



GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

INDICE

PREMESSA

PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	02
PROCEDURE PER LA PREVENZIONE CAMPO ELETTRROMAGNETICO ED ELETTROLOCUZIONE	02
PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI	02
PIANO INTERVENTO IGIENE DELLE MANI	08
PROCEDURA GESTIONE INFEZIONI	10
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI UTENTI CON CATETERE	14
PROCEDURA PER LA GESTIONE RISCHIO DI CADUTA	14
PROCEDURA GESTIONE LESIONI DA PRESSIONE	16
PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI	17
PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA	18
CORRETTA CLASSIFICAZIONE EVENTI SENTINELLA	21
PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE CRISI ACUTE	21
PROCEDURA VALUTAZIONE POSSIBILI RISCHI DA DISFAGIA	22
GESTIONE ATTI DI VIOLENZA OPERATORI SANITARI	23
PUBBLICAZIONE	28

Data emis.	Ed. Rev.	Causale(revisione/riedizione)
24.04.21	2.0	Riedizione completa
21.03.23	3.0	Revisione

PREMESSA

Il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza prevede lo stanziamento di risorse adeguate alla sua puntuale attuazione.

PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente.

La sicurezza del Paziente deriva pertanto dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) sia di recuperare e contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano (protezione).

All'interno Cooperativa Nemo le funzioni del Risk Manager sono in capo al Direttore Sanitario che provvede a porre in essere le azioni volte alla prevenzione ed alla contrazione del rischio e alla diffusione delle linee guida ministeriali denominate "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari". In particolare il Direttore Sanitario attiva programmi di analisi della documentazione clinica, con particolare riferimento ai near miss, eventi avversi e eventi sentinella.

Il modello per la gestione integrata del rischio clinico prevede l'applicazione di una metodologia appropriata nella pratica professionale di tutto il personale per:

- identificare i rischi clinici;
- riconoscere e segnalare gli eventi avversi;
- analizzare le cause;
- scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze;
- riconoscere il valore e le potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico;
- identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità;
- coinvolgimento dei pazienti, dei familiari, dei volontari e degli operatori per l'identificazione del rischio clinico, la prevenzione, la protezione dagli stessi, nonché la gestione dei danni e delle relative conseguenze;
- comunicare ai pazienti ed ai familiari eventuali eventi avversi, utilizzando metodi e strumenti efficaci, coinvolgendoli nel processo di gestione del rischio clinico.
- identificare le implicazioni in termini di rischio clinico delle tecnologie sanitarie;
- riconoscere le implicazioni organizzative ed economiche del rischio clinico.

RISCHI IDENTIFICATI PER GLI UTENTI

RISCHIO	TIPOLOGI A	RISCHIO		
	AMB	L	M	A
Campo Magnetico Si presenta per i pazienti a cui viene prescritta la magnetoterapia. Questi non	X	X		

devono presentare placche mediche o pacemaker.				
Elettrocuzione, in quanto vengono usate apparecchiature allacciate alla rete elettrica.	X	X		
Movimentazione Manuale dei Pazienti, rischio determinato dalla saltuaria necessità di aiutare i pazienti nel movimento	X	X		
Agenti biologici (Infezioni), è il rischio legato alla trasmissione di parassiti o di agenti batterici e virali. La trasmissione può avvenire sia per via aerea che per contatto. Viene, a tal proposito, fornito agli operatori il materiale di protezione, quali guanti e mascherine, e sono informati i pazienti di svolgere una corretta profilassi e di non recarsi presso la struttura né in stato sintomatico né in stato di convalescenza.	X			X
Apparecchi di trasporto e movimentazione interna	X			
Per questo tipo di rischio non si evidenziano criticità in quanto il centro è al piano terra e non esistono ostacoli o barriere architettoniche.				
RISCHIO CADUTE Le cadute rientrano tra gli eventi avversi nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi. Ai fini della presente Guida, si definisce caduta un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul racconto del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto".	X	X		
Tra i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente possono essere identificati:				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Irrequietezza motoria ✓ Problemi psicomotori ✓ il deterioramento delle funzioni neuromuscolari; ✓ la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale; ✓ la riduzione del visus; 				

<p>✓ la paura di cadere.</p> <p>E' necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ compromettere la stabilità posturale e la deambulazione; ✓ condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale del paziente; ✓ causare episodi ipotensivi; <p>Sindrome da immobilizzazione e Lesioni da Pressione È una condizione caratterizzata da ridotta o assente autonomia nel movimento. La sindrome ipocinetica non è una vera malattia, ma è la conseguenza di altre patologie.</p> <p>Depressione</p>	X	X		
---	---	---	--	--

<p>Crisi acute.</p> <div style="border: 1px solid white; width: 100%; height: 100%; background-color: white;"></div>	X	X		
--	---	---	--	--

RISCHI IDENTIFICATI PER I LAVORATORI

<p>LAVORATRICI GESTANTI Questa particolare tipologia di rischio si presenta nel periodo della gravidanza. Le lavoratrici in età fertile sono state informate della necessità di segnalare lo stato di gravidanza non appena ne vengano a conoscenza. Infatti, se il particolare tipo di lavoro prevede che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la lavoratrice debba stare in piedi per più di metà del turno lavorativo; 	X	X		
--	---	---	--	--

- ✓ la mansione preveda di alzarsi ripetutamente dal sedile;
- ✓ la lavoratrice esegue ripetuti piegamenti o rotazioni del busto;
- ✓ la lavorazione esegue operazioni con contatto o esposizione al rischio biologico;
- ✓ la mansione svolta dalla lavoratrice espone a radiazioni infrarosse o ultraviolette;
- ✓ la mansione svolta dalla lavoratrice espone a campi elettromagnetici;

e qualora non sia possibile eliminare i sopra indicati rischi, il datore di lavoro deve attivare, autonomamente, la procedura con la Direzione Territoriale del lavoro per l'astensione anticipata del lavoro dell'interessata.

BURNOUT La sindrome da burnout è l'esito patologico di un processo **stressogeno** che colpisce le persone che esercitano **professioni d'aiuto**, qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro **lavoro** li porta ad assumere. Maslach e Leiter hanno perfezionato le componenti della sindrome attraverso tre dimensioni:

- deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro
- deterioramento delle **emozioni** originariamente associate al lavoro
- un problema di **adattamento** tra persona ed il lavoro, a causa delle eccessive richieste di quest'ultimo.

In tal senso il burnout diventa una sindrome da stress non più esclusiva delle professioni d'aiuto, ma probabile in qualsiasi organizzazione di lavoro.

Negli operatori sanitari, la sindrome si manifesta generalmente seguendo quattro fasi.

