

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1558 DEL 01/10/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa LAURA ESPOSITO

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: APPROVAZIONE E RECEPIMENTO DELLA PROCEDURA AZIENDALE
"GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO".

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Giovanni Carretta

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 1614/26

Il Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Michela Piccinini.

Il Dirigente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale relaziona quanto segue.

Premesso che:

- la gestione dei pazienti che afferiscono alle strutture aziendali di emergenza-urgenza (DEU) con quadri clinici riconducibili ad agitazione psicomotoria acuta o a disturbi correlati all'uso di sostanze rappresenta un'attività ad elevata complessità e rischio clinico;
- tali situazioni necessitano di una risposta diagnostico-terapeutica immediata ed omogenea, atta a scongiurare il pericolo per l'incolumità fisica del paziente stesso, degli operatori sanitari, degli altri utenti e del regolare svolgimento delle attività assistenziali;
- in data 21/03/2026 il Gruppo di Lavoro aziendale (composto dal dott. Tommaso Maniscalco – Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, dott.ssa Silvia Tomelleri – UOS SPDC e Integrazione Ospedale-Territorio del Distretto 2, dott. Filippo Zonta – UOS SPDC e Integrazione Ospedale-Territorio del Distretto 1, dott.ssa Giulia Castiglione – Direttore UOC Accettazione e Pronto Soccorso Santorso, dott. Federico Chilese – UOC Accettazione e Pronto Soccorso Santorso, dott.ssa Katia Gazzola, dott. Simone Gherardi e dott. Nicolò Zanforlin – UOC Accettazione e Pronto Soccorso Bassano) ha redatto la bozza della procedura aziendale PRAZ182 *"Gestione del paziente con disturbo comportamentale acuto"*;
- in data 21/09/2026 il Gruppo di Verifica (composto dal Dr. Mario Grattarola – Direttore della Funzione Ospedaliera, dott. Pierfrancesco Tricarico – Responsabile UOSD Risk Management, dott. Marco Baiocchi – Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Bassano e dott. Andrea Favaro – Direttore del Dipartimento Emergenza e Area Critica Bassano e Asiago) ha esaminato e verificato la rispondenza tecnica della predetta procedura;
- in data 22/09/2026 il Direttore Sanitario, Dr. Antonio Di Caprio, ha approvato il testo definitivo della procedura aziendale PRAZ182 *"Gestione del paziente con disturbo comportamentale acuto"* (Rev. 00);

Verificato che:

- il documento in oggetto definisce in maniera organica e multidisciplinare:
 1. le modalità d'identificazione precoce e categorizzazione del rischio clinico e comportamentale;
 2. l'adozione di scale valutative validate (*Brøset Violence Checklist - BVC* e *Modified Overt Aggression Scale - MOAS*);
 3. le strategie di comunicazione e le tecniche di *de-escalation* verbale e ambientale;
 4. i protocolli di gestione farmacologica rapida e sedazione nelle diverse fasce di gravità ed etiologia;
 5. i criteri per il ricorso eventuale e residuale alla contenzione meccanica, nel rispetto dei principi di necessità, proporzionalità e temporaneità;
 6. le indicazioni organizzative per il monitoraggio intensivo/semi-intensivo, il ricovero nei reparti specialistici idonei e la presa in carico integrata con il SerD ed i Centri di Salute Mentale;
- formano parte integrante e sostanziale della procedura aziendale PRAZ182 i seguenti quattro allegati:
 - Allegato 1: "Quando è più probabile l'ipotesi di agitazione su base organica/tossicologica?";
 - Allegato 2: "Raccomandazioni generali nella gestione farmacologica del paziente agitato";
 - Allegato 3: "BVC (Brøset Violence Checklist)";

- Allegato 4: "Scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale)";

Richiamati:

- la Raccomandazione Ministeriale n. 8/2025;
- le Raccomandazioni Regionali per il Disturbo Comportamentale Acuto in Pronto Soccorso;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 217 del 9 aprile 2026;
- la Procedura Aziendale PRAZ171 "Gestione di accoglienza, triage, percorsi post-triage, attese e comunicazione";
- la Procedura Aziendale PRAZ046 "Valutazione, prescrizione e monitoraggio della contenzione meccanica";
- la Procedura Aziendale PR230 "Gestione intossicazioni in MEU";
- la Procedura Aziendale PR164 "Gestione della persona sottoposta all'utilizzo di TASER";
- la Procedura Aziendale sulla "Gestione Accertamenti Sanitari Obbligatori e Trattamenti Sanitari Obbligatori";
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 in materia di trasparenza amministrativa;

Tutto ciò premesso, su indicazione del Direttore Sanitario, il Direttore UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone di approvare l'adozione e il recepimento formale della procedura aziendale codificata PRAZ182 Rev. 00 dal titolo *"Gestione del paziente con disturbo comportamentale acuto"* e dei relativi Allegati 1, 2, 3 e 4.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'U.O.C. competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di prendere atto delle premesse, le quali costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare e recepire la Procedura Aziendale codificata PRAZ182 (Rev. 00) avente ad oggetto *"Gestione del paziente con disturbo comportamentale acuto"*, unitamente agli Allegati 1, 2, 3 e 4, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri economici diretti o indiretti a carico del bilancio di previsione dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana;
4. di incaricare della diffusione, dell'applicazione capillare e della verifica del rispetto della procedura PRAZ182 la Direzione della Funzione Ospedaliera;
5. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 14/3/2013 n. 33;
6. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale

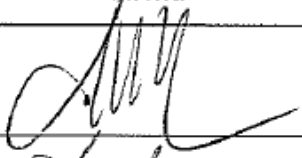
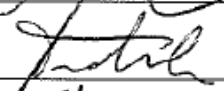
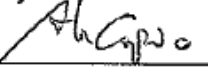
dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

INDICE

PAROLE CHIAVE.....	2
PREMESSA.....	2
SCOPO.....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
RIFERIMENTI	3
DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	3
RESPONSABILITÀ	3
GRUPPO DI LAVORO	4
GRUPPO DI VERIFICA (SE PRESENTE)	4
MODALITÀ OPERATIVE	4
Riconoscimento	4
Fase SUEM	5
Fase Pronto Soccorso	5
Osservazione Clinica Monitorata	14
Fase Ospedaliera.....	15
INDICATORI	16
ALLEGATI.....	16

DISTRIBUITA A: UUOO del Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze e UUOO Ospedaliera, UUOO SERD

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Dr. Tommaso Maniscalco Direttore Dipartimento Salute Mentale (per il Gruppo di Lavoro)		21/09/26
Verificata da	Dr. Mario Grattarola Direttore della Funzione Ospedaliera		21/09/26
Approvata da	Dr. Antonio Di Caprio Direttore Sanitario		22/09/26

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	21/09/2026	Prima emissione
1		

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

PAROLE CHIAVE

Agitazione Psicomotoria, disturbo comportamentale, uso di sostanze, sedazione, aggressione, violenti, disturbo cognitivo

PREMESSA

I pazienti che afferiscono al Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEU) con agitazione psicomotoria e con acuzie relative ai disturbi correlati all'uso di sostanze costituiscono una sfida sia per una corretta risposta diagnostica e terapeutica che riduca il rischio clinico, sia per la gestione di possibili comportamenti auto/eteroaggressivi che possono esporre a rischio, oltre al paziente stesso, gli operatori sanitari, altri utenti e l'ordinario funzionamento dell'Unità Operativa.

Si tratta di pazienti che devono essere gestiti rapidamente e correttamente in quanto una gestione inadeguata può portare a gravi conseguenze, con un tasso di mortalità per i medesimi e di rischio per gli operatori elevato.

Il disturbo acuto cognitivo-comportamentale (*acute behavioural disorder*) non è una diagnosi né una sindrome, ma bensì una possibile presentazione di diverse condizioni cliniche accomunate dal fatto che il paziente, proprio per il suo stato di estrema agitazione, non è valutabile, per cui il primo intervento necessario ed indispensabile rappresenta la risoluzione dello stato di agitazione che pone fine allo stato di pericolo imminente (sia per il paziente che per il personale sanitario) e permette di mettere in atto gli interventi di stabilizzazione e, successivamente, le valutazioni cliniche, laboratoristiche e strumentali che permettono la diagnosi differenziale e la definizione della causa medica e/o psichiatrica.

Il contesto clinico del Pronto Soccorso, in considerazione del ruolo di accoglienza e trattamento che svolge per persone in situazioni di urgenza e ad alto impatto emotivo, deve essere attenzionato con specifiche soluzioni organizzative e procedure cliniche volte alla migliore presa in carico dei pazienti affetti da disturbo comportamentale acuto. La percezione di un imminente pericolo per la messa in atto di agiti violenti auto o eterolesivi deve far propendere verso un intervento comportamentale immediato atto a prevenirli.

SCOPO

Lo scopo del presente documento è quello di migliorare la gestione del paziente che accede al DEU in condizioni di acuzie e urgenza relativa a fenomeni di agitazione psicomotoria, con particolare focus sui disturbi correlati all'uso di sostanze.

In particolare sono obiettivi del documento:

1. definire le modalità operative per identificare precocemente il disturbo comportamentale acuto;
2. definire la procedura per la messa in sicurezza del paziente e degli operatori in presenza di quadro di agitazione psicomotoria;
3. raccomandare l'approccio diagnostico più appropriato;
4. raccomandare l'approccio farmacologico più adeguato nelle diverse condizioni di acuzie;
5. definire il percorso terapeutico-assistenziale e il monitoraggio in condizioni di intossicazione da sostanze e concomitante sedazione farmacologica.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica ai DEU aziendali e alle UO coinvolte nel percorso terapeutico-assistenziale del paziente che necessita di sedazione farmacologica per agitazione psico-motoria da causa non definita.

RIFERIMENTI

- Raccomandazione Ministeriale 8/2025
- Raccomandazioni Regionali per il Disturbo Comportamentale Acuto in Pronto Soccorso
- DGRV 217 del 9 aprile 2026
- Procedura PRAZ171 "GESTIONE DI ACCOGLIENZA, TRIAGE, PERCORSI POST-TRIAGE, ATTESE E COMUNICAZIONE"
- Procedura "GESTIONE ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI"
- Procedura PR230 "GESTIONE INTOSSICAZIONI IN MEU"
- Procedura PR164 "GESTIONE DELLA PERSONA SOTTOPOSTA ALL'UTILIZZO DI TASER"
- Procedura PRAZ046 "VALUTAZIONE, PRESCRIZIONE E MONITORAGGIO DELLA CONTENZIONE MECCANICA"
- Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Out-of-Hospital or Emergency Department Patients Presenting With Severe Agitation ACEP. Annals of Emergency Medicine 83 (1) 01/2024

DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

DACC: Disturbo Acuto Cognitivo-Comportamentale

CAV: Centro Anti Veleni

CSM: Centro di Salute Mentale

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

BVC: Brøset Violence Checklist

MOAS: Modified Overt Aggression Scale

IM: Intramuscolo

PS: Pronto Soccorso

SerD: Servizio per le dipendenze

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

RESPONSABILITÀ

Descrizione dell'attività	Infermiere	Medico MEU	Psichiatra	OSS	Autista	MET
Intervento SUEM sul target	R	R		R*	R*	
Allertamento FFOO	R	R		R*	R*	
Contenzione fisica	R*	R*	R*	R*	R*	R*
Sedazione farmacologica	R*	R				R
Trasporto	R*	R		R*	R*	R
Triage	R	R*				
Valutazione primaria e stabilizzazione	R*	R	R*	R*		R
Decisione		R	R*			R

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

GRUPPO DI LAVORO

Tommaso Maniscalco, Silvia Tomelleri, Filippo Zonta, Giulia Castiglione, Federico Chilese, Katia Gazzola, Simone Gherardi, Nicolò Zanforlin

GRUPPO DI VERIFICA

Mario Grattarola, Pierfrancesco Tricarico, Marco Baiocchi, Andrea Favaro

MODALITÀ OPERATIVE

Riconoscimento

Il solo giudizio clinico può essere insufficiente nella valutazione del rischio di agiti violenti, anche per la tendenza alla sottostima del rischio in pazienti noti o “apparentemente tranquilli”. E’ inoltre necessario nel contesto dell’urgenza-emergenza che gli operatori utilizzino strumenti validati e comuni per supportare le valutazioni di rischio.

Nello stesso tempo la compilazione di una scala, in questo contesto, può impegnare l’operatore in un processo mentale che distoglie anziché focalizzare la situazione.

Il processo proposto per il primo approccio e il riconoscimento rapido di un possibile Disturbo Comportamentale Acuto con agito violento consiste nel porsi in sequenza le seguenti 3 domande:

1. Il paziente è PERICOLOSO in quanto NON INGAGGIABILE?
2. Il paziente è NON COLLABORANTE ma INGAGGIABILE?
3. Il paziente è INGAGGIABILE ma non sono sicuro che non sia pericoloso.

Se la risposta è SI alla prima domanda procedere col flusso operativo (vedi oltre).

Se la risposta è SI alla seconda o terza domanda procedere con la valutazione del rischio in base al livello della collaborazione.

Esistono varie scale validate, per il triage (sul target per gli operatori SUEM e sulla porta per il PS) e i contesti ospedalieri di facile e veloce applicazione. Sono raccomandate le seguenti.

La **Brøset Violence Checklist** (BVC) è un indicatore di agito violento a breve termine (fino a 24h). (**Allegato 3**). Va considerato ad ALTO RISCHIO con allertamento ed eventuale avvio di procedure di contenzione il soggetto con BVC ≥ 2 .

La **Modified Overt Aggression Scale** – MOAS (Yudofsky SC, 1986) è composta da 4 item di valutazione relativi a aggressività verbale, aggressività fisica autodiretta, aggressione verso oggetti e aggressione verso altre persone. Permette di identificare valori di rischio al di sopra dei quali è indicato procedere a contenzione del paziente in forma meccanica o farmacologica. (**Allegato 4**)

La **scala 4AT** è raccomandata nella procedura “GESTIONE DI ACCOGLIENZA, TRIAGE, PERCORSI POST-TRIAGE, ATTESE E COMUNICAZIONE” per il riconoscimento precoce del delirium nei pazienti anziani fragili.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Fase SUEM

Qualora un equipaggio SUEM base o avanzato dovesse trovarsi di fronte un paziente che presenti agitazione psicomotoria, deve contattare la CO SUEM per il necessario supporto (FFOO; medicalizzazione) quando non già eseguito. La presenza delle FFOO può consentire una migliore gestione della scena e la messa in sicurezza del paziente e degli operatori.

Nel caso di pazienti che presentino manifestazioni sospette per disturbo comportamentale acuto in ambiente extra-ospedaliero, per quanto possibile è importante:

- raccogliere comportamenti osservati che hanno portato all'identificazione dell'agitazione psicomotoria (prima di eventuale sedazione);
- utilizzare tentativi di de-escalation verbale e/o ambientale (vanno sempre tentati, anche se raramente hanno successo in questa tipologia di pazienti);
- raccogliere informazioni su episodi precedenti di agitazione psicomotoria o di patologie concomitanti in anamnesi e le terapie farmacologiche in atto nell'ultimo periodo;

In caso di necessità e assenza del medico sul target l'infermiere, se possibile confrontandosi col medico coordinatore della CO SUEM, può iniziare una sedazione di prima linea con benzodiazepine.

Riportare sulla scheda SUEM:

- esito della de-escalation utilizzata;
- le modalità di contenzione se utilizzate;
- il coinvolgimento delle FFOO (utilizzo della forza, del taser, di spray urticanti);
- il trattamento sedativo impiegato e gli eventuali effetti avversi

Quando possibile se si sospetta intossicazione considerare il coinvolgimento del Centro Anti Veleni per eventuale supporto sulle decisioni di trattamento e di centralizzazione.

Fase Pronto Soccorso

Per gli accessi tramite SUEM è necessario il pre-allertamento come da procedura "MODALITA' DI ALLERTAMENTO PRONTO SOCCORSO PER TEMPO DIPENDENTI E PEIMAF"

Accoglienza e Triage

L'infermiere registra il caso ed esegue il triage ai sensi della procedura di triage procede secondo la procedura "GESTIONE DI ACCOGLIENZA, TRIAGE, PERCORSI POST-TRIAGE, ATTESE E COMUNICAZIONE". Il disturbo cognitivo-comportamentale è definito nel triage regionale come segue: "Grado C (confusion) nella scala ACVPU-deterioramento o alterazione del sensorio riferita e non in atto; Amnesia, (decine di minuti o ore), disorientamento spazio/temporale o nella relazione con l'ambiente; allucinazioni; Agitazione psicomotoria: eccitazione psichica o deflessione del tono dell'umore con conseguenti disturbi comportamentali in paziente contattabile dal triagista"

Il processo di riconoscimento e approccio rimane analogo a quanto riportato per la fase SUEM.

Se il paziente giunge al Pronto Soccorso autonomamente è destinato alle aree in base alla priorità come indicato nella procedura. L'infermiere di triage deve considerare l'attesa osservata e la

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

prioritizzazione al medico per i pazienti che, anche se relativamente tranquilli, manifestano sintomi d'ansia o modesta irritabilità e disforia.

Per la decisione di processo l'infermiere nel valutare il rischio di auto/eterolesività deve considerare (e conseguentemente informare i colleghi e il medico):

- *l'ambiente PS*: tempo di attesa, ambiente rumoroso, temperature non appropriate, possibilità di osservazione;
- *i segni*: sintomi disforici; presenza di emozioni quali rabbia, ostilità, sospettosità; patologie psicorganiche, dolore, disabilità, deficit intellettivo;
- *la storia personale quando disponibile*: precedenti accessi con comportamenti aggressivi/suicidari; precedente uso improprio di sostanze o altri fattori facilitanti; precedente esposizione alla violenza, recenti eventi stressanti; recente discontinuità nelle cure.
- *fattori situazionali*: accessibilità ad armi o oggetti lesivi potenziali.

Il Risk Management degli agiti aggressivi è l'insieme delle azioni che permettono una gestione in sicurezza che limiti il rischio per gli operatori e per il paziente.

L'ambiente fisico dell'osservazione e del colloquio deve possedere, per quanto possibile, requisiti di sicurezza e non devono essere presenti oggetti utilizzabili come offesa. Gli arredi dovrebbero essere solidi e non facilmente spostabili. La porta di uscita dovrebbe essere facilmente raggiungibile dall'operatore, evitando che il paziente possa trovarsi in una posizione che blocchi una via di fuga ed allo stesso tempo evitando che si possa sentire bloccato e in trappola.

Va mantenuta una distanza di sicurezza, sia per non dare la sensazione di minacciare il paziente, sia per avere una maggiore possibilità di difesa e fuga. Per la gestione il personale deve essere adeguato per numerosità e figure professionali: oltre ad un setting e ad un approccio tranquillizzante è comunque utile che il paziente possa percepire fisicamente la presenza o la vicinanza di molte persone o di forze dell'ordine che possano intervenire nel caso la situazione precipiti. La numerosità delle persone presenti può infatti servire a far percepire al soggetto che non ha la possibilità di aggredire senza trovare resistenze.

Possibilmente vanno predisposti sistemi di allertamento, come pulsanti di emergenza, su cui gli operatori devono essere formati.

Presa in cura

Per i pazienti con DACC, il processo clinico deve, per quanto possibile, procedere di pari passo con la gestione del rischio clinico. Il flusso operativo che segue è quindi processato in parallelo.

L'obiettivo è che la gestione sia multidisciplinare, appena possibile. Per la gestione della sedazione farmacologica che comporta monitoraggio strumentale del paziente, deve essere presente nel TEAM un medico Anestesista e/o MEU.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Flusso operativo

Risk management	Percorso clinico
<u>Approccio</u> È fondamentale osservare i comportamenti ad alto rischio per sé o per altri, verificare la presenza di oggetti pericolosi propri o disponibili nell'ambiente. Non interagire mai dai soli con questi pazienti. Nel sospetto di disponibilità di oggetti pericolosi vanno immediatamente allertate le FFOO e messe in atto le misure di sicurezza previste dalla UO. Solamente se la persona si dimostra disponibile cercare di verificare il contenuto o di allontanare tasche e borse. La comunicazione deve essere chiara, senza utilizzare provocazioni o emettere giudizi, con attenzione e facilitazione dell'espressione verbale del paziente. Vanno allontanate persone o evitate situazioni che possano rappresentare ulteriore elemento di disturbo per il paziente. <u>La gestione del paziente con DACC dovrebbe svolgersi in ambulatorio dedicato o shock room</u> Vanno utilizzati fin dall'inizio le tecniche di de-escalation (vedi paragrafo successivo) sulle quali gli operatori devono essere specificamente formati	<u>Prima impressione</u> La presentazione del paziente con disturbo cognitivo-comportamentale può variare: • aggressività e violenza sul piano comportamentale nei confronti di oggetti o persone (elevata minacciosità verbale e/o fisica); il soggetto non è contattabile sul piano relazionale; può essere sottesa una alterazione delle funzioni vitali • minacciosità verbale ma non apertamente violento, potrebbe essere difficilmente contenibile • segni di attivazione psicofisica, ma il paziente è ancora facilmente arginabile • il paziente si presenta relativamente tranquillo nell'atteggiamento anche se sono presenti sintomi d'ansia o modesta irritabilità e disforia
<u>Presentazione oggettiva</u> In caso di stato di necessità, ovvero in presenza di un pericolo attuale e concreto per l'incolumità del paziente o di terzi, il personale deve adottare le misure necessarie e proporzionate alla situazione. Qualora non sia possibile contenere il rischio mediante interventi di de-escalation o altre misure meno restrittive, deve essere attivata la procedura aziendale per l'eventuale ricorso alla contenzione fisica, secondo criteri di necessità, proporzionalità e temporaneità e garantendo adeguata sorveglianza clinica. Ove necessario per la gestione della sicurezza, può essere richiesta la collaborazione delle FFOO. La restrizione va eseguita da un numero di persone sufficienti e per il minor tempo necessario, facendo in modo che non vi sia impedimento alla ventilazione e minimizzando il rischio di aspirazione.	<u>Presentazione clinica</u> La valutazione del paziente con DACC può essere, nella prima fase, solo ispettiva. Il quadro clinico più estremo e pericoloso è il cosiddetto "delirium con iperattività e severa agitazione" (precedentemente noto come "delirium eccitato"). Questo stato è una vera e propria emergenza medica potenzialmente letale. Il paziente non è contattabile, combattivo, incontenibile, aggressivo e distruttivo con segni di una massiccia iperattivazione adrenergica (tachicardia, ipertensione, iperidrosi, ipertermia). L'ispezione permette, in ogni caso, di riconoscere: • Agitazione; • Tachipnea; • Diaforesi; • Scarsa collaborazione col personale sanitario o con le FFOO; • Movimento costante (continuano ad agitarsi anche se contenuti);

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

	● Comportamento bizzarro; ● Panico, paura, angoscia; ● Forza sproporzionata; ● Estrema tolleranza al dolore; ● Attratti da specchi e vetri (con rischio di ferite); ● Tachicardia, ipertensione, ipertermia (se è possibile misurare i parametri vitali).
<u>Fattori ambientali</u> I pazienti con agitazione psicomotoria hanno una ridotta percezione del rischio e quindi perdono la loro capacità di interagire correttamente ed in sicurezza con le persone e l'ambiente circostante. Possono reagire in modo aggressivo ai tentativi di de-escalation ed a quelli di immobilizzazione con tentativi di fuga che li mettono ancor di più a rischio. ● attenzione alla presenza di armi od oggetti pericolosi ● attenzione alle "vie di fuga" (il paziente potrebbe chiudersi a chiave in una stanza oppure gettarsi da una finestra o da un terrazzo; nel caso di paziente barricato vanno attivati i VVFF per il controllo dei punti di rischio)	<u>Fattori eziologici</u> I fattori che, potenzialmente portano all'agitazione psicomotoria sono: Intossicazione o astinenza da sostanze psicotrope; Patologia psichiatrica; Toxidrome (in particolare: sdr serotoninergica, sdr anticolinergica, sdr maligna da neurolettici) Ipossia; Ipoglicemia; Disonie; Sepsi; Trauma cranico; Crisi epilettica; Colpo di calore; Crisi tireotossica.
<u>Accesso vascolare e Contenzione</u> Posizionare un accesso vascolare in un paziente con agitazione psicomotoria, anche sottoposto a restrizione, comporta un rischio di danno sia per il paziente che per gli operatori sanitari: la sedazione farmacologica va iniziata per via intra-muscolare. L'accesso vascolare va garantito a paziente adeguatamente sedato. Nel paziente fortemente agitato, con comportamento aggressivo, minaccioso, non accessibile verbalmente e non gestibile mediante interventi di de-escalation, deve essere tempestivamente valutata l'adozione delle misure necessarie per mettere in sicurezza il paziente, gli altri utenti e gli operatori, incluso il ricorso alla contenzione fisica ove necessario e secondo i criteri di necessità, proporzionalità e temporaneità facendo riferimento alla procedura "VALUTAZIONE, PRESCRIZIONE E MONITORAGGIO DELLA CONTENZIONE MECCANICA" In tali situazioni deve essere garantita, ove necessario, la disponibilità di un numero adeguato	<u>Fisiopatologia</u> Alcuni autori hanno identificato, come base fisiopatologica dello stato di agitazione, un aumento del tono dopaminergico con conseguente vasocostrizione periferica (che conduce ad acidosi lattica periferica), rabdomiolisi (aggravata dall'agitazione, dall'iperattività, dai possibili traumi e dalla contenzione), iperkaliemia, ipertermia e, infine, da stress catecolaminergico (con aumentato consumo sistemico di ossigeno). Tutto ciò (ipovolemia, ipossia, acidemia, iperkaliemia, ipertermia, aumento delle catecolamine) porta, se non adeguatamente contrastato, all'arresto cardiocircolatorio. Ne consegue che il paziente con agitazione psicomotoria può rappresentare una vera e propria EMERGENZA MEDICA.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

di operatori (possibilmente 5: quattro per gli arti e 1 per gestire la farmacoterapia) e deve essere richiesto tempestivamente l'intervento delle FFOO se non presenti a supporto e protezione del personale sanitario. Gli interventi coercitivi devono essere coordinati tra personale sanitario e Forze dell'Ordine, nel rispetto dei rispettivi ruoli e competenze, al fine di garantire l'incolumità del paziente e la sicurezza degli operatori e di terzi e consentire, quando indicato, il successivo trattamento farmacologico. La contenzione meccanica deve essere effettuata da personale adeguatamente formato e in numero sufficiente rispetto alle condizioni del paziente e alle modalità di contenimento previste dalla procedura aziendale. Deve essere garantito il controllo del capo e degli arti durante le fasi di immobilizzazione, evitando posizioni che possano compromettere la funzione respiratoria. La contenzione può prevedere l'immobilizzazione dei quattro arti e, quando clinicamente necessario e secondo le modalità previste dalla procedura aziendale, anche del tronco mediante dispositivi idonei (da inserire in appendice). Durante e dopo l'applicazione della contenzione deve essere garantita continua sorveglianza clinica, con particolare attenzione allo stato di coscienza, alla funzione respiratoria e cardiovascolare e all'eventuale insorgenza di complicanze.	
<u>Considerazioni medico-legali</u> Per quanto attiene alle intossicazioni da sostanze, va evidenziato che il paziente in condizioni di intossicazione acuta può trovarsi in una condizione di temporanea compromissione della capacità di autodeterminazione e di valutazione dei rischi e di gestione autonoma della propria sicurezza. Pertanto, dal momento dell'accesso in Pronto Soccorso, deve essere adeguatamente preso in carico e posto in condizioni di sicurezza dagli operatori sanitari, indipendentemente dall'eventuale presenza di provvedimenti o disposizioni di natura giudiziaria. La gestione del paziente con intossicazione acuta in Pronto Soccorso presenta infatti potenziali rischi anche rilevanti per la sopravvivenza, sia per gli effetti diretti della sostanza sia per le possibili	<u>Obiettività e Anamnesi</u> Raggiunto un adeguato livello di sicurezza, o parallelamente se un operatore può interagire con eventuali astanti, è fondamentale la raccolta anamnestica: S-valutare con riguardo i segni neurologici A-allergie M-farmaci assunti P-comorbidità e patologie psichiche (demenze, ritardo mentale, patologie psichiatriche); stato di gravidanza L-ultimo pasto E-considerare le possibili intossicazioni e infezioni e la sindrome astinenziale da sostanze e alcol (Allegato 1)

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

complicanze e l'evoluzione del quadro clinico. È pertanto necessario garantire una adeguata valutazione clinica e una sorveglianza proporzionata al livello di rischio, con monitoraggio delle condizioni del paziente e periodica rivalutazione in relazione all'evoluzione del quadro clinico e comportamentale.	Dare rilevanza ad episodi precedenti di agitazione psicomotoria o di patologie concomitanti in anamnesi e le terapie farmacologiche in atto nell'ultimo periodo.
<u>Screening Tossicologico</u> Lo screening tossicologico viene effettuato mediante analisi su matrice urinaria, utilizzando i test e le metodiche effettivamente disponibili presso il Laboratorio aziendale. L'attività di screening ha la finalità di fornire un supporto clinico-assistenziale nell'ambito della valutazione del paziente e deve essere interpretata in relazione ai dati anamnestici, all'esame obiettivo, alle eventuali terapie farmacologiche assunte e alle circostanze cliniche del caso. I risultati dei test di screening urinario devono essere considerati preliminari e non consentono, di per sé, di stabilire che la persona sia, al momento dell'accertamento, sotto l'effetto psicotropo della sostanza rilevata. La presenza di una sostanza o dei suoi metaboliti nelle urine è infatti indicativa di una precedente esposizione o assunzione e non consente, in assenza di ulteriori elementi, di determinare la concentrazione della sostanza nell'organismo al momento della valutazione né di documentare la presenza di un effetto farmacologico attuale. Qualora l'Autorità Giudiziaria disponga di verificare la presenza e la concentrazione della sostanza nell'organismo in rapporto temporale con il momento dell'accertamento per fini medico-legali fare riferimento alle procedure concordate con il COR e relativa catena di custodia. Gli esami richiesti nell'ambito dello screening saranno esclusivamente quelli effettivamente disponibili ed eseguibili presso il Laboratorio aziendale, secondo le modalità e le specifiche tecniche definite dal Laboratorio stesso. Gli esami richiesti nell'ambito dello screening saranno esclusivamente quelli effettivamente disponibili ed eseguibili presso il Laboratorio aziendale, secondo le modalità e le specifiche tecniche definite dal Laboratorio stesso.	<u>Accertamenti</u> È raccomandato uno screening per tutti i pazienti con DACC: <u>Emogasanalisi venosa</u> Può essere sufficiente nei soggetti con priorità 6. BIANCO che non presentano elementi di rischio oggettivo <u>Profilo DACC</u> Gli esami ematochimici da eseguire nel paziente agitato, a maggior ragione se in stato di intossicazione da sostanze, sono i seguenti: ● Emocromo ● Troponina ● CPK totali ● Creatinina ● Azotemia ● βHCG in donna fertile ● Glicemia ● Ionemia (Na, K, Ca, Mg) ● Alcoleamia ● Marker di etilismo cronico (MCV, ALT, AST) ● TSH <u>Screening tossicologico urine</u> <u>Esami strumentali</u> ● Elettrocardiogramma (anche per farmacoterapia) ● Considerare TC encefalo (dove suggestivo per involuzione cognitiva, eventi vascolari o traumatici) NOTA: Altri esami di laboratorio o strumentali su decisione clinica o indicazione specifica del Centro Antiveneni (es: litiemia, digossinemia, etc..).

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

--	--

Tecniche di De-escalation

Le tecniche di de-escalation prevedono che l'operatore padroneggi tre aspetti:

- il controllo di sé stesso
- la posizione fisica
- la de-escalation verbale

Si tratta di tecniche basate sulla comunicazione verbale e non verbale, finalizzate a prevenire comportamenti violenti, ridurre la rabbia, la frustrazione, la tensione e l'aggressività nella relazione interpersonale conflittuale (le tecniche sono riassunte in tabella)

La valutazione dei comportamenti al primo approccio è fondamentale:

- permette di riconoscere i comportamenti aggressivi, è necessario essere consapevoli che spesso esprimono stati di esasperazione, richiesta di aiuto seppur "travisabile".
- consente di applicare il miglior approccio gestionale

La violenza progredisce in quattro fasi successive:

1. Trigger: i comportamenti verbali, mimici o fisici rendono percepibile l'avvio del processo
2. Intensificazione: il successo degli interventi dipende dalla tempestività della messa in atto
3. Crisi: culmine di eccitamento, focalizzare l'attenzione su sicurezza e contenimento delle conseguenze
4. Recupero: fase delicata perché interventi troppo precoci di elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione

Utilizzare le tecniche di de-escalation nelle fasi 1-2 per contenere l'aggressore, col riconoscimento positivo delle istanze e la negoziazione per anticipare il contenuto emotivo e razionale e "sfogare" la crisi senza culmine eccitatorio.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

VERBALI	NON VERBALI
Utilizzare un tono di voce basso e monotono, calmo e rassicurante	Cercare di far sedere l'altro sedendosi anche tu; sedersi può di per sé abbassare la tensione; se l'altro non vuole sedersi, rimanere in piedi
Non aumentare il tono della voce; se l'altro aumenta il tono mantenere lo stesso tono di voce o addirittura abbassarla	Non toccare anche bonariamente l'altro; non invadere il suo spazio
Essere consapevoli che un soggetto agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto; mostrare sempre rispetto, pur ponendo dei limiti con fermezza	Modellare una postura rilassata; evitare posture chiuse interpretabili come difensive o aggressive (non stare a braccia conserte o muoversi rapidamente o puntare l'indice o gesticolare); rendere i gesti fluidi e rilassati
Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta, senza spostare il discorso su altri temi	Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi
Non rimproverare, non giudicare, non rispondere con toni aggressivi simmetrici o con minacce	Senza fissare negli occhi. Mantenere sempre il contatto visivo con la persona rilassando i muscoli del volto, permettendo all'altro di sospenderlo
Verificare sempre di aver compreso e di essere stato compreso, ripetendo o parafrasando quanto detto	Rilassare i muscoli del volto, non esprimere rabbia o paura, ma apparire sicuro e centrato
Non argomentare per provare a far cambiare idea, ma, se possibile suggerire nuove possibilità e scelte alternative	Non sorridere
Non dare ordini; evitare espressioni radicali come "no", "non si può", "tu devi", ecc.	Rimuovere dalle vicinanze o dalla propria persona oggetti taglienti e potenzialmente pericolosi

Sedazione farmacologica

Obiettivo della sedazione farmacologica è tranquillizzare rapidamente il paziente, idealmente entro 30 minuti.

La modalità di somministrazione è un elemento fondamentale del processo:

- ORALE quando la condizione di agitazione è moderata e il paziente è sufficientemente collaborativo, durante i tentativi di de-escalation aiutare il paziente a realizzare che il farmaco potrebbe essere un ottimo aiuto per la risoluzione; se la de-escalation sembra non funzionare è poco probabile questa modalità
- INTRAMUSCOLO è la via più sicura e da preferire in quando di rapida azione, sicura e semplice da applicare
- ENDOVENA più rapida insorgenza d'azione e migliore titolabilità della dose, ma richiede condizioni operative controllate, monitoraggio e competenze

La scelta del trattamento farmacologico è guidata dalla gravità dell'agitazione, dalla possibile etiologia, dalle comorbidità, dai farmaci già assunti e dal rischio di eventi avversi. Nel contesto emergenziale possono mancare informazioni, non essere immediatamente disponibile il confronto multidisciplinare. Nella seguente tabella sono riportate le indicazioni principali da considerare in emergenza, per altre considerazioni si rimanda all'**Allegato 2**.

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

DACC - Agitato ma cooperativo (TIPO 1)	
1^ Linea	
Delorazepam 1-2mg (ripetibile) EV (OS se possibile)	
DACC - Aggressivo con minacciosità limitata e possibile difficoltà di contenimento (TIPO 2)	
1^ Linea	
Midazolam 5-10 mg IM o	
Delorazepam 1-2 mg (ripetibile) EV	
2^ Linea	
Possibile intossicazione da sostanze	Poco probabile intossicazione da sostanze
Promazina 25-50 mg IM (ripetibile)	Aloperidolo (vedi ECG) 2-5 mg IM (OS se possibile)
DACC - Fortemente agitato, aggressivo, violento e difficoltà di contenimento (tipo 3)	
1^ Linea	
Ketamina IM (4-6 mg/kg; è possibile ripetere dose dimezzata dopo 15-25 minuti. Dose massima 400 mg) Se presente accesso venoso: 1-2 mg/kg in 30-60 secondi; è possibile ripetere dose dimezzata dopo 5-10 minuti.	
2^ Linea	
Possibile intossicazione da sostanze	Poco probabile intossicazione da sostanze
Midazolam: 5-10 mg IM ripetibile o in infusione continua oppure Delorazepam 2-5 mg IM ripetibili o in infusione continua	
Promazina 25-50 mg IM (ripetibili) oppure Clorpromazina 50-100 mg IM (ripetibil)	Aloperidolo (vedi ECG) 2-5mg IM (OS se possibile)
<i>Per ulteriore approfondimento relativo all'utilizzo della terapia sedativa vedasi Allegato 2</i>	

NB. SUL MONITORAGGIO: I pazienti che richiedono sedazione con dosi importanti di benzodiazepine e/o ketamina o propofol **devono proseguire la gestione con monitoraggio multiparametrico nel setting più adeguato (vedi "Osservazione Clinica Monitorata")** fino ad un

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

adeguato svezzamento procedendo all'assistenza respiratoria (correzione di eventuale ipossia e ipoventilazione) ed emodinamica. Va ribadito l'utilizzo dei DPI per gli operatori.

Osservazione Clinica Monitorata

La fase di monitoraggio inizia presso la shock room del Pronto Soccorso e può proseguire:

- nella OBI del PS per il DACC tipo 1 fino alla risoluzione e dimissione o ricovero per la prosecuzione di diagnosi e cure quando indicato
- con **ricovero urgente** monitorato per il DACC di tipo 2 e tipo 3

Considerazioni per il ricovero:

DACC tipo 2-3 con o senza sospetta intossicazione o patologia organica (*vedi anche procedura distrettuale sulle indicazioni al ricovero in Terapia Semi Intensiva e Intensiva*):

- Terapia Intensiva
 - IOT-ventilazione meccanica*
 - patologia sottostante che comporta evidenza o rischio di insufficienza multiorgano
- Terapia Semi Intensiva
 - patologia sottostante che comporta evidenza o rischio di insufficienza monorgano
 - monitoraggio post-sedazione
 - evidenza o sospetto di intossicazione

**L'indicazione alla IOT va definita dall'Anestesista/MEU. L'indicazione è guidata, oltre che dalle comuni indicazioni, dalla necessità di gestire:*

- *agitazione grave nonostante la somministrazione di sedativo alla massima dose sicura*
- *persistente squilibrio metabolico*
- *una eventuale ipertermia*

In considerazione dell'elevato rischio evolutivo e della successiva somministrazione di sedativi, il paziente con agitazione psicomotoria va sottoposto a monitoraggio multiparametrico (PAO, ECG, FR, SpO₂ e, possibilmente EtCO₂) non appena possibile già nella fase di Pronto Soccorso e successivamente per tutta la fase di monitoraggio.

Nel caso di intossicazione è sempre raccomandato il confronto con il CAV e l'osservazione delle indicazioni conseguenti in relazione anche alla procedura "INTOSSICAZIONI IN MEU".

Consulenze SerD

La consulenza SerD è finalizzata a:

- identificazione del paziente già noto
- verifica della terapia sostitutiva in corso
- riconciliazione farmacologica
- valutazione del rischio overdose
- piano per astinenza/intossicazione
- contatto con il servizio territoriale
- appuntamento prima della dimissione
- documentazione del piano di continuità

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Gli operatori del SerD sono reperibili dal lunedì al venerdì:

- Distretto 1: orario 8-13 e 14-16:30 (il mercoledì no dalle 9:30 alle 11) al numero 0424/885407

La richiesta di consulenza va inviata sertbassano@aulss7.veneto.it

- Distretto 2: orario 8-14 al numero 0445/313811

La richiesta di consulenza va inviata alla mail sertthiene@aulss7.veneto.it

Gli operatori del Servizio di alcologia sono presenti dal lunedì al venerdì:

- Distretto 2: orario 8-14 al numero 0445/598237.

La richiesta di consulenza va inviata alla mail alcologia@aulss7.veneto.it

L'invio al SerD di paziente dimissibile dal PS può essere deciso:

- dagli operatori SerD nel corso della consulenza;
- dopo consulto telefonico tra medico del PS e medico del SerD

Risoluzione della fase acuta e dimissione da PS

Il paziente DACC-tipo 1 che ha risolto lo stato di agitazione:

- rientra a domicilio dopo valutazione psichiatrica se sono presenti sintomi suggestivi o rivalutazione programmata presso il CSM se già seguito o in base alle indicazioni dello psichiatra
- viene inviato presso il Servizio territoriale per le Dipendenze (SerD) se presenta sintomatologia riferibile a contesto di dipendenza da sostanze

Fase Ospedaliera

Il paziente agitato che non presenta condotte violente o pericolose deve essere sottoposto a valutazione clinica e specialistica finalizzata all'identificazione della causa dell'agitazione. In relazione alla condizione prevalente al momento della valutazione, distinguendo in particolare tra quadro organico non stabilizzato e prevalente alterazione psichica, deve essere individuato il setting assistenziale più appropriato.

L'eventuale indicazione al ricovero in SPDC deve essere valutata solo dopo aver verificato la stabilizzazione delle condizioni organiche e l'adeguatezza del paziente al setting psichiatrico. In presenza di una condizione organica non stabilizzata o di necessità assistenziali non compatibili con le caratteristiche del SPDC, il paziente deve essere ricoverato in ambiente internistico, neurologico, geriatrico o in altro setting specialistico appropriato.

Qualora non sussistano indicazioni al ricovero, deve essere valutata l'opportunità di introdurre o modificare il trattamento farmacologico e di procedere alla dimissione con adeguate indicazioni clinico-assistenziali. Prima di attribuire l'agitazione a una prevalente causa psichica, devono essere adeguatamente considerate ed escluse, per quanto possibile, le principali cause organiche e tossicologiche potenzialmente responsabili o concausali del quadro.

Inoltre, per le caratteristiche strutturali e organizzative del SPDC e nel rispetto dei requisiti di sicurezza, non è possibile accogliere in regime di degenza pazienti che richiedano frequenti valutazioni specialistiche per condizioni organiche non stabilizzate (es. coesistenza di più patologie scompensate), che necessitino di monitoraggio continuativo dei parametri vitali (in quanto non vi è la possibilità di utilizzare monitor) e che necessitino di supporti invasivi che richiedono dispositivi o

	DIREZIONE SANITARIA	PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	Rev. n.00
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

presidi (es. sondini, cvc, ecc che prevedano l'utilizzo di cavi utilizzabili come strumento per autolesionismo) incompatibili con le condizioni di sicurezza della degenza psichiatrica.

Il paziente che presenta intossicazione da sostanze che abbia richiesto sedazione importante, ovvero con concomitante o sottostante causa medica potenzialmente evolutiva, deve essere ricoverato in ambiente medico, semi intensivo o intensivo ai sensi delle procedure distrettuali, in relazione alla gravità del quadro clinico, fino a quando venga meno la necessità di monitoraggio per il rischio di effetti avversi dall'interazione tra farmaci e sostanze con effetto potenzialmente lesivo/letale a livello cardiologico, epatico, renale o respiratorio.

Dopo la risoluzione della fase acuta, deve essere previsto idoneo *stepping-down* (dalla Terapia Intensiva alla Semintensiva e/o dalla Semintensiva alle UO internistiche) gestito tempestivamente tramite il sistema delle consulenze.

Nel caso di pazienti che presentino DACC di tipo 3 nel contesto delle degenze ospedaliere è necessaria l'attivazione del MET, da considerate nei DACC di tipo 2.

INDICATORI

Nella prima fase di attuazione della presente procedura si utilizzano gli indicatori di processo osservazionali per la numerosità dei casi e degli interventi delle varie UO coinvolte.

In una seconda fase potranno essere individuati indicatori di esito per valutare l'applicazione della procedura e la correttezza della stessa.

- Accessi PS per Disturbo Cognitivo-Comportamentale/Intossicazione con consulenza psichiatrica/totale Accessi per Disturbo Cognitivo-Comportamentale/Intossicazione
- Accessi PS con consulenza psichiatrica/totale Accessi per codice colore
- Dimessi PS con consulenza psichiatrica/totale accessi con consulenza psichiatrica
- Ricoverati per Disturbo Cognitivo-Comportamentale/Intossicazione per reparto di ricovero
- Incident Reporting Inseriti relativi ad episodi di aggressioni con DACC

ALLEGATI

Allegato 1 - Quando è più probabile l'ipotesi di agitazione su base organica/tossicologica?

Allegato 2 - Raccomandazioni generali nella gestione farmacologica del paziente agitato

Allegato 3 - Scala BVC

Allegato 4 - Scala MOAS

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	ALLEGATO 1 PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Allegato 1 - Quando è più probabile l'ipotesi di agitazione su base organica/tossicologica?

1. Assenza di diagnosi psichiatrica pregressa

Se il paziente non ha storia documentata di disturbi psichiatrici, l'agitazione psicomotoria deve essere considerata organica fino a prova contraria.

2. Anamnesi positiva per disturbo da uso di sostanze (DUS)

Se il paziente è seguito da un SerD o ha una storia clinica caratterizzata da precedenti accessi in Ospedale per intossicazione acuta da sostanze psicotrope o comunque un'anamnesi suggestiva per DUS, l'ipotesi tossicologia deve essere presa in considerazione.

3. Comportamento atipico

Un'intossicazione va presa in considerazione altresì quando, pur sussistendo una diagnosi psichiatrica ben documentata, il comportamento del paziente è marcatamente incongruo o incoerente con il contesto psichico noto (esempio: quadro di aggressività improvvisa e immotivata a stimoli minimi, normalmente non presente).

4. Paziente rinvenuto in ambiente sospetto

Nel caso il paziente fosse rinvenuto in un contesto nel quale è verosimile ipotizzare un uso incongruo di farmaci o sostanze (discoteche, cantine, zone desolate o abbandonate, abitazioni nelle quali si ritrovano blister, flaconi, bustine o bottiglie vuote - anche senza etichetta, pillole, polveri, cartine, siringhe, etc..), l'ipotesi di agitazione su base tossicologica è molto probabile.

5. Popolazioni a rischio

Adolescenti, anziani in politerapia farmacologica o con decadimento cognitivo, donne in gravidanza, pazienti con ridotta funzionalità epato-renale, persone senza fissa dimora e detenuti sono categorie a elevato rischio tossicologico.

6. Sintomi insorti in seguito a eventi tipici

Una valutazione atta a confermare o escludere l'ipotesi tossicologica va effettuata nel caso di agitazione temporalmente correlata a fatti tipici come:

- consumo di bevande, infusi, distillati, decotti o piatti a base di erbe, fiori, bacche, foglie, frutti, piante o funghi raccolti,
- morsi o punture,
- viaggi in regioni esotiche,
- immersioni o gite in alta montagna,
- coinvolgimento in incidenti o esposizioni a fumi/vapori
- frequentazione di ambienti di lavoro a rischio in assenza di adeguati DPI,
- esposizione cronica a fonti certe di metalli pesanti o altri contaminanti ambientali

7. Mancata risposta ai sedativi standard

L'agitazione refrattaria ai trattamenti convenzionali deve far pensare a cause tossicologiche, che spesso determinano l'insorgenza di quadri clinici di difficile gestione, che NON rispondono alle dosi usuali dei sedativi standard.

8. Quadro clinico suggestivo per intossicazione

Devono far riflettere scenari di agitazione associati a segni e sintomi:

- neurologici (midriasi/miosi, rigidità, tremori, iperreflessia, tremori, mioclonie finanche alle convulsioni),
- cardiovascolari (più spesso ipertensione e tachicardia, talora non responsivi a manovre standard)
- respiratori (dispnea, ipossia, ipercapnia), metabolici (acidosi, alcalosi, disionie, ipo/iperglicemia, COHb, MetHb)
- gastrointestinali (vomito, diarrea)
- dermatologici (cianosi)

In questi casi, si configura quella che definiamo **Agitazione psicomotoria associata a toxidrome**. Le toxidrome sono descritte nella procedura “GESTIONE INTOSSICAZIONI IN MEU”.

9. Quadro clinico suggestivo per sindrome astinenziale

Le sindromi assistenziali non sono trattate in questa procedura.

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	ALLEGATO 2 PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Allegato 2 – Raccomandazioni generali nella gestione farmacologica del paziente agitato

- È controindicata la somministrazione di antipsicotici per via e.v.
- Considerare il rischio associato di allungamento dell'intervallo QT nella somministrazione di “aloperidolo” (v. AIFA, Determinazione 28 febbraio 2007, pubblicata in Gazzetta Ufficiale, n°60 del 13 marzo 2007). Qualora si renda necessario il ricorso a terapia con aloperidolo, indipendentemente dalla via di somministrazione prescelta, è fortemente raccomandata l'esecuzione di un elettrocardiogramma prima della somministrazione della terapia; laddove ciò non sia possibile, né sia rinviabile la tranquillizzazione rapida, né esistano terapie alternative utilizzabili, l'ECG dovrebbe essere eseguito appena possibile.
- È sconsigliata la somministrazione di diazepam IM (in quanto assorbito in modo irregolare).
- Nel sospetto di delirium da anticolinergici (sdr. anticolinergica) è sconsigliato l'utilizzo di antipsicotici ad attività anticolinergica (promazina, clorpromazina, levomepromazina, olanzapina) optando per l'utilizzo di Aloperidolo (non anticolinergico), Risperidone o Perfenazina
- Considerare la possibilità di acatisia tra le cause di agitazione nei pazienti che assumono antipsicotici. Nel caso in cui si sospetti la presenza di acatisia, oltre all'impiego di benzodiazepine, considerare tra le opzioni terapeutiche l'utilizzo di trazodone 100 mg/die, per cui esistono alcune evidenze in letteratura.

Di seguito si specificano inoltre le raccