comunicazione tra il cittadino e il professionista sanitario risulta determinante per stabilire e mantenere nel tempo un rapporto di fiducia reciproco orientato al soddisfacimento del bisogno di cura.

Una comunicazione efficace risulta fondamentale per creare consapevolezza nel cittadino relativamente ai principi che guidano gli operatori sanitari nell'esercizio della propria missione di cura verso gli assistiti. Al contempo il professionista sanitario deve garantire l'attenzione circa l'importanza di informare correttamente e tempestivamente l'assistito basandosi sul principio che la partecipazione attiva ed informata e la piena adesione al percorso di cura proposto sono fattori determinanti per il ripristino dei livelli di salute.

Risulta determinante rafforzare l'alleanza terapeutica per garantire al clinico di esercitare la professione come prevedono i codici deontologici^{13, 14}, in piena autorevolezza e forza intellettuale ed etica e che la persona assistita possa mantenere il diritto ad essere protagonista di scelte consapevoli del proprio percorso di cura.

Il principio fondante di una relazione assertiva efficace si basa sulla qualità delle informazioni che possano offrire al cittadino gli strumenti necessari per comprendere il contesto sanitario in cui si trova, i percorsi e le procedure che lo vedono coinvolto al fine di elevare la consapevolezza e consenso del progetto di cura necessario alla risoluzione dei suoi bisogni.

6.2 Misure di prevenzione strutturali /tecnologiche

Successivamente all'analisi del contesto e all'identificazione dei rischi, occorre definire le misure necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili.

Fra queste, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si elencano una serie di possibili misure da attuare:

1. ambienti ritenuti particolarmente ad alto rischio: è possibile prevedere l'utilizzo di impianti di sorveglianza, identificati con adeguata cartellonistica con scopo informativo nei confronti dell'utenza nel rispetto delle norma sulla privacy¹⁵;
2. servizi dislocati in aree socialmente degradate: anche in questo caso può essere utile prevedere la presenza di personale di vigilanza attiva e/o la dotazione di sistemi di allarme che consentano, ad operatori ed utenti, di segnalare condizioni di emergenza o pericolo ed al contempo richiedere assistenza direttamente al personale preposto alla sicurezza;
3. adeguatezza dei locali che devono possedere le caratteristiche previste dai sistemi per l'autorizzazione e l'accreditamento:
 - arredi confortevoli e in numero sufficiente affinché pazienti e utenti in attesa non debbano trascorrere lunghi periodi in piedi;
 - numero adeguato di servizi igienici privi di elementi come corde e catene;
 - aree ristoro (distributori di acqua, bevande etc.);
 - essere facilmente raggiungibili ed accessibili da parte dell'utenza, prevedendo segnaletica orizzontale e verticale di facile interpretazione;
 - essere privi di arredi che possano essere utilizzati come corpi contundenti, disponendo gli estintori e gli altri sistemi antincendio assicurati alla parete o in nicchie incassate nel muro.

¹³ Codice Deontologico FNOMCeO, 2014

¹⁴ Codice Deontologico FNOPI, 2019

¹⁵ Regolamento UE Privacy n. 679/2016 GDPR; entrato in vigore in Italia con D.Lgs. 101/2018.

6.3 Misure organizzative

Oltre agli interventi strutturali e tecnologici vanno implementate delle misure organizzative specifiche per ogni ambiente, basate sulla valutazione dei rischi. Di seguito (Tabella 3) vengono riassunti gli ambiti sui quali è opportuno favorire l'implementazione di opportune strategie.

Tabella 3. Ambiti che necessitano di strategie preventive

Comunicazione e Gestione delle attese	<ul style="list-style-type: none">- Promuovere iniziative per la gestione dell'accoglienza e delle relazioni con l'utenza nelle sale di attesa.- Implementare progetti di informazione rivolti all'utenza circa le modalità di accesso ai luoghi di cura e i tempi di attesa nell'ottica del coinvolgimento dell'assistito¹⁶.- Assicurare informazioni tempestive anche a familiari e accompagnatori, ovviamente nel rispetto della privacy e della volontà del paziente.- Garantire sportelli informativi costantemente presidiati da un operatore durante l'orario di apertura al pubblico.- Adottare strategie utili a garantire una comunicazione efficace in considerazione della variabilità legata agli aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici, prevedendo ove necessario il supporto della figura professionale del mediatore culturale.- Prevedere il rinforzo informativo all'utenza mediante l'utilizzo di cartellonistica e/o depliant e/o video esplicativi nelle aree di maggior permanenza.- Promuovere nella cittadinanza, nei pazienti e nei visitatori la cultura della "tolleranza zero" verso gli atti di violenza, fisica o verbale, nei confronti degli operatori sanitari mediante l'utilizzo di cartellonistica (esempio Allegato 1) e/o dépliant-brochure e/o video.
Piani di lavoro	<p>Ove possibile prevedere piani di lavoro che comportino la collaborazione proficua tra vari operatori sanitari evitando che gli stessi lavorino isolati.</p> <p>Organizzare per le prestazioni non programmabili (come ad es. Pronto Soccorso, Centri Prelievi, ambulatori di prime cure, ecc.) le attività in modo da assicurare la presenza di un numero adeguato di operatori, specie nelle fasce orarie in cui sia prevedibile il maggior affollamento da parte degli utenti.</p> <p>Definire, in casi particolari come attività con soggetti affetti da patologie psichiatriche e/o dipendenza o problematiche socio assistenziali (consultori), procedure di lavoro che prevedano la presenza, nel momento in cui viene erogata la prestazione, di più operatori a contatto visivo, uditivo o, se necessario, fisico.</p>

6.4 La gestione dei comportamenti

6.4.1 La formazione

Gli atti di violenza/aggressione possono verificarsi sul luogo di lavoro nonostante le misure preventive messe in atto. Per questo gli operatori sanitari che si relazionano con i pazienti e i visitatori, in contesti ospedalieri e territoriali, devono essere opportunamente formati e addestrati a prevenire e a saper gestire gli episodi di violenza e le loro conseguenze.

L'obiettivo principale delle attività formative mira ad aumentare il livello di consapevolezza rispetto ai segnali predittivi di comportamenti aggressivi mediante l'acquisizione di nuovi saperi e la conseguente adozione di nuove strategie di contenimento da parte del personale sanitario.

Obiettivo dichiarato delle presenti linee di indirizzo è quello di formulare un programma formativo che sarà oggetto di valutazione presso la FSSP (Fondazione Scuola Sanità Pubblica) del Veneto. Tale progetto sarà orientato a formare istruttori che, a loro volta avranno, formeranno il personale nelle relative Aziende Sanitarie di provenienza.

¹⁶ Ministero della Salute – Collane Uniti per la Sicurezza – Guida per il cittadino – aprile 2010 – http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1

La seguente formazione rivolta agli operatori sanitari dovrà essere prevista nei piani Formativi Aziendali annuali e sarà orientata all'acquisizione di specifiche conoscenze in merito a:

- rischi specifici connessi alle diverse attività assistenziali in contesti sanitari sia ospedalieri che territoriali;
- metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o di aggressività che possono condurre a episodi di violenza;
- tecniche efficaci di comunicazione;
- metodologie di prevenzione;
- gestione dell'aggressività dichiarata (es. tecniche di de-escalation).

7. LA GESTIONE DELLA PERSONA AGGRESSIVA

7.1 Approccio in sicurezza al paziente violento o agitato.

Il personale sanitario può incontrare pazienti che manifestano comportamenti violenti nei confronti del personale in servizio e/o di altri pazienti degenti in reparto. In questi casi è molto importante riconoscere i segni precoci di una violenza incipiente e sviluppare un approccio gestionale che riduca la possibilità di lesioni al personale, al paziente stesso o ad altri pazienti (nell'eventualità sarà compito delle FFOO di intervenire in situazioni di rischio imminente per l'incolumità dei presenti).

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione (il ciclo dell'aggressività) che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

Il ciclo dell'aggressività si compone di più fasi, che vanno prontamente riconosciute, poiché ciascuna di esse risulta associata a specifiche tecniche di intervento.

7.2 Fattori scatenanti, segnali predittivi e strategie comportamentali

Il ciclo dell'aggressività si scatena solitamente a seguito di uno o più stimoli (veri o presunti) che l'aggressore percepisce come avversativi (trigger).

La fase trigger è legata a fattori specifici (ad es. caratteristiche individuali dell'aggressore, disinibizione indotta dall'assunzione di sostanze, presenza di fattori di provocazione). Altri fattori possono essere ricondotti al contesto (ed es. clima di tensione, atteggiamento degli operatori sanitari, attese prolungate) o a elementi strutturali (ed es. spazi privi di privacy).

L'avvio del processo si manifesta con comportamenti verbali ed espressivi (mimici) della persona con uno stato di attivazione e allerta (ad es. rifiuto regolamenti della Struttura, atteggiamenti aggressivi).

L'intervento più opportuno in questa fase sarà riconoscere e rimuovere il trigger.

La fase dell'escalation si manifesta con un aumento dello stato di agitazione psicomotoria con minacce ad alta voce, eloquio scurrile, gesticolazione vivace contro oggetti, arredamento o persone. Per gestire tali segnali premonitori e condurre ad azioni di **de-escalation** è necessario innescare uno stato di allerta volto a garantire la sicurezza del personale e di tutti i presenti per scongiurare le conseguenze di un eventuale atto violento improvviso.

Le strategie di riconoscimento e di controllo in queste fasi (Tabella 4 e 5) risultano importanti per il contenimento dell'evento potenzialmente violento.

Tabella 4 Segnali predittivi per l'attivazione di uno stato di allerta

Segnali predittivi	<p>Espressioni di rabbia o frustrazione. Innalzamento del tono di voce. Gesti minacciosi o gestualità esagerata. Espressioni di rabbia o frustrazione. Minacce.¹⁷ Contenuti verbali "gridati" e "sopra le righe". Pugni chiusi. Denti serrati. Cammino continuo e con movimento circolare. Tremori, sudorazione profusa, pallore e/o rossore al volto. Attitudine ad avvicinarsi fisicamente in modo minaccioso. Respiro rapido. Contatto visivo diretto e prolungato. Paura incontrollata. Segni d'intossicazione da droga o alcool.</p>
---------------------------	--

Tabella 5 Strategie di de-escalation.

	COSA FARE	COSA EVITARE
Comunicazione	<p>Stabilire un contatto verbale. Qualora sia conosciuto chiamare sempre per cognome la persona in segno di rispetto e di attenzione. Fornire informazioni chiare su tempi di attesa e le relative motivazioni di eventuali prolungamenti. Esprimere le proprie intenzioni prima di avvicinarsi o compiere delle azioni. Usare frasi brevi dal contenuto chiaro. Se la persona non ha compreso il significato, semplificare sempre più. Utilizzare un tono di voce calmo e rassicurante. Lasciare tempo alla persona per esprimersi e descrivere il motivo della sua inquietudine. Ridurre la tensione dichiarandosi disponibili alla ricerca di una soluzione comune. Formulare domande che prevedano una risposta aperta. Fornire scelte alternative in modo da distrarre dall'oggetto del contendere e/o problema principale.</p>	<p>Usare soprannomi. Alzare il tono della voce per sovrastare la persona. Interrompere la persona in modo autoritario e minaccioso. Rispondere alle minacce con altre minacce. Dare ordini o avvertimenti, discutere, biasimare, rimproverare o giudicare, ironizzare o fare del sarcasmo, elogiare o sminuire. Formulare promesse che non possono realizzarsi.</p>
Postura	<p>Mantenere una costante "condizione di attenzione". Adottare un atteggiamento tranquillo e fermo. Non rimanere solo con una persona che potrebbe essere violenta. Mantenere sempre la possibilità di una via di fuga. Incoraggiare l'utente aggressivo a sedersi, in caso di rifiuto si raccomanda anche all'operatore di rimanere in stazione eretta.</p>	<p>Adottare un atteggiamento che potrebbe essere interpretato come aggressivo (ad esempio: muoversi rapidamente, avvicinarsi troppo o toccare la persona). Volgere le spalle all'utente aggressivo. Minacciare la persona utilizzando la mano o il dito puntato o avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente.</p>

¹⁷ Minacce indirette: adire vie legali ("Io la denuncio!"); rivolgersi all'Ordine ("faccio un esposto all'Ordine") - rivolgersi al Sindaco ("Vado a parlare col Sindaco!")

	<p>Non sedersi dietro ad una scrivania senza via di fuga</p> <p>Mantenere una distanza circa 4 volte superiore rispetto a quella usuale.</p> <p>Porsi lateralmente rispetto alla persona in modo da osservare senza invadere lo spazio e consentendo alla persona di non dover sostenere lo sguardo.</p> <p>Allontanare o rimuovere oggetti pesanti o taglienti.</p> <p>Non permettere alla persona potenzialmente violenta di bloccare la porta.</p>	
Controllo	<p>Isolare la persona in “ambiente neutro”, se possibile, con più bassi stimoli, allontanando persone estranee che spesso sono all’origine di situazioni difficili.</p> <p>Mantenere un atteggiamento assertivo: è necessario fargli capire l’intenzione di comprendere il suo disagio, offrire aiuto, ma che non sono accettabili comportamenti violenti o minacce.</p> <p>Ogni intervento deve essere ponderato ed eseguito con fermezza coinvolgendo la persona spiegandogli limiti e ruoli in modo autorevole, ma non aggressivo.</p> <p>Mantenere un atteggiamento rispettoso: la persona in preda ad agitazione è sensibile alla vergogna ed alla mancanza di rispetto.</p> <p>Allontanare altri pazienti e/o visitatori.</p> <p>Non insistere nel visitare la persona se è visibilmente minacciosa.</p>	<p>Simulare indifferenza: la minimizzazione può aumentare l’aggressività della persona</p>

Fase Critica

Il termine crisi è comunemente inteso come “rottura dell’equilibrio” sia a livello individuale (equilibrio tra forze interne e difese dell’Io), che relazionale con gli altri (equilibrio fino a quel momento relativamente stabile).

Quando le tecniche di de-escalation falliscono e il ciclo dell’aggressione raggiunge la fase critica, l’attenzione del personale sanitario deve essere focalizzata alla sicurezza e mirata alla riduzione delle conseguenze dell’atto violento (Tabella 6).

Tabella 6. Fase critica e tecniche di de-escalation

Fasi	Segni clinici	Interventi Immediati	Interventi di stabilizzazione
Crisi	<ul style="list-style-type: none"> - Massima eccitazione fuori controllo - Manifestazione di atti violenti verbali e/o fisici 	<ul style="list-style-type: none"> - Allontanamento operatore - Allontanamento aggressore - Garantire la sicurezza delle persone presenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Allertare intervento FF.OO - In extrema ratio contenere¹⁸ l’aggressore
Recupero-Depressione Post Crisi	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dello stato di agitazione, ma alta vulnerabilità a nuovo trigger con recidive della condotta violenta - Rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale - Sentimenti di colpa 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare ulteriori stimoli alla persona quali rimproveri, discussione 	<ul style="list-style-type: none"> - Dare sostegno per l’elaborazione dell’accaduto

¹⁸art. 54 c.p. e dall’art. 2045 c.c. Stato di necessità reale ed attuale

Fase del recupero post-crisi

Si tratta di una fase molto delicata nella quale l'aggressore percepisce sentimenti di colpa, vergogna o rimorso che, se sollecitati da interventi intempestivi, potrebbero scatenare una riacutizzazione della crisi. Vanno quindi decisamente evitati troppi stimoli al paziente, e soprattutto richieste di discutere l'accaduto o rimproveri.

8. AMBITI PARTICOLARI

Sussistono ambiti di lavoro nei quali statisticamente si verificano con maggior frequenza episodi di aggressione e violenza nei confronti degli operatori sanitari in particolare nelle Unità Operative di Psichiatria e SERD e nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

Le emergenze psichiatriche possono essere definite come un cambiamento acuto nel comportamento di un soggetto con un impatto negativo sulle sue capacità di interagire con l'ambiente circostante.

Spesso questi pazienti si presentano in un tale stato di crisi nel quale i loro meccanismi di compenso basali sono stati prevaricati da circostanze reali o percepite tali.

Le emergenze psichiatriche possono necessitare di una valutazione medica generale prima di poter prendere una decisione su trattamenti specialistici (consulenza psichiatrica) con interventi farmacologici di tipo minimale o più globale, che possono influenzare alcune condizioni cliniche generali (es. Sdr QT-lungo).

Nell'affrontare queste situazioni di emergenza è necessario dare priorità ai propri sforzi clinici sulla base di quattro aspetti principali:

1. garantire la propria sicurezza e il benessere psicofisico del personale in servizio se sono presenti pazienti con forte stato di agitazione o manifestazioni di violenza;
2. effettuare una valutazione di screening cercando di escludere cause organiche ed eventualmente completando un percorso di sicurezza dal punto di vista psichiatrico. La valutazione di screening deve garantire che non sussista una causa organica sottostante in grado di spiegare la condizione clinica del paziente, ovvero che abbia indotto direttamente le alterazioni comportamentali o che la causa organica non sia il risultato finale delle stesse alterazioni comportamentali (per esempio malnutrizione o disidratazione).

La valutazione di screening include anche una valutazione di sicurezza dal punto di vista psichiatrico cercando di identificare idee suicidarie, idee omicidarie o l'incapacità del paziente di prendersi cura di se stesso

3. assicurarsi che il paziente possa ricevere un adeguato supporto psicologico ed un adeguato trattamento medico, considerando che il trattamento medico può essere somministrato anche senza il consenso del paziente stesso (stato di necessità);
4. stabilire il miglior approccio sia gestionale che di trattamento per il paziente in quello specifico contesto.

8.1 Screening dei pazienti potenzialmente aggressivi in un Dipartimento di Emergenza

La valutazione di pazienti con stati confusionali o atteggiamenti aggressivi rappresenta una sfida difficile ed importante per qualsiasi operatore sanitario che si trovi ad operare in condizioni di Emergenza-Urgenza.

In questo contesto, soprattutto in assenza di adeguata documentazione sanitaria comprovante lo stato di salute preesistente, è mandatorio escludere la presenza di contesti patologici o stati morbosi responsabili delle alterazioni comportamentali, prima di classificarli come disturbi funzionali.

A scopo esemplificativo nell'**Allegato 2** viene rappresentato un esempio di flusso di presa in carico e gestione in un Dipartimento di Emergenza-Urgenza di pazienti con comportamenti aggressivi e potenzialmente violenti.

Allegato 1

Esempio di cartellonistica

Logo
Aziendale

STIAMO LAVORANDO PER VOI



← Immagine di un dipendente
che autorizza la pubblicazione

..... MERITIAMO IL VOSTRO RISPETTO

**Allegato 2****Esempio di**

**VALUTAZIONE DI SCREENING DEI PAZIENTI POTENZIALMENTE AGGRESSIVI E/O VIOLENTI IN UN
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA/URGENZA**

Gruppo di Lavoro	
Bellon Patrizia	UOC Governo Clinico - Azienda Zero
Cacco Rosaria	UOC Rischio Clinico - Azienda Zero
Kusstatscher Stefano	UOC Rischio Clinico - Azienda Zero
Nuti Marco	AGENAS
Saia Mario	UOC Governo Clinico - Azienda Zero

Sommario

Esempio di	1
VALUTAZIONE DI SCREENING DEI PAZIENTI POTENZIALMENTE AGGRESSIVI E/O VIOLENTI IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA/URGENZA	1
1. Approccio in sicurezza nel paziente violento o agitato	2
2. Esame Obiettivo.....	3
3. Valutazione dello stato mentale.....	3
4. Test di screening suggeriti	4
5. CAUSE ORGANICHE E CAUSE FUNZIONALI	4
6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO	4
6.1. Pazienti con idee di suicidio	4
6.2. Pazienti con intenzioni omicide.....	5
Esempio di Algoritmo decisionale per le emergenze comportamentali aggressive in Pronto Soccorso ..	6
Esempio di SCHEDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIVITÀ DA XENOBIOTICI.....	7

Questo algoritmo decisionale comprende le quattro principali regole di priorità nella gestione dei pazienti e fornisce una guida decisionale nella gestione delle emergenze psichiche/comportamentali. Di fronte ad un paziente fortemente agitato bisogna considerare due elementi fondamentali: la tipologia di esordio (acuta o a lenta evoluzione nel tempo) ed il rapporto tra il paziente e l'ambiente circostante. È importante valutare la pericolosità per se stesso e per gli altri del disturbo del comportamento manifestato dal paziente.

1. Approccio in sicurezza nel paziente violento o agitato

Il personale sanitario può incontrare pazienti che manifestino comportamenti violenti nei confronti del personale in servizio e/o dell'utenza presente in reparto. In questi casi è molto importante riconoscere i segni precoci di una violenza incipiente e sviluppare un approccio gestionale che riduca la possibilità di lesioni a tutti coloro che possono essere potenzialmente coinvolti (nell'eventualità sarà compito delle FFOO intervenire in situazioni di rischio imminente per l'incolumità dei presenti).

Segni precoci del rischio di un comportamento violento vengono considerati:

- affermazioni minacciose;
- mettere in mostra i pugni;
- tono di voce molto elevato;
- cambiamenti della postura verso un atteggiamento da combattimento;
- movimenti di agitazione;
- lancio di oggetti.

Se vengono riconosciuti alcuni di questi atteggiamenti conviene adottare un atteggiamento di sicurezza che consiste nel prendere in considerazione i seguenti aspetti.

1. **Spazio.** Mantenersi a distanza dal paziente. Lasciare ad entrambi, paziente e medico, un eguale spazio di accesso verso la porta. Non toccare mai un soggetto violento.
2. **Aspetto.** Mantenere un atteggiamento professionale ed empatico. Possibilmente utilizzare una persona di contatto (parente o amico del paziente) per stabilire un rapporto. In caso di aggressività o in caso di manifestazioni violente richiedere l'intervento di personale per la sicurezza (vigili, polizia o carabinieri).
3. **Attenzione.** Guardare sempre le mani del paziente. Prestare attenzione alla presenza di potenziali armi od oggetti contundenti. Prestare particolare attenzione in caso di stato di agitazione ingravescente durante il colloquio.
4. **Calma.** Cercare di calmare il paziente, un colloquio continuo e prolungato è molto importante per permettere di tranquillizzare la situazione. Utilizzare possibilmente buone tecniche di ascolto. Individuare il problema principale o la situazione particolare causa dello stato di agitazione per cercare delle possibili alternative per la risoluzione del quadro e per ottenere la collaborazione al trattamento farmacologico da parte dello stesso paziente.

Stabilizzazione. Se necessario, usare tre tecniche di stabilizzazione per ottenere il controllo della situazione: contenzione fisica, sedazione e contenzione farmacologica.

- a. **Contenzione fisica.** Se la situazione lo richiede e lo permette è consigliabile utilizzare meccanismi di contenzione in tutti i pazienti violenti o agitati per garantire la sicurezza di tutto il personale presente. Questa attività è solitamente meglio eseguita da personale appositamente addestrato del reparto di psichiatria o delle forze dell'ordine che sia anche in grado di individuare eventuali oggetti pericolosi/contundenti in possesso del paziente.
- b. **Sedazione.** Se lo stato di agitazione persiste, la sedazione del soggetto può essere ottenuta mediante somministrazione di benzodiazepine a breve emivita per via intramuscolare o endovenosa. Il

dosaggio può essere ripetuto ogni 30 minuti fino ad ottenere l'effetto desiderato, monitorando l'attività respiratoria.

- c. Contenzione farmacologica.** Questo tipo di contenzione è ottenuta mediante farmaci neurolettici. Per i pazienti che non rispondono alla sedazione può essere utilizzato aloperidolo 2-5 mg che può essere somministrato per via intramuscolare o per os, comunque secondo quanto previsto dalle linee guida. Nei pazienti anziani è preferibile iniziare con dosi più basse ed incrementare il dosaggio di 1-2 mg alla volta. Dosaggi multipli possono essere ripetuti ogni 30 minuti fino al controllo psicofisico del soggetto. Bisogna sempre prestare attenzione in caso di insorgenza di effetti collaterali come sintomi extrapiramidali acuti, epilessia o sindrome maligna da neurolettici.

È suggerito focalizzare le principali cause o circostanze che hanno condotto la persona in Pronto Soccorso e per conseguire questo obiettivo potrebbe essere necessario ottenere informazioni attraverso varie fonti come ad esempio familiari, amici o personale del soccorso territoriale (118). Altre informazioni aggiuntive importanti possono essere rappresentate da precedenti trattamenti psichiatrici, storia di convulsioni o epilessia, abuso di sostanze psicotrope o xenobiotici, qualsiasi recente riferito tentativo suicidario anche mediante ingestione di farmaci o sostanze tossiche.

2. Esame Obiettivo

Una particolare attenzione dovrebbe essere orientata nell'interpretare eventuali segni obiettivi come possibile causa dell'alterazione dello stato mentale, come ad esempio segni di trauma cranico, utilizzo di droghe o sostanze stupefacenti, la presenza di deficit neurologici, anche avvalendosi, in caso di necessità, di una valutazione specialistica neurologica. Si rende altresì necessario valutare la sussistenza di segni clinici di malnutrizione o disidratazione in relazione all'alterazione dello stato cognitivo.

3. Valutazione dello stato mentale

È molto importante effettuare una valutazione dello stato psichico in pazienti che si presentino nel corso di una emergenza con agitazione psicomotoria. Lo stato mentale andrebbe valutato indagando per la presenza di uno stato cognitivo globale, disturbi dell'ideazione, disturbi dell'umore e disturbi di personalità.

Stato cognitivo globale	Disturbi dell'ideazione e della percezione	Disturbi dell'umore	Disturbi di Personalità
Valutare il grado di orientamento del paziente: conoscenza delle persone, del tempo e del posto, del motivo della visita in Pronto Soccorso, lo stato della memoria a breve e lungo termine, deficit mnesici (amnesia), la capacità di giudizio e di concentrazione.	Valutare se è presente ideazione di tipo delirante o se sono presenti disturbi percettivi (allucinazioni/pseudoallucinazioni)	Valutare il paziente per la sussistenza di evidenti forme di depressione o di mania. Confrontare l'appropriatezza dello stato emotivo dichiarato dal paziente con le sue manifestazioni esteriori. Ricercare indizi come labilità emotiva o la presenza di eccessi emotivi non bilanciati.	Cercare di valutare se l'attuale comportamento del paziente rappresenta uno scompensamento nell'ambito di una sua normale vita di relazione o rappresenti un manifestazione di un comportamento derivato da un disadattamento sociale

4. Test di screening suggeriti

Durante la valutazione di una emergenza psicomotoria in Pronto Soccorso, andrebbero eseguiti i seguenti test laboratoristici o strumentali:

- Misurazione della Temperatura Corporea
- Dosaggio degli elettroliti sierici
- Glicemia
- Funzionalità epatica
- Test tossicologici (alcolemia)
- Pulsiossimetria (eventuale EGA)
- Elettrocardiogramma
- TC cerebrale (se indicazioni cliniche)

5. CAUSE ORGANICHE E CAUSE FUNZIONALI

È indicato distinguere i soggetti che necessitano di trattamento per un problema organico causa dell'agitazione psicomotoria (crisi ipoglicemiche, disonie importanti, ipossia cerebrale, intossicazione da farmaci o xenobiotici, encefalopatie epatiche, etc..) e quei soggetti che si gioveranno di un trattamento psichiatrico per un problema funzionale (disturbi dell'ideazione, disturbi dell'umore o disturbi di personalità).

A volte è molto difficile riconoscere l'origine dell'alterazione comportamentale, tuttavia alcuni aspetti peculiari aiutano ad indirizzarsi verso una forma organica:

1. le cause organiche spesso sono caratterizzate da un esordio improvviso, mentre i disordini funzionali si sviluppano nel tempo;
2. le allucinazioni visive sono maggiormente caratteristiche delle sindromi organiche o di malattie metaboliche rispetto alle allucinazioni uditive;
3. l'età del paziente può inoltre essere di aiuto: i pazienti con disturbi funzionali sono tipicamente giovani 12-40 anni. Ovviamente le eccezioni sono sempre possibili, ma bisogna sempre prestare molta attenzione prima di attribuire un disturbo funzionale ad una persona anziana, soprattutto in assenza di una storia clinica di disturbi psichiatrici;
4. i pazienti con disturbi organici generalmente si presentano instabili dal punto di vista emotivo, mentre un tono dell'umore stabile è più caratteristico dei disturbi funzionali;
5. infine, qualsiasi anormalità nella rilevazione dei parametri vitali o segni indicativi di una intossicazione devono sempre far sospettare una causa organica;
6. l'associazione tra cefalea e sincope o disturbi neurologici depone per il sospetto di una lesione strutturale cerebrale.

6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO

È necessario accertarsi della presenza di ideazioni suicidarie od omicidarie in tutti i pazienti che si presentano in corso di una emergenza comportamentale con stati di agitazione.

6.1. Pazienti con idee di suicidio

I pazienti con idee suicidarie si possono presentare con evidenti tentativi di autolesionismo. Tuttavia, questa tipologia di pazienti si può manifestare in maniera indiretta, intenzioni di suicidio possono essere mascherate da altre presentazioni, come ad esempio un incidente automobilistico, ingestione accidentale di sostanze corrosive etc.

Il miglior approccio valutativo prevede di formulare domande circa lo stato emozionale del soggetto. Risposte inappropriate, irritate o disforiche devono far propendere a continuare il colloquio con ulteriori domande, culminando in una domanda diretta sugli intenti suicidari. Si evidenziano, in questa sede, alcuni fattori associati ad un aumentato rischio suicidario¹:

A. Fattori primari (o psichiatrici):

- Ideazione di morte
- Progettualità suicidaria
- Precedenti tentativi di suicidio/suicidio mancato
- Disturbi da uso di sostanze
- Familiarità per suicidio
- Disturbo dell'umore non trattato, gravità della sintomatologia
- Elevata ricorrenza di fasi maniacali/depressive/miste
- Comorbilità con patologie mediche (oncologiche, ecc...)

B. Fattori secondari (o sociali)

- Disoccupazione con problemi economici
- Isolamento sociale
- Eventi di vita ad elevato impatto emotivo

C. Fattori terziari (o demografici)

- Sesso maschile
- adolescenza o età senile

Questa tipologia di pazienti deve avvalersi di una **consulenza psichiatrica in emergenza**.

I pazienti con intenzioni di suicidio devono essere monitorati in modo molto stressato per tutto il tempo della permanenza di Pronto Soccorso, in modo ideale con un rapporto di uno a uno, anche mediante l'attivazione del reperibile infermieristico della psichiatria.

6.2. Pazienti con intenzioni omicide

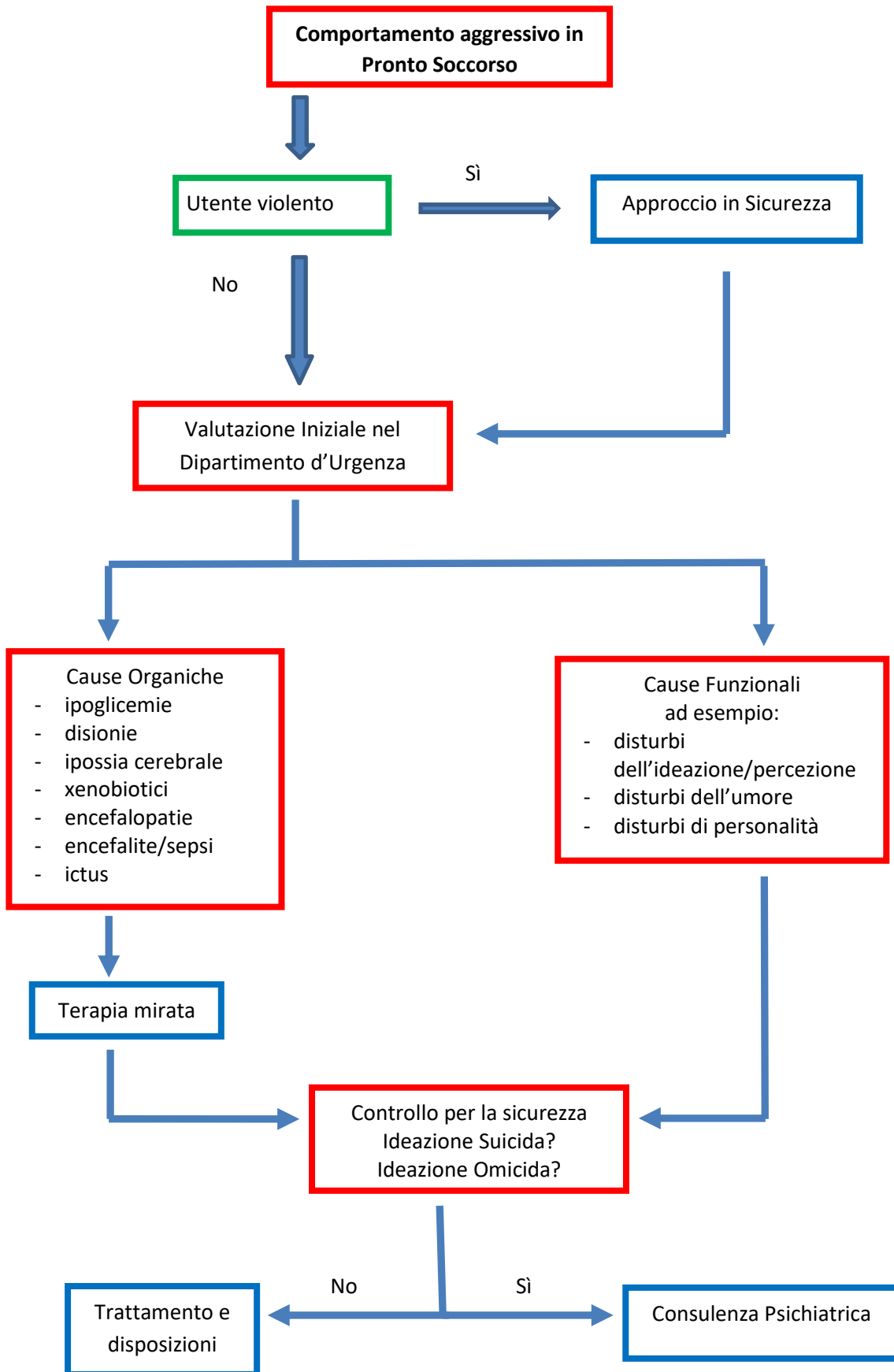
I pazienti che hanno espresso una intenzionalità omicida richiedono speciali misure di controllo per garantire la sicurezza del personale di servizio e della terza parte minacciata dal soggetto. L'intenzione omicida del paziente deve essere ritenuta tanto più pericolosa quanto più dettagliato era il piano descritto per raggiungere l'intento di uccidere qualcuno.

Questa tipologia di pazienti deve essere monitorata strettamente da personale addestrato (polizia o carabinieri) ed eventualmente devono essere utilizzati i mezzi di contenzione.

I pazienti con intenti omicidi devono essere sottoposti a **consulenza psichiatrica in emergenza**.

1 A Cassano et al. "Piscopatologia e clinica psichiatrica", 2006; 272 (modificato).

Esempio di Algoritmo decisionale per le emergenze comportamentali aggressive in Pronto Soccorso



Esempio di SCHEDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIVITÀ DA XENOBIOTICI

Nel sospetto di storia di abuso alcolico si suggerisce la raccolta delle seguenti informazioni:

> pregressi episodi di intossicazione acuta da alcol

Sì No

> pregressi ricoveri (specificare se correlati all'assunzione di alcol)

Sì No

specificare _____

Alcol: riferisce assenza di consumo
 consumo pregresso
 consumo attuale

Tipologia di bevanda **Assunzione (es. ai pasti o a digiuno)** **U.A. assunte²**

Tipologia di bevanda	Assunzione (es. ai pasti o a digiuno)	U.A. assunte ²

Abuso occasionale (binge drinking)³ Sì No

Abuso cronico Sì No

Alitosi etilica Sì No Ittero Sì No

Spider Naevi Sì No Caput Medusae Sì No

Telangectasie Sì No

UTILIZZO DI STUPEFACENTI o PSICOTROPE

Nel caso di storia di utilizzo di stupefacenti o sostanze psicotrope si suggerisce la raccolta delle seguenti informazioni:

> pregressi episodi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope

Sì No

assenza di consumo

Sostanze stupefacenti o psicotrope : riferisce consumo pregresso

consumo attuale

² L'**unità alcolica (UA)** corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

³ Il **binge drinking** è definito come l'assunzione temporalmente concentrata di più di 60 g di alcol corrispondenti a circa 6 U.A.

ESAME CLINICO OBIETTIVO:

Orientamento Sì (S/T/P) No

Memoria integra Sì No

Marcia Normale Sì No

Eloquio Normale Sì No

Romberg

Normale

Borderline

Patologico

Manovra indice-naso

Normale

Borderline

Patologico

Ittero Sì No

Esame oculare

Lacrimazione Sì No

Nistagmo Sì No

Fotofobia Sì No

Pupille isocoriche Sì No

Pupille isocicliche Sì No

Iperemia congiuntivale Sì No

Convergenza oculare Sì No

Pupille midriatiche Sì No

Pupille miotiche Sì No

Pupille normoreagenti Sì No

Mucosa nasale

Erosioni Sì No

Vibrisse rarefatte Sì No

Segni di flogosi Sì No

Rinorrea Sì No

Alitosi alcolica Sì No

Segni di agopuntura

Sì No

Recenti

Pregressi

TABELLA SINOTTICA: SEGNI E SINTOMI DI INTOSSICAZIONE ACUTA/ASTINENZA

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria | <input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale | <input type="checkbox"/> Rinorrea |
| <input type="checkbox"/> Alitosi etilica | <input type="checkbox"/> Ipertermia | <input type="checkbox"/> Sbadigli |
| <input type="checkbox"/> Delirio | <input type="checkbox"/> Lacrimazione | <input type="checkbox"/> Sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> Depressione respiratoria | <input type="checkbox"/> Marcia instabile | <input type="checkbox"/> Sudorazione |
| <input type="checkbox"/> Diplopia | <input type="checkbox"/> Midriasi | <input type="checkbox"/> Tachicardia |
| <input type="checkbox"/> Eloquio impastato | <input type="checkbox"/> Miosi | <input type="checkbox"/> Tremori |
| <input type="checkbox"/> Euforia | <input type="checkbox"/> Nistagmo | <input type="checkbox"/> Vertigini |
| <input type="checkbox"/> Incoordinazione | <input type="checkbox"/> Piloerezione | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Allucinazioni | <input type="checkbox"/> Pseudoallucinazioni | |

**Allegato 2****Esempio di****VALUTAZIONE DI SCREENING DEI PAZIENTI POTENZIALMENTE AGGRESSIVI E/O VIOLENTI IN UN
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA/URGENZA**

Gruppo di Lavoro	
Bellon Patrizia	UOC Governo Clinico - Azienda Zero
Cacco Rosaria	UOC Rischio Clinico - Azienda Zero
Kusstatscher Stefano	UOC Rischio Clinico - Azienda Zero
Nuti Marco	AGENAS
Saia Mario	UOC Governo Clinico - Azienda Zero

Sommario

Esempio di	1
VALUTAZIONE DI SCREENING DEI PAZIENTI POTENZIALMENTE AGGRESSIVI E/O VIOLENTI IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA/URGENZA	1
1. Approccio in sicurezza nel paziente violento o agitato	2
2. Esame Obiettivo.....	3
3. Valutazione dello stato mentale.....	3
4. Test di screening suggeriti	4
5. CAUSE ORGANICHE E CAUSE FUNZIONALI	4
6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO	4
6.1. Pazienti con idee di suicidio	4
6.2. Pazienti con intenzioni omicide.....	5
Esempio di Algoritmo decisionale per le emergenze comportamentali aggressive in Pronto Soccorso ..	6
Esempio di SCHEDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIVITÀ DA XENOBIOTICI.....	7

Questo algoritmo decisionale comprende le quattro principali regole di priorità nella gestione dei pazienti e fornisce una guida decisionale nella gestione delle emergenze psichiche/comportamentali. Di fronte ad un paziente fortemente agitato bisogna considerare due elementi fondamentali: la tipologia di esordio (acuta o a lenta evoluzione nel tempo) ed il rapporto tra il paziente e l'ambiente circostante. È importante valutare la pericolosità per se stesso e per gli altri del disturbo del comportamento manifestato dal paziente.

1. Approccio in sicurezza nel paziente violento o agitato

Il personale sanitario può incontrare pazienti che manifestino comportamenti violenti nei confronti del personale in servizio e/o dell'utenza presente in reparto. In questi casi è molto importante riconoscere i segni precoci di una violenza incipiente e sviluppare un approccio gestionale che riduca la possibilità di lesioni a tutti coloro che possono essere potenzialmente coinvolti (nell'eventualità sarà compito delle FFOO intervenire in situazioni di rischio imminente per l'incolumità dei presenti).

Segni precoci del rischio di un comportamento violento vengono considerati:

- affermazioni minacciose;
- mettere in mostra i pugni;
- tono di voce molto elevato;
- cambiamenti della postura verso un atteggiamento da combattimento;
- movimenti di agitazione;
- lancio di oggetti.

Se vengono riconosciuti alcuni di questi atteggiamenti conviene adottare un atteggiamento di sicurezza che consiste nel prendere in considerazione i seguenti aspetti.

1. **Spazio.** Mantenersi a distanza dal paziente. Lasciare ad entrambi, paziente e medico, un eguale spazio di accesso verso la porta. Non toccare mai un soggetto violento.
2. **Aspetto.** Mantenere un atteggiamento professionale ed empatico. Possibilmente utilizzare una persona di contatto (parente o amico del paziente) per stabilire un rapporto. In caso di aggressività o in caso di manifestazioni violente richiedere l'intervento di personale per la sicurezza (vigili, polizia o carabinieri).
3. **Attenzione.** Guardare sempre le mani del paziente. Prestare attenzione alla presenza di potenziali armi od oggetti contundenti. Prestare particolare attenzione in caso di stato di agitazione ingravescente durante il colloquio.
4. **Calma.** Cercare di calmare il paziente, un colloquio continuo e prolungato è molto importante per permettere di tranquillizzare la situazione. Utilizzare possibilmente buone tecniche di ascolto. Individuare il problema principale o la situazione particolare causa dello stato di agitazione per cercare delle possibili alternative per la risoluzione del quadro e per ottenere la collaborazione al trattamento farmacologico da parte dello stesso paziente.

Stabilizzazione. Se necessario, usare tre tecniche di stabilizzazione per ottenere il controllo della situazione: contenzione fisica, sedazione e contenzione farmacologica.

- a. **Contenzione fisica.** Se la situazione lo richiede e lo permette è consigliabile utilizzare meccanismi di contenzione in tutti i pazienti violenti o agitati per garantire la sicurezza di tutto il personale presente. Questa attività è solitamente meglio eseguita da personale appositamente addestrato del reparto di psichiatria o delle forze dell'ordine che sia anche in grado di individuare eventuali oggetti pericolosi/contundenti in possesso del paziente.
- b. **Sedazione.** Se lo stato di agitazione persiste, la sedazione del soggetto può essere ottenuta mediante somministrazione di benzodiazepine a breve emivita per via intramuscolare o endovenosa. Il

dosaggio può essere ripetuto ogni 30 minuti fino ad ottenere l'effetto desiderato, monitorando l'attività respiratoria.

- c. Contenzione farmacologica.** Questo tipo di contenzione è ottenuta mediante farmaci neurolettici. Per i pazienti che non rispondono alla sedazione può essere utilizzato aloperidolo 2-5 mg che può essere somministrato per via intramuscolare o per os, comunque secondo quanto previsto dalle linee guida. Nei pazienti anziani è preferibile iniziare con dosi più basse ed incrementare il dosaggio di 1-2 mg alla volta. Dosaggi multipli possono essere ripetuti ogni 30 minuti fino al controllo psicofisico del soggetto. Bisogna sempre prestare attenzione in caso di insorgenza di effetti collaterali come sintomi extrapiramidali acuti, epilessia o sindrome maligna da neurolettici.

È suggerito focalizzare le principali cause o circostanze che hanno condotto la persona in Pronto Soccorso e per conseguire questo obiettivo potrebbe essere necessario ottenere informazioni attraverso varie fonti come ad esempio familiari, amici o personale del soccorso territoriale (118). Altre informazioni aggiuntive importanti possono essere rappresentate da precedenti trattamenti psichiatrici, storia di convulsioni o epilessia, abuso di sostanze psicotrope o xenobiotici, qualsiasi recente riferito tentativo suicidario anche mediante ingestione di farmaci o sostanze tossiche.

2. Esame Obiettivo

Una particolare attenzione dovrebbe essere orientata nell'interpretare eventuali segni obiettivi come possibile causa dell'alterazione dello stato mentale, come ad esempio segni di trauma cranico, utilizzo di droghe o sostanze stupefacenti, la presenza di deficit neurologici, anche avvalendosi, in caso di necessità, di una valutazione specialistica neurologica. Si rende altresì necessario valutare la sussistenza di segni clinici di malnutrizione o disidratazione in relazione all'alterazione dello stato cognitivo.

3. Valutazione dello stato mentale

È molto importante effettuare una valutazione dello stato psichico in pazienti che si presentino nel corso di una emergenza con agitazione psicomotoria. Lo stato mentale andrebbe valutato indagando per la presenza di uno stato cognitivo globale, disturbi dell'ideazione, disturbi dell'umore e disturbi di personalità.

Stato cognitivo globale	Disturbi dell'ideazione e della percezione	Disturbi dell'umore	Disturbi di Personalità
Valutare il grado di orientamento del paziente: conoscenza delle persone, del tempo e del posto, del motivo della visita in Pronto Soccorso, lo stato della memoria a breve e lungo termine, deficit mnesici (amnesia), la capacità di giudizio e di concentrazione.	Valutare se è presente ideazione di tipo delirante o se sono presenti disturbi percettivi (allucinazioni/pseudoallucinazioni)	Valutare il paziente per la sussistenza di evidenti forme di depressione o di mania. Confrontare l'appropriatezza dello stato emotivo dichiarato dal paziente con le sue manifestazioni esteriori. Ricercare indizi come labilità emotiva o la presenza di eccessi emotivi non bilanciati.	Cercare di valutare se l'attuale comportamento del paziente rappresenta uno scompenso nell'ambito di una sua normale vita di relazione o rappresenti un manifestazione di un comportamento derivato da un disadattamento sociale

4. Test di screening suggeriti

Durante la valutazione di una emergenza psicomotoria in Pronto Soccorso, andrebbero eseguiti i seguenti test laboratoristici o strumentali:

- Misurazione della Temperatura Corporea
- Dosaggio degli elettroliti sierici
- Glicemia
- Funzionalità epatica
- Test tossicologici (alcolemia)
- Pulsiossimetria (eventuale EGA)
- Elettrocardiogramma
- TC cerebrale (se indicazioni cliniche)

5. CAUSE ORGANICHE E CAUSE FUNZIONALI

È indicato distinguere i soggetti che necessitano di trattamento per un problema organico causa dell'agitazione psicomotoria (crisi ipoglicemiche, disonie importanti, ipossia cerebrale, intossicazione da farmaci o xenobiotici, encefalopatie epatiche, etc..) e quei soggetti che si gioveranno di un trattamento psichiatrico per un problema funzionale (disturbi dell'ideazione, disturbi dell'umore o disturbi di personalità).

A volte è molto difficile riconoscere l'origine dell'alterazione comportamentale, tuttavia alcuni aspetti peculiari aiutano ad indirizzarsi verso una forma organica:

1. le cause organiche spesso sono caratterizzate da un esordio improvviso, mentre i disordini funzionali si sviluppano nel tempo;
2. le allucinazioni visive sono maggiormente caratteristiche delle sindromi organiche o di malattie metaboliche rispetto alle allucinazioni uditive;
3. l'età del paziente può inoltre essere di aiuto: i pazienti con disturbi funzionali sono tipicamente giovani 12-40 anni. Ovviamente le eccezioni sono sempre possibili, ma bisogna sempre prestare molta attenzione prima di attribuire un disturbo funzionale ad una persona anziana, soprattutto in assenza di una storia clinica di disturbi psichiatrici;
4. i pazienti con disturbi organici generalmente si presentano instabili dal punto di vista emotivo, mentre un tono dell'umore stabile è più caratteristico dei disturbi funzionali;
5. infine, qualsiasi anormalità nella rilevazione dei parametri vitali o segni indicativi di una intossicazione devono sempre far sospettare una causa organica;
6. l'associazione tra cefalea e sincope o disturbi neurologici depone per il sospetto di una lesione strutturale cerebrale.

6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO

È necessario accertarsi della presenza di ideazioni suicidarie od omicidarie in tutti i pazienti che si presentano in corso di una emergenza comportamentale con stati di agitazione.

6.1. Pazienti con idee di suicidio

I pazienti con idee suicidarie si possono presentare con evidenti tentativi di autolesionismo. Tuttavia, questa tipologia di pazienti si può manifestare in maniera indiretta, intenzioni di suicidio possono essere mascherate da altre presentazioni, come ad esempio un incidente automobilistico, ingestione accidentale di sostanze corrosive etc.

Il miglior approccio valutativo prevede di formulare domande circa lo stato emozionale del soggetto. Risposte inappropriate, irritate o disforiche devono far propendere a continuare il colloquio con ulteriori domande, culminando in una domanda diretta sugli intenti suicidari. Si evidenziano, in questa sede, alcuni fattori associati ad un aumentato rischio suicidario¹:

A. Fattori primari (o psichiatrici):

- Ideazione di morte
- Progettualità suicidaria
- Precedenti tentativi di suicidio/suicidio mancato
- Disturbi da uso di sostanze
- Familiarità per suicidio
- Disturbo dell'umore non trattato, gravità della sintomatologia
- Elevata ricorrenza di fasi maniacali/depressive/miste
- Comorbilità con patologie mediche (oncologiche, ecc...)

B. Fattori secondari (o sociali)

- Disoccupazione con problemi economici
- Isolamento sociale
- Eventi di vita ad elevato impatto emotivo

C. Fattori terziari (o demografici)

- Sesso maschile
- adolescenza o età senile

Questa tipologia di pazienti deve avvalersi di una **consulenza psichiatrica in emergenza**.

I pazienti con intenzioni di suicidio devono essere monitorati in modo molto stressato per tutto il tempo della permanenza di Pronto Soccorso, in modo ideale con un rapporto di uno a uno, anche mediante l'attivazione del reperibile infermieristico della psichiatria.

6.2. Pazienti con intenzioni omicide

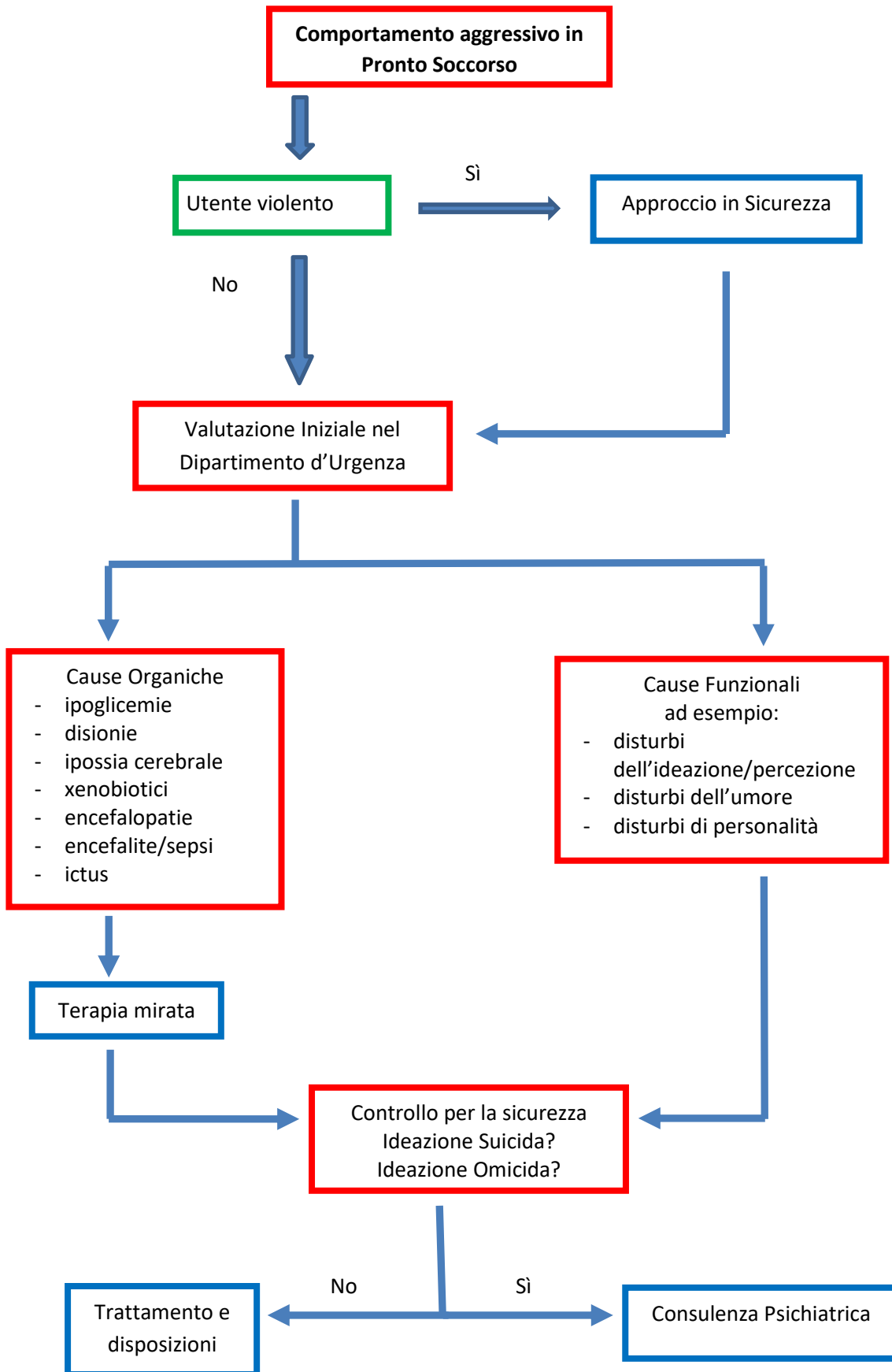
I pazienti che hanno espresso una intenzionalità omicida richiedono speciali misure di controllo per garantire la sicurezza del personale di servizio e della terza parte minacciata dal soggetto. L'intenzione omicida del paziente deve essere ritenuta tanto più pericolosa quanto più dettagliato era il piano descritto per raggiungere l'intento di uccidere qualcuno.

Questa tipologia di pazienti deve essere monitorata strettamente da personale addestrato (polizia o carabinieri) ed eventualmente devono essere utilizzati i mezzi di contenzione.

I pazienti con intenti omicidi devono essere sottoposti a **consulenza psichiatrica in emergenza**.

1 A Cassano et al. "Piscopatologia e clinica psichiatrica", 2006; 272 (modificato).

Esempio di Algoritmo decisionale per le emergenze comportamentali aggressive in Pronto Soccorso



Esempio di SCHEDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIVITÀ DA XENOBIOTICI

Nel sospetto di storia di abuso alcolico si suggerisce la raccolta delle seguenti informazioni:

> pregressi episodi di intossicazione acuta da alcol

Sì No

> pregressi ricoveri (specificare se correlati all'assunzione di alcol)

Sì No

specificare _____

Alcol: riferisce assenza di consumo
 consumo pregresso
 consumo attuale

Tipologia di bevanda **Assunzione (es. ai pasti o a digiuno)** **U.A. assunte²**

Tipologia di bevanda	Assunzione (es. ai pasti o a digiuno)	U.A. assunte ²

Abuso occasionale (binge drinking)³ Sì No

Abuso cronico Sì No

Alitosi etilica Sì No Ittero Sì No

Spider Naevi Sì No Caput Medusae Sì No

Telangiectasie Sì No

UTILIZZO DI STUPEFACENTI o PSICOTROPE

Nel caso di storia di utilizzo di stupefacenti o sostanze psicotrope si suggerisce la raccolta delle seguenti informazioni:

> pregressi episodi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope

Sì No

assenza di consumo

Sostanze stupefacenti o psicotrope : riferisce consumo pregresso

consumo attuale

² L'**unità alcolica (UA)** corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

³ Il **binge drinking** è definito come l'assunzione temporaneamente concentrata di più di 60 g di alcol corrispondenti a circa 6 U.A.

ESAME CLINICO OBIETTIVO:

Orientamento Sì (S/T/P) No

Memoria integra Sì No

Marcia Normale Sì No

Eloquio Normale Sì No

Romberg

Normale

Borderline

Patologico

Manovra indice-naso

Normale

Borderline

Patologico

Ittero Sì No

Esame oculare

Lacrimazione Sì No

Nistagmo Sì No

Fotofobia Sì No

Pupille isocoriche Sì No

Pupille isocicliche Sì No

Iperemia congiuntivale Sì No

Convergenza oculare Sì No

Pupille midriatiche Sì No

Pupille miotiche Sì No

Pupille normoreagenti Sì No

Mucosa nasale

Erosioni Sì No

Vibrisse rarefatte Sì No

Segni di flogosi Sì No

Rinorrea Sì No

Alitosi alcolica Sì No

Segni di agopuntura

Sì No

Recenti

Pregressi

TABELLA SINOTTICA: SEGNI E SINTOMI DI INTOSSICAZIONE ACUTA/ASTINENZA

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria | <input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale | <input type="checkbox"/> Rinorrea |
| <input type="checkbox"/> Alitosi etilica | <input type="checkbox"/> Ipertermia | <input type="checkbox"/> Sbadigli |
| <input type="checkbox"/> Delirio | <input type="checkbox"/> Lacrimazione | <input type="checkbox"/> Sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> Depressione respiratoria | <input type="checkbox"/> Marcia instabile | <input type="checkbox"/> Sudorazione |
| <input type="checkbox"/> Diplopia | <input type="checkbox"/> Midriasi | <input type="checkbox"/> Tachicardia |
| <input type="checkbox"/> Eloquio impastato | <input type="checkbox"/> Miosi | <input type="checkbox"/> Tremori |
| <input type="checkbox"/> Euforia | <input type="checkbox"/> Nistagmo | <input type="checkbox"/> Vertigini |
| <input type="checkbox"/> Incoordinazione | <input type="checkbox"/> Piloerezione | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Allucinazioni | <input type="checkbox"/> Pseudoallucinazioni | |