- La prima, preparatoria, è quella dell'"entusiasmo idealistico" che spinge il soggetto a scegliere un lavoro di tipo assistenziale.
- Nella seconda ("stagnazione") il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e di stress

X

X

<p>eccessivi, inizia a rendersi conto di come le sue aspettative non coincidano con la realtà lavorativa. L'entusiasmo, l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nella terza fase ("frustrazione") il soggetto affetto da burnout avverte sentimenti di inutilità, di inadeguatezza, di insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato, oberato di lavoro e poco apprezzato; spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga dall'ambiente lavorativo, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi verso gli altri o verso se stesso. • Nel corso della quarta fase ("apatia") l'interesse e la passione per il proprio lavoro si spengono completamente e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria "morte professionale". 				
--	--	--	--	--

	X	X
--	---	---

IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE PREVENTIVE

Le misure di sicurezza conseguenti alla valutazione dei rischi sono quelle sotto indicate e suddivise in:

- ✓ misure per migliorare ulteriormente (in rapporto allo sviluppo della tecnica prevenzionistica) situazioni già conformi.
- ✓ misure organizzative e procedurali.
- ✓ contenuti della sorveglianza sanitaria.
- ✓ elenco dei Dispositivi di Protezione Individuale messi a disposizione dei lavoratori.

Misure per migliorare ulteriormente (in rapporto allo sviluppo della tecnica prevenzionistica) situazioni già conformi.

1. Monitoraggio dell'attività dei terapisti
2. Monitoraggio delle attività che prevedono contatto tra le mani dell'operatore e l'epidermide dei pazienti.
3. Monitoraggio del Burnout attraverso l'attività di vigilanza del Direttore Sanitario
4. Uso di guanti mascherine visiere per terapisti ed operatori OSS

MISURE ORGANIZZATIVE E PROCEDURALI

1. Rispetto degli appuntamenti e delle pause di riposo.
2. Segnalazione del presidio medico interno di qualunque sospetta patologia a carico del paziente.
3. Utilizzo obbligatorio dei DPI da parte degli operatori.
4. Utilizzare esclusivamente carta monouso per asciugarsi le mani.

ELENCO DPI A DISPOSIZIONE DEI LAVORATORI

Ai lavoratori sono stati forniti i seguenti D.P.I.
<ol style="list-style-type: none">1. Mascherine N149- ISO 146332. Guanti monouso nitrile o vinile EN 3743. Visiere di protezione EN 1664. Occhiali di protezione per raggi laser EN 166
Ai lavoratori sono stati forniti i seguenti dispositivi
<ol style="list-style-type: none">1. Sopravvesti monouso2. Abbigliamento da lavoro3. Creme di protezione dell'epidermide oppure sapone neutro.

PROCEDURA PER PREVENZIONE CAMPO ELETTROMAGNETICO ED ELETTROCUZIONE

Il rischio è quantificato in misura lieve.

PROCEDURA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI

Il rischio MA.PO è quantificato trascurabile in quanto l'attività di movimentazione dei pazienti con operatore è da considerarsi saltuaria e eccezionale.

PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in una struttura sanitaria che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero.

Una buona pratica per il contrasto delle ICA, la più efficace, è la corretta igiene delle mani la quale riduce il rischio di trasmissione degli organismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. La corretta igiene delle mani insieme ad una corretta sanificazione degli ambienti assistenziali, riduce drasticamente il rischio di contrarre ICA.

Anche nella gestione dell'emergenza Covid-19, l'igiene delle mani associata al distanziamento fisico e alla corretta etichetta respiratoria, rappresenta un elemento fondamentale per la riduzione della trasmissione del virus in ambiente lavorativo.

AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Il documento è rivolto agli Operatori della struttura
DOVE	Centro Nemo
PER CHI	Il documento è finalizzato alla protezione degli assistiti, degli operatori e della struttura
QUANDO	Qualsiasi momento del processo assistenziale in cui sia presente il rischio

L'IGIENE DELLE MANI

L'igiene delle mani è importante in ogni momento dell'assistenza e può essere effettuata nei seguenti modi:

1. **Frizione con soluzione alcolica:** ha l'obiettivo di ridurre la cosiddetta flora microbica transitoria.
 - Prodotto da utilizzare: soluzioni a base alcolica conformi alla norma EN 1500° a quella più estensiva EN12791;
 - Tempo di lavaggio: 20-30 secondi.

Come eseguirla (Figura 1): applicare il prodotto sul palmo della mano e frizionare tra loro le mani coprendo per intero palmi, dorso, dita, gli spazi interdigitali e ungueali fino a che le mani sono asciutte.



2 Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico: L'uso del sapone consente l'allontanamento meccanico della flora microbica transitoria, mentre il sapone antisettico esercita anche un effetto antimicrobico.

- a. Prodotti da utilizzare: comune detergente o detergente antisettico;
- b. Tempo di lavaggio: 40-60 secondi.

Come eseguirlo (Figura 2)

- Bagnarsi con acqua le mani;
- Applicare una dose di detergente sufficiente a coprire tutta la superficie delle mani;
- Consentire al sapone di venire a contatto con tutta la superficie soggetta al lavaggio;
- Risciacquare le mani facendo scorrere l'acqua delle dita verso i polsi;
- Asciugare le mani usando una salvietta monouso;
- Se il lavandino è sprovvisto di rubinetto o pedale, chiuderlo con l'ultima salvietta utilizzata.

Figura 2- Come praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone



Indicazioni particolari

Per una corretta igiene delle mani è necessario:

1. Non indossare anelli, bracciali e orologi durante l'attività lavorativa: la cute al di sotto di anelli e gioielli è più colonizzata di quella scoperta;
2. Rimboccare le maniche al gomito se necessario;
3. Tenere le unghie corte e ben curate, non utilizzare unghie artificiali o ricostruite, non utilizzare smalto per le unghie: diversi studi indicano che per gli operatori sanitari l'assenza di smalto sulle unghie sia l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione delle infezioni. In particolare sembra che lo smalto sbeccato, in gel, o indossato da più di quattro giorni possa ospitare microrganismi che non vengono rimossi con il lavaggio delle mani, neanche quello chirurgico;
4. Mantenere la cute integra e elastica: alterazioni dello strato superficiale dell'epidermide favoriscono la colonizzazione da parte, ad esempio, di *Staphylococcus aureus* e batteri Gram negativi. Al fine di ridurre il rischio di insorgenza di dermatiti fra gli operatori sanitari occorre evitare di:
 - a. Lavarsi le mani con acqua troppo calda;
 - b. Indossare i guanti quando le mani non sono perfettamente asciutte;
 - c. Indossare guanti quando non è necessario;
 - d. Lavare le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'uso di una soluzione alcolica.

Occorre inoltre fare attenzione a:

 - a. Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcol non è completamente evaporato;
 - b. Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
 - c. applicare regolarmente una crema protettiva per le mani.
 - d.

I MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI

Nel nostro lavoro le mani degli operatori e dei pazienti toccano superfici diverse e dietro ogni contatto si nasconde il pericolo della trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra. Proprio per questo è importante incrementare il più possibile il ricorso alla buona pratica "dell'igiene delle mani", stabilendo e comunicando agli operatori la casistica nella quale loro e i pazienti dovranno far ricorso ad essa.

Per facilitare al meglio questa operazione ogni postazione di terapia è dotata di gel igienizzante contenente alcool al 75%.

Le mani degli operatori e dei pazienti andranno sanificate:

- All'ingresso al Centro;
- Prima di apporre i DPI;
- Dopo aver rimosso i DPI;
- Al termine di ogni attività dopo aver effettuato sanificazione ambienti e materiali;
- Prima di ogni pasto;
- Dopo l'esposizione a liquidi biologici e sostanze organiche;
- Prima e dopo il contatto con il paziente e ciò che lo circonda;

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE INFEZIONI

Visti i seri rischi di diffusione del contagio, ancora in fase di piena emergenza, la riattivazione delle attività è connessa con il rispetto di alcune norme di tipo precauzionale per prevenire e contenere il contagio da COVID-19, sia per le prestazioni di natura semiresidenziale, sia per le prestazioni alternative rientranti nella fattispecie di cui all'articolo 48 del d.l. 18/2020 convertito

nella legge 27/2020, coinvolgendo le persone con disabilità, le loro famiglie e gli operatori tramite la sottoscrizione di un patto di responsabilità.

Il Centro Nemo ha predisposto una procedura operativa finalizzata a adottare tutte le misure tecnico-organizzative per contenere la diffusione del virus ed in particolare:

L'ingresso del personale avviene in orari scaglionati prima dell'arrivo degli utenti, ad ogni operatore viene misurata la temperatura e si disinfetta le mani dopodiché accede allo spogliatoio e indossa la divisa, le calzature e i DPI (mascherina, guanti, visiera e tuta monouso per gli OSS). Il Centro Nemo ha dotato il proprio personale dei dispositivi di protezione individuale (DPI) secondo le indicazioni di cui all'Allegato A dell'Ordinanza n. Z00034/2020.

All'uscita dal centro il personale si reca nello spogliatoio individualmente per togliersi le divise e i dispositivi monouso utilizzati al centro verranno gettati negli appositi contenitori forniti dalla Reatina Autospurghi snc. per la raccolta dei rifiuti speciali non pericolosi.

Il personale operante nella struttura svolge la propria attività lavorativa "in presenza" esclusivamente all'interno del Centro Nemo;

Gli operatori, su richiesta del Centro, si sono formati sul rischio specifico da COVID 19 e sull'utilizzo degli specifici DPI e sistemi di contenimento, nello specifico:

- tutti i terapisti hanno effettuato il corso "Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19" (n. 7,5 crediti ECM) organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità;
- gli O.S.S. hanno effettuato il corso "Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 (per Operatori di supporto)" organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità.

I lavoratori sono tenuti a prendere visione, accettando i contenuti dei seguenti documenti:

- triage d'ingresso
- accettazione a svolgere lavoro in presenza esclusivamente presso la struttura Nemo
- presa visione delle procedure di accesso finalizzate ad adottare tutte le misure tecnico-organizzative per contenere la diffusione del virus
- consegna degli allegati D e F riguardanti il corretto utilizzo delle mascherine e di informazione per i lavoratori
- per gli O.S.S. lettera di nomina per la raccolta dei dati sensibili presso il front-office
- ogni 15 giorni consenso informato per il test rapido antigenico

Gli **utenti** e i rispettivi **accompagnatori** accedono all'area di Accoglienza-Triage in modo scaglionato, al fine di non creare assembramenti, passando per i percorsi segnalati e mantenendo la distanza di sicurezza dall'operatore che lo attenderà per la firma della terapia.

Si è provveduto a consegnare ai familiari dei pazienti la procedura operativa che si attua per l'ingresso formalizzando con dei moduli le seguenti procedure:

- triage telefonico il giorno prima
- triage di accesso da compilare ogni giorno quando si lascia il paziente

- Il consenso ad un eventuale test sierologico
 - la guida alla procedura di ingresso
 - Viene fatto firmare un patto di corresponsabilità tra struttura e familiari dell'ospite
- L'accompagnatore non può sostare presso l'area dell'Accettazione.

CONTROLLO DELLA TEMPERATURA

Viene assicurato per tutto il personale, gli utenti e i visitatori il controllo quotidiano in entrata e in uscita della temperatura, le risultanze vengono annotate su un apposito registro, custodito mensilmente nel rispetto della disciplina in materia di tutela dei dati e compatibilmente con la gestione dell'emergenza.

In caso di temperatura $>37,5$ °C durante il triage d'ingresso si dovrà provvedere :

1. alla misurazione della saturazione di ossigeno ed annotarne i valori sul triage d'ingresso e sul registro,
2. l'operatore o l'utente viene isolato,
3. si informa e si riconsegna alla famiglia l'utente.
4. L'operatore o la famiglia dell'utente devono contattare il MMG o il PLS

In ogni caso è tassativamente vietata la frequentazione del Centro a persone (ospiti, operatori, occasionali) con sintomi respiratori o febbre, se nel corso della permanenza si dovesse alzare la temperatura sarà cura degli O.S.S. isolare la persona in apposita stanza misurare la saturazione ed informare il medico di struttura e la famiglia per il ricongiungimento. E raccomandare il punto 4 precedente.

PREDISPOSIZIONE DEGLI AMBIENTI

In generale viene favorita un'organizzazione della mobilità su percorsi prestabiliti.

Ogni ambiente ha delle postazioni predefinite e segnalate a livello visivo per fare in modo che vengano rispettate le distanze consentite tra gli utenti. La funzione di ogni ambiente è adeguatamente rappresentata a livello visivo mediante cartelli o segnali per assicurarsi il massimo livello di comprensione da parte degli utenti.

In cucina dove viene consumata la merenda è ammessa la presenza di massimo 2 utenti alla volta che siederanno con rispetto della distanza buccale di almeno 1 metro. L'operatore che si occupa di supervisionare la fase della merenda provvede a fornire cibo confezionato (snack, crackers ecc.), piatti, bicchieri e posate monouso e a sanificare il tavolo e la sedia, ogni volta che un utente finisce di fare la merenda e lascia il posto al successivo. Durante la turnazione viene arieggiata la stanza per almeno 3 minuti.

La funzione educativa e abilitante dei terapisti rimane essenziale per formare le persone con disabilità, ciascuno secondo le proprie possibilità e sensibilità personali, ai comportamenti cui tutti i cittadini sono tenuti per diminuire il rischio di contagio da COVID-19.

A questo fine, per favorire la comprensione e la messa in pratica da parte degli utenti delle nuove regole di comportamento, i terapisti fanno da guida .

Altri principi generali da rispettare per la gestione del rischio clinico riguardano:

- E' fatto obbligo l'uso di materiale di protezione: mascherine filtranti, visiera e guanti ed il distanziamento fisico di un metro tra operatore e persona con disabilità, tale distanza viene raddoppiato nel caso in cui, per peculiarità dell'utente, quest'ultimo non indossi la mascherina;
- gli spazi della struttura sono organizzati in modo da garantire un adeguato distanziamento sociale fra gli utenti prevedendo una riduzione del numero di utenti che frequentano il Centro contemporaneamente e la presenza di un utente e un operatore a stanza, per le terapie individuali, e di 2-3 utenti con un operatore per le attività laboratoriali in piccolo gruppo;
- praticare sempre l'igiene delle mani con il lavaggio o la sanificazione con gel e l'etichetta respiratoria;
- i DPI dopo l'uso vanno smaltiti nei contenitori appropriati per lo smaltimento di rifiuti speciali e va praticata l'igiene delle mani PRIMA di indossare e DOPO aver rimosso i DPI;

SANIFICAZIONE ORDINARIA

La Direzione Sanitaria, responsabile del rispetto delle norme igieniche all'interno dei locali del Centro Semiresidenziale, dispone e controlla (avvalendosi anche dell'aiuto del Coordinatore) che:

1. Tutte le apparecchiature addette alla produzione di aria calda/fredda vengono sanificate da ditta specializzata (Cresta Impianto srl) con intervento mensile.
2. L'igiene e sanificazione dei servizi igienici, e del materiale di uso comune viene attuata ogni volta che ne viene fatto uso nel corso della frequenza giornaliera, con appositi detergenti e successivamente disinfettate con soluzione alcoliche al 75% dagli O.S.S. presenti ogni giorno, gli ambienti vengono arieggiati ogni ora al termine della terapia.
3. L'igiene e pulizia dei locali del Centro Semiresidenziale (locali per le attività riabilitative, cucina, bagni per utenti e bagni per il personale, atrio, corridoio, locali per attività riabilitative e direzione sanitaria) vengono effettuate da personale addetto, con detergenti e disinfettanti, con cadenza quotidiana in tutti i giorni feriali nell'orario di non attività del Centro, si provvede inoltre, ogni giorno ed in assenza di persone nella struttura, alla sanificazione batterica con ozonizzatore;
4. I prodotti vengono conservati in apposito armadio chiuso con chiave, non accessibile da parte dei pazienti, le chiavi sono, una in possesso dell'incaricato alle pulizie e la seconda in consegna al Legale Rappresentante o suo delegato.
5. Cibo ed bevande vengono custoditi in appositi spazi del locale cucina e conservati in frigorifero secondo le procedure indicate nel manuale di autocontrollo sull'igiene alimentare redatte secondo la metodologia HCCP.

SANIFICAZIONE STRAORDINARIA

Se dovesse presentarsi un altro caso di COVID-19 in struttura la Direzione provvederà a richiedere una nuova sanificazione totale.

TEST SIEROLOGICI

Gli utenti dei centri diurni e delle strutture semi residenziali, al primo ingresso, sono sottoposti a test sierologici secondo le specifiche modalità previste dalla normativa vigente.

il Centro Nemo assume anche i seguenti comportamenti nei confronti dei pazienti e degli operatori:

1. Ogni paziente nell'ambito del triage di accesso segnala una eventuale situazione potenzialmente a rischio di COVID-19 in cui si possa essere trovato.
2. In tal caso viene proposto il test sierologico, **RTVI039 Rapid nCov19 IgG/IgM** e dopo il consenso informato.
 1. L'esecuzione del test viene effettuato dal personale Medico che opera all'interno del Centro Semiresidenziale con relativa registrazione e adozione delle conseguenti misure in linea con la normativa vigente qualora risultasse la positività.

TEST ANTIGENICO

In riferimento alla nota protocollo n. 956295 del 9/11/2020 dell'Unità di Crisi della Regione Lazio dove appare evidente la necessità di sottoporre il personale all'esecuzione del test antigenico, con una cadenza non superiore a 15 giorni ed alla successiva nota nr 0963319 del 10/11/2020 dove le strutture sanitarie devono registrare l'esito di tali tamponi sulla piattaforma covid@regione.lazio.it.

Il Centro Nemo si è dotato di test antigenici, che somministra con cadenza quindicinale ed ha provveduto a chiedere le credenziali per la registrazione.

In riferimento alla nota del Ministero della Salute in data 15.02.2021 nr. 5616

In merito alla necessità di utilizzare test che abbiano dei requisiti minimi di performance con una sensibilità $\geq 80\%$, e specificità $\geq 97\%$, i test antigenici Gen-Body Covid-19 Ag e quello Abbott Covid-19 Ag rapid test device usati in questa struttura ha le seguenti caratteristiche:

sensibilità $\cong 90,0\%$

specificità $\cong 98,0\%$

e quindi conforme alle caratteristiche specificate nella nota del Ministero della Salute.

Il test è preceduto dal consenso informato sul quale viene registrato il risultato.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI UTENTI CON CATETERE

Durante la permanenza al Centro dei pazienti con catetere urinario, lo stesso sarà accompagnato da un Oss che ne curerà gestione assicurandosi che il paziente possa partecipare senza alcun intralcio o disagio per se stesso e per gli altri alle attività programmate.

PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Oververo" un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica." E sono classificate:

- Cadute prevedibili (paziente a rischio caduta)
- Cadute non prevedibili (pazienti a rischio caduta che hanno disatteso le prescrizioni del personale sanitario)

- Cadute accidentali (legate a fattori ambientali o a fatalità)

La caduta è un evento multifattoriale in cui entrano in gioco cause diverse (fisiche, neurocognitive, bio-metaboliche, emodinamiche, ecc..) oltre ad il grado di autonomia del paziente. Pertanto è importante una valutazione individualizzata sul paziente basata su guide o schede di orientamento al processo di assessment (precoce entro il primo giorno) che si integri con un piano di interventi preventivi.

Per procedere ad una corretta valutazione multifattoriale occorre tener conto dei seguenti fattori:

1. Precedenti cadute (valutare frequenza, contesto e dinamica delle cadute e sue conseguenze)
2. Deficit neuro-cognitivi e visivi (stato confusionale, tremori rigidità stato convulsivo deficit del coordinamento psico-motorio, ipo o parestesie degli arti inferiori, deficit visivi) importante valutare grado di orientamento del paziente.
3. Equilibrio, andatura e tono muscolare. Paura di cadere (valutare se la base di appoggio è larga, se vi è debolezza del tono muscolare, se il paziente manifesta una insicurezza motoria di recente insorgenza) il paziente deve essere stimolato ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, aiutandolo a superare la paura di cadere mediante interventi educativi in collaborazione con personale esperto. Educare il paziente ed il caregiver alla modalità della corretta movimentazione. Verificare che l'andatura non sia compromessa da un utilizzo di calzature inadeguate. Ridurre al minimo la presenza di pericoli e ostacoli, predisporre ausilii.
4. Incontinenza urinaria
5. Profilo emodinamico e cardiovascolare (verificare recenti accadimenti quali sincope, lipotimie, stato confusionale, ecc..) far alzare il paziente lentamente, invitare allo spostamento del peso da un piede all'altro, far sedere il paziente alla comparsa di vertigini
6. Consumo di sostanze e/o terapie in corso (verificare la prescrizione) attuare una corretta gestione della terapia farmacologica.

Tale assessment deve essere riportato in cartella clinica, e deve servire per pianificare e mettere in atto interventi volti a correggere i fattori di rischio ed ad introdurre misure protettive aggiuntive.

In fase preventiva:

E' responsabilità del datore di lavoro coadiuvato dal RSPP:

- Valutare il rischio ambientale e proporre azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Con l'eventuale acquisto (per esempio corrimano, pavimento antiscivolo, ecc..).
- Indicare il processo nel documento di valutazione dei rischi.

E' responsabilità del terapeuta:

- Mettere in atto le misure preventive per i soggetti a rischio.

E' responsabilità del Medico:

- Valutare il profilo di rischio programmare interventi di riduzione del rischio.
- Segnalare il soggetto a rischio caduta
- Programmare interventi riabilitativi e rieducativi.

- Prescrivere la contenzione e/o limitazione di libertà.
- Rivaluta il paziente al modificarsi dello stato psico-fisico
- Riportare in cartella clinica l'evidenza.

E' responsabilità del Direttore Sanitario:

- Verificare la corretta applicazione della procedura.
- Eseguire controlli a campione sulla documentazione sanitaria.
- Redigere report periodici.

In fase reattiva:

Il Terapista:

- Soccorre il paziente, redige la scheda di segnalazione riporta l'evento in cartella.

Il Medico:

- Soccorre il paziente, valuta clinicamente, compila la scheda di segnalazione, aggiorna il risk manager, riporta l'evento in cartella.
- Attua le procedure di intervento se necessario allerta i servizi di emergenza.
- per eventuale trauma cranico posiziona correttamente il paziente effettua valutazione neurologica allerta i servizi di emergenza.

Il Direttore Sanitario:

- Acquisisce l'informazione dell'evento secondo la procedura aziendale e verifica la completezza delle informazioni.
- Analizza le cause in caso di evento sentinella e propone le azioni correttive (audit risk management).
- Elabora un piano di miglioramento.

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Le lesioni da pressione (LDP) costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire soggetti autistici di ogni età.

La lesione da pressione è una lesione localizzata alla cute e agli strati sottostanti quale risultato di una pressione in corrispondenza di una prominente ossea.

Tutti i professionisti e gli operatori sanitari devono essere consapevoli del fatto che tutti i pazienti autistici sono potenzialmente a rischio di sviluppare LDP.

Un soggetto autistico può venire stimolato eccessivamente da fattori come il contatto fisico, il rumore, la luce, cambiamenti nella routine. Dato che spesso ha difficoltà a capire o comunicare le sue esperienze, può manifestare comportamenti problema, diventando aggressivo e distruttivo.

Prevenire e gestire le crisi di rabbia è possibile. Come?

1. Cercare di capire che cosa le hanno innescate
2. Mantenere una routine

3. Comunicare verbalmente o se la comunicazione verbale è difficile o manca, usare il disegno e la C.A.A.
4. Spostare l'attenzione su qualcos'altro
5. Modificare l'ambiente circostante
6. Portarlo in una stanza con pochi stimoli sensoriali
7. Applicare una pressione profonda con coperte pesanti, tappeti imbottiti
8. Effettuando esercizi di stimolazione vestibolare come il dondolamento in altalena
9. Chiedere l'intervento di un'altra persona se può far male a se e agli altri.

L'incidenza delle LDP possono essere ridotte implementando interventi relativamente semplici basati su una maggiore consapevolezza e sul cambiamento delle abitudini personali.

L'implementazione comporta che tutti i professionisti sanitari comprendano che la prevenzione delle LDP è un obiettivo raggiungibile.

Le LDP si classificano in quattro stadi:

- 1) Eritema della cute
- 2) Ferita superficiale a spessore parziale che interessa l'epidermide e/o il derma
- 3) Ferita a tutto spessore che implica un danno del tessuto sottocutaneo che può estendersi fino alla fascia muscolare
- 4) Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti

Il trattamento di una lesione da pressione prevede diverse fasi

- Detersione della lesione finalizzata all'allontanamento dello sporco con l'utilizzo ad esempio di soluzione fisiologica, ed eventuale uso di antisettici, enzimi proteolitici ed antibiotici.
- Disinfezione con prodotti a base di clorexidina gluconato in soluzione acquosa allo 0,05% . Antisettici del tipo acqua ossigenata e iodio povidone

Qualsiasi intervento quale lo sbrigliamento richiede metodiche da attuare in ambito chirurgico.

PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI

I disturbi depressivi in età evolutiva, anche se con differenze importanti, hanno caratteristiche simili a quelli degli adulti. Il Disturbo Depressivo Maggiore e il Disturbo Distimico sono molto comuni in età evolutiva e determinano una significativa compromissione funzionale, influiscono sullo sviluppo sociale, cognitivo ed emotivo. I tipici sentimenti depressivi sono la tristezza ed il senso di inadeguatezza, la mortificazione e la vergogna, la paura di non essere amati, la sensazione di esclusione dal gruppo il senso di colpa e la difficoltà a modulare l'aggressività. Sono relativamente frequenti le fantasie di morte che compiono in maniera eccessivamente precoce.

Nel caso in cui il Neuropsichiatra o la Psicoterapeuta del Centro riscontra sintomi persistenti che rientrano nel quadro diagnostico della depressione si fa un invio al TSMREE della Asl competente per effettuare una

valutazione diagnostica in merito e per una eventuale prescrizione farmacologica. Nel frattempo si provvederà ad intensificare l'attività di counseling con la famiglia ed il supporto psicoterapeutico con il paziente all'interno della struttura.

GESTIONE DEI COMPORAMENTI PROBLEMA

I comportamenti problema che richiedono un intervento psicoeducativo ben definito sono quelli definiti gravi quali: aggressività, l'autolesionismo e le stereotipie.

Nell'intervento psicoeducativo si cerca di capire perché un comportamento problema si manifesta e come sia possibile aiutare il paziente a sostituirlo con comportamenti socialmente più accettabili.

L'intervento psicoeducativo si basa sul capire come, quando e perché si manifesta un comportamento problema. Per rispondere a queste domande diventa necessaria una analisi funzionale.

L'analisi funzionale serve per individuare la reale funzione del comportamento problema. Il comportamento problema infatti si manifesta in presenza di alcune condizioni di stimolo che lo procedono e/o gli sono contemporanee e che in qualche maniera lo influenzano.

Nell'analisi funzionale si ricerca il ruolo delle condizioni antecedenti sul c.p. ed il ruolo degli effetti prodotti dal comportamento stesso. Confrontando sistematicamente queste due categorie di informazioni, raccolte attraverso le osservazioni qualitative, si potrà formulare un'ipotesi delle funzioni svolte dal quel c.p.

Da queste rilevanze deriva la strategia primaria dell'approccio psicoeducativo ai c.p.: aiutare la persona a sviluppare e utilizzare in autonomia competenze alternative, in grado di rispondere alla funzione e di sostituire la forma di comportamento problematica.

Gli effetti prodotti dal c.p. ruotano intorno a due meccanismi di apprendimento:

- il rinforzamento positivo
- il rinforzamento negativo

IL RINFORZO POSITIVO

Nel primo caso al comportamento segue un effetto che il soggetto vive come positivo per sé in quanto risponde ad una sua motivazione e ad un suo bisogno, ad esempio: attenzione, controllo sull'ambiente, stimolazione piacevole.

Nel rinforzamento negativo di un c.p. invece, il c.p. cresce in forza e probabilità di emissione se riesce a far evitare, fuggire da condizioni antecedenti vissute come negative che creano forte disagio al soggetto. In questo caso il comportamento viene appreso perché funzionale alla riduzione di uno stato vissuto come negativo.

L'analisi funzionale fornisce informazioni utili sulle funzioni svolte dai c.p. in modo da progettare un intervento positivo sostitutivo.

ENTRARE SPESSO IN SITUAZIONE	L'Analisi funzionale ci indica quali sono le condizioni antecedenti partendo da esse bisogna costruire una scaletta di avvicinamento graduale frequente e sistemico.
DEFINIRE GLI SPECIFICI COMPORAMENTI POSITIVI SOSTITUTIVI	<p>Un tipico comportamento problema, in presenza di ritardo mentale, è quello di aggredire una persona per ottenere l'oggetto che essa possiede, in questo caso v'è insegnata la modalità alternativa sostitutiva per esprimere la propria richiesta.</p> <p>Il nuovo comportamento risulterà antagonista dal punto di vista fisico e porta allo stesso esito funzionale: ottenere la cosa voluta.</p> <p>I comportamenti positivi alternativi sono particolarmente difficili nei casi di stereotipie autostimolatorie o comportamenti problemi motivati da una funzione autoregolatoria positiva.</p> <p>I comportamenti positivi da scegliere per un adeguato valore funzionale dovrebbero seguire tre criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamenti alternativi appropriati all'età e non enfatizzati; 2. Comportamenti alternativi non stigmatizzanti socialmente; 3. Comportamenti alternativi che non interferiscano con l'apprendimento di altre abilità;
SCEGLIERE LA MODALITA' E IL LINGUAGGIO SOSTITUTIVI	Quando si dà inizio ad un percorso di sostituzione del comportamento problema sarà necessario definire la forma esatta dell'alternativa comunicativa, prima di tutto vocabolario, gesti o simboli più adatti al singolo caso
ACCOMPAGNARE GUIDARE AIUTARE IL COMPORAMENTO POSITIVO	<p>Nell'esercitare il soggetto ai comportamenti positivi la relazione dovrà arricchirsi di aiuti specifici di grande utilità. Sono i comportamenti "precursori" a quelli problematici.</p> <p>Un intervento "morbido" ridurrà il supporto fisico accompagnando la gestione del comportamento problema con suggerimenti verbali poi solo gestuali ed al termine con la sola presenza.</p>

VALORIZZARE IL COMPORTAMENTO POSITIVO	<p>L'Azione positiva dovrà garantirgli effetti positivi più potenti dal punto di vista motivazionale.</p> <p>Sono utili le "lodi descrittive", in caso di ritardo mentale arrivare anche alla modalità di rinforzo positivo tangibile che dovranno piano piano scomparire.</p>
FRUSTRARE IL COMPORTAMENTO PROBLEMA	<p>Se ricompare il c.p. l'operatore dovrà fare in modo che non ottenga gli effetti che l'analisi funzionale ha evidenziato essere importanti per il suo mantenimento, pertanto non deve portare all'effetto desiderato.</p> <p>Chi interviene dovrà essere molto attento anche agli effetti collaterali della frustrazione: l'effetto incremento forza/frequenza e l'effetto risposte emozionali-comportamentali di aggressività.</p>
ESTENDERE E GENERALIZZARE L'INTERVENTO	<p>Non appena si ottiene un progresso nell'acquisizione del comportamento positivo alternativo si dovrebbe lavorare per la generalizzazione ed il mantenimento (persone, luoghi, situazioni diverse), pertanto v'è usato nei contesti reali.</p>

L'INTERVENTO POSITIVO PUNITIVO

Può accadere però che nonostante si abbia operato seguendo tutti i principi sopraesposti si debba aggiungere all'intervento positivo alcuni aspetti punitivi come conseguenze spiacevoli da far vivere al soggetto dopo i comportamenti problemi. Questo bisogno accade quando le procedure del livello positivo sostitutivo si sono verificate come insufficienti se confrontate con la gravità del comportamento.

A proposito occorre decidere circa la fattibilità di procedure positive punitive che siano realmente utilizzabili ed accettabili sotto il profilo etico, legale e professionale.

Le procedure dell'intervento punitivo positivo parte dal time out per arrivare al blocco fisico passando prima per il costo della risposta e l'ipercorrezione

TIMEOUT	<p>E' un tipico esempio di punizione di secondo tipo, consiste nell'allontanare brevemente la persona da una situazione gradevole. Per essere funzionale l'allontanamento deve essere veramente spiacevole per funzionare deve allontanare il ragazzo dai rinforzatori e non farlo fuggire da un'attività noiosa,</p>
---------	---

	ansiogena o frustrante, inoltre bisogna aiutarlo a capire le conseguenze per le persone coinvolte.
IPERCORREZIONE	E' una forma di intervento punitivo che consente di guidare nella correzione (pulire, lavarsi, riordinare, ecc..) questa modalità si inserisce nei progetti educativi rappresentano un notevole passo avanti verso la normalizzazione.
BLOCCO FISICO	Una modalità punitiva difficile, usata raramente, nei casi autolesionistici e distruttivi particolarmente pericolosi e resistenti alle altre procedure. Bisogna porre particolare attenzione al fatto che il blocco fisico non scateni una risposta di aggressività maggiore. Il Blocco fisico è la procedura più restrittiva che richiede impegno a chi lo attua e sofferenza in chi lo riceve. Il blocco fisico ha una forte valenza protettiva e di contenimento del soggetto, l'operatore serenamente dovrà dirgli perché lo sta bloccando. In presenza di comportamenti molto violenti la presenza di altri componenti del gruppo educativo o del supervisore professionalmente preparato diventa fondamentale.

Si ritiene che il rifiuto di intraprendere, quando necessario, la strada "positiva punitiva dell'intervento" con tutte le necessarie sensibilità, attenzioni e garanzie, si ottiene il risultato di danneggiare ulteriormente lo sviluppo della persona disabile, rinforzando la sua gabbia di comportamenti problema.

CORRETTA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI SENTINELLA

E' esplicitata nell'allegato denominato:

PROCEDURA GESTIONALE SEGNALAZIONE E ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI

PROCEDURE PER LA GESTIONE DELLE CRISI

È prevista la registrazione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, in apposita scheda, a cura del medico che ha prestato l'intervento. Sarà cura del medico, la comunicazione dell'evento alle famiglie dei pazienti o alle strutture dove essi sono eventualmente accolti e al 112 numero di emergenza unico europeo.

Nello stesso modo, il Centro Nemo ha predisposto inoltre sistemi di reporting per la registrazione delle infezioni correlate all'assistenza, il quale sarà oggetto di valutazione e di miglioramento.

Al rilievo da parte del personale di mutamenti comportamentali e di segni clinici che possano **indicare effetti indesiderati dell'assunzione di farmaci psicotropi, antiepilettici ed altri farmaci**, ne verrà data immediata comunicazione al medico se presente o comunque verrà informato telefonicamente, per gli idonei provvedimenti da mettere in atto e per informare tempestivamente le famiglie.

Qualora il medico non possa intervenire sarà il coordinatore, od in assenza di questo, il terapeuta che provvederà a telefonare al 112 ed a informare le famiglie.

Le situazioni che prevedono tale procedura sopra indicata sono per esempio il **ricorso urgente al pronto soccorso per motivi NPJA di pazienti in carico, stato di male epilettico in bambino in trattamento presso il centro, polmonite ab ingestis ripetute in Paralisi Cerebrale Infantile ecc....**

In caso di situazioni acute (crisi di agitazione psicomotoria, impulsi aggressivi, impulsi **autolesionisti o tentativi di suicidio**), di pazienti in carico attuale o passato, il personale dovrà limitarsi a cercare di calmare verbalmente l'utente, cercando di bloccarlo nel caso questi abbia dei comportamenti tale da mettere in pericolo la propria salute, quella di altri utenti o del personale, eventualmente si apre la evidenza della fragilità, salvo restando la necessità di affidarlo al pronto soccorso psichiatrico della zona .

Per quanto riguarda le emergenze rappresentata da:

- **abbandono imprevisto di un utente che si è assentato senza preavviso e senza consenso del medico,**
- **reato commesso o subito da un paziente in carico**
- **atti di pazienti in carico che danno luogo a situazioni di grave pericolo**
- **crisi acuta di minori residenti nel bacino d'utenza**
- **bullismo nei confronti di bambino disabile**

. Il coordinatore eseguirà immediatamente le direttive su quali comportamenti adottare e sui tempi e sulle modalità nel dare segnalazione ai genitori dell'utente ed eventualmente alle forze dell'ordine. La segnalazione alle forze dell'ordine dovrà essere effettuata comunicando il motivo tra quelli elencati sopra, illustrando genericamente le condizioni psicopatologiche dell'utente stesso, se tali da metterne a rischio la sua incolumità.

Nel caso di utenti minori o interdetti, la denuncia andrà fatta anche per scomparsa a seguito di allontanamento dalla struttura a cui è stato affidato.

Nel caso in cui l'operatore dovesse rendersi conto dell'**abbandono scolastico da parte del minore o di maltrattamenti o abuso grave da parte della famiglia a pazienti in carico per altre problematiche**, il medico provvederà a contattare immediatamente i servizi sociali del comune di appartenenza del minore, le forze dell'ordine ed eventualmente il Tribunale dei Minori.

VALUTAZIONE STRUTTURATA DEI POSSIBILI RISCHI DA DISFAGIA

PREMESSA

La deglutizione è un atto fisiologico costituito da una successione di eventi neuromuscolari volontari e riflessi che conducono gli alimenti dalla bocca nello stomaco.

E' un'azione collegata e coordinata con altre funzioni come la respirazione e la fonazione.

Nella deglutizione sono coinvolte in particolare due vie, il canale della via aerea e il canale della via digestiva.

Vi è un tratto comune che vede questi due canali unirsi (oro faringe e ipo faringe) e dal quale può svilupparsi la disfagia.

Con il termine disfagia si intende la difficoltà a deglutire cibi solidi o liquidi. Si distingue una **disfagia organica** causata da lesioni provenienti tra lo spazio della bocca e lo stomaco e una **disfagia funzionale** associata a mal funzionamento della muscolatura faringo-esofagea.

VALUTAZIONE CLINICA

E' stata effettuata una valutazione clinica standardizzata da parte del Neuropsichiatra Infantile che opera all'interno della Nemo.

Per ciascun paziente sono state valutate le abilità comunicative, le funzioni cognitive e le capacità decisionali, la valutazione della sensibilità, motricità e prassie delle strutture oro-faringee e laringee.

Ai pazienti è stato eseguito il test del bolo d'acqua dopo aver accertato che ogni paziente è in grado di:

- collaborare attivamente,
- di mantenere il tronco eretto,
- il controllo delle secrezione.

TEST DEL BOLO D'ACQUA

E' stato offerto al paziente, seduto e con la testa in asse 5 ml di acqua liscia a temperatura ambiente con un cucchiaino, per tre volte; ad ogni cucchiaino è stata verificata l'avvenuta deglutizione; si è atteso qualche secondo per evidenziare se avesse presentato tosse ed emissione di suoni gorgoglianti.

Il paziente non ha avuto sintomi ed è stata offerta acqua direttamente dal bicchiere.

Alla fine si è proceduto facendo bere al paziente 50 ml di acqua dal bicchiere.

La somministrazione del test del bolo d'acqua è risultato negativo in tutti e tre i pazienti in quanto non sono stati provocati colpi di tosse né produzione di suoni gorgoglianti.

Il test verrà rivalutato una volta l'anno anche sulla base del quadro clinico.

GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

FASE 1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Riconosciuta che la violenza sul luogo di lavoro rappresenta un rischio per la salute dei lavoratori è importante individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione ed elaborare un programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza. E' fondamentale individuare i fattori di rischio, elaborare misure preventive e protettive, elaborare procedure di sicurezza e programmare informazione e formazione dei lavoratori.

Il fattore di rischio è legato a comportamenti agiti da individui che sono caratterizzati da una estrema variabilità ed imprevedibilità.

Una corretta valutazione del rischio non può prescindere dai dati aziendali sul numero di denunce/comunicazione all'INAIL o segnalazioni all'Autorità Giudiziaria o alle forze dell'ordine, referti medici.

Gli obiettivi sono:

- identificare e valutare le opzioni di controllo del rischio.
- scegliere le misure di controllo efficaci e fattibili per ridurre i rischi.
- definire un piano di implementazione.
- verificare a distanza di tempo.
- verificar l'efficacia e nel caso confermarle, migliorarle o modificarle.

MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il rischio è determinato dal prodotto tra probabilità di accadimento di un evento (P) e gravità del danno conseguente (D):

$$R=P \times D$$

In verità gli interventi di protezione diminuiscono il rischio attraverso la riduzione del danno e gli atti di prevenzione riducono la probabilità che accada l'evento.

Gli interventi preventivi e protettivi possono essere classificati in:

1. Interventi strutturali e tecnologici
 - Materiale informativo all'ingresso del Centro
 - Vie di fuga nelle stanze una stanza adeguata in caso di emergenza e descalation
 - Segnaletica per le vie di fuga
 - Servizi igienici separati operatori/pazienti
 - Banchi di lavoro con sufficiente distanziamento
 - Arredi che non possano essere utilizzati come arma
 - Assicurarsi che gli armadietti contenenti siringhe e taglienti siano chiuse con chiave
 - Coprire gli spigoli
 - Ridurre ove possibile il rumore
 - Istallare impianti di illuminazione efficienti
2. Organizzativi

- Dotare gli operatori di telefono
 - Eventualmente affiancare secondo operatore
 - Chiedere agli operatori di segnalare tempestivamente gli episodi di minaccia o aggressione
 - Definire un protocollo per la richiesta delle forze dell'ordine
 - Fornire immediatamente informazioni e ridurre i tempi d'attesa
 - Fornire agli operatori badge di riconoscimento
 - Scoraggiare gli operatori ad indossare collanine o portare denaro o portare per esempio chiavi che possono trasformarsi in un'arma.
 - Ispezionare i locali per rimuovere oggetti che possono essere usati come un'arma
 - Tenere sgombre le superfici di lavoro, le scrivanie dagli oggetti superflui.
3. Legati alla formazione
- Programmi di formazione ed addestramento per garantire la consapevolezza dei rischi e come proteggersi da essi attraverso l'applicazione di specifiche procedure. i contenuti formativi dovranno affrontare:
 - a) Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza
 - b) Apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione dei comportamenti aggressivi e violenti, tecniche di de-escalation, tranquillizzazione rapida e autodifesa.
 - c) Aspetti biologici dell'aggressione e della reazione durante le fasi critiche
 - d) Strumenti per l'identificazione dei rischi sul posto di lavoro
 - e) Procedure per la segnalazione
 - f) Procedure per l'attivazione di supporto medico, psicologico e legale dopo l'episodio di violenza.

FASE 2 RICONOSCIMENTO E GESTIONE

Nel caso di comportamento aggressivo da parte di soggetto ascrivibile a quadro clinico (ad disturbo psichiatrico) la gestione avviene in tre fasi:

1. Intercettazione, valutazione dell'aggressore e applicazione di de-escalation
2. Rafforzamento delle misure di de-escalation e contenzione fisica
3. Contenzione farmacologica (non applicabile dal nostro Centro)

In caso di comportamento aggressivo generico si applicano i soli primi due punti precedentemente descritti

Se l'atteggiamento non si attenua si procede a richiedere l'intervento delle forze dell'ordine.

Tecniche di gestione della comunicazione difficile:

- a) Ascoltare il paziente o l'accompagnatore in luogo appropriato
- b) Usare un tono di voce basso, senza guardarlo direttamente negli occhi, usando un linguaggio semplice con frasi brevi e comprensibili
- c) Presentarsi con nome e qualifica professionale

- d) posizionarsi al lato del paziente con asse di circa 30 gradi, con superficie esposta ai colpi minore e si comunica disponibilità al dialogo
- e) modulare la distanza dal paziente almeno 1,5 mt che può raddoppiare
- f) disponibilità di una via di fuga
- g) avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e visibili, evitando di incrociare le braccia
- h) non toccare direttamente il paziente prima di averglielo spiegato
- i) non accogliere atteggiamenti di provocazione o sfida fornire spiegazioni oggettive su ciò che sta avvenendo senza esprimere squalifiche, giudizio o sarcasmo.
- j) Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo e riutilizzando le parole del paziente.
- k) Cercare di rispondere alle esigenze del paziente
- l) Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative
- m) Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, alimentare ecc..)
- n) Non indossare monili, o altro ed avere a disposizione i DPI.
- o) Evitare di rimanere soli o comunque predisporre che altri possano intervenire
- p) Se non si ristabilisce la situazione di normalità attivare una procedura dissuasiva da parte di più persone
- q) Se la situazione è grave far intervenire le forze dell'ordine.

FASE 3 SUPPORTO ALLA VITTIMA, SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI

Dopo l'aggressione fornire supporto e trattamento medico al lavoratore, predisporre una valutazione psicologica che indaghi su:

- a Trauma psicologico a breve e a lungo termine.
- b Paura di rientrare al lavoro.
- c Cambiamenti delle relazioni tra colleghi e familiari.
- d Sensazione di incompletezza, colpevolezza, impotenza.
- e Paura del giudizio negativo da parte della dirigenza.

Successivamente al verificarsi di un evento violento gli operatori dovrebbero procedere al DEFUSING gestito da operatore formato che non abbia assistito all'evento per consentire una migliore gestione dello stress da evento critico. (introduzione-esplorazione-informazione)

Segue in DEBRIEFING intervento sistematico e strutturato per aiutare gli operatori a dare un senso alle loro esperienze e prevenire che il vissuto sfoci in disturbo da stress post traumatico e/o burn-out. Si esegue ad opera di uno specialista dai due ai 4 giorni dopo l'evento. Serve a far rientrare il fatto nella realtà quotidiana permette all'operatore di rimanere operativo e di evitare un esaurimento personale e professionale, instaura un legame attraverso il quale superare il senso di isolamento e di impotenza. Agevola lo specialista ad individuare soggetti vulnerabili che hanno bisogno di colloqui personali.

In seguito la SEGNALAZIONE DELL'EVENTO è fondamentale per quantificare il fenomeno e consentire l'analisi. Va fatta sempre indipendentemente dalla gravità dell'accaduto dall'operatore coinvolto o da operatore diverso se testimone dell'evento.

Se l'atto di violenza comporta aspetti antinfortunistici va comunicato all'INAIL, se si configura come reato occorre procedere a denuncia all'Autorità Giudiziaria e all'INAIL.

RISOLUZIONE EXTRAGIUDIZIALE

La risoluzione extragiudiziale della controversia è un'opportunità di trovare una soluzione prima di arrivare davanti al Giudice, trovando un accordo con l'altra parte. Riguarda i pazienti ed i loro familiari, gli operatori del Centro.

Il cittadino rimane comunque libero di rivolgersi alle sedi giudiziarie, qualunque sia l'esito della procedura di risoluzione extragiudiziale e di ritirarsi in qualsiasi momento dalla procedura in oggetto.

GESTIONE EMERGENZE

Attività ambulatoriale

Sono presenti addetti specializzati al primo soccorso ed è presente il medico.

E' resa disponibile l'evidenza dei numeri telefonici per avvisare i soccorritori istituzionali.

NUMERI TELEFONICI SOCCORRITORI ISTITUZIONALI e RESPONSABILI

PRONTO SOCCORSO	118
VIGILI DEL FUOCO	115
GUARDIA MEDICA	800199910
TSMREE DI RIETI	0746 279422 resp. D.SSA NERI
DSM – AREA DISABILITA' ADULTI	0746278735 resp. DOTT. DE PERSIS
NUMERO DI EMERGENZA UNICO	112

T.S.M.R.E.E RIETI

Direttore: Dott. V. Spina

Sede: Via del Terminillo 42, Blocco 5 - Rieti

DSM - AREA DISABILITA' ADULTA RIETI

Direttore: Dr. A. De Persis

Sede: Viale Matteucci 9, Rieti

MONITORAGGIO

Ogni 2 anni avviene il monitoraggio e la rivalutazione delle aree di rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio, l'organizzazione di produrre e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.

PER L'APPROVAZIONE EDIZIONE 22 marzo 2023	
DIRETTORE SANITARIO	Firma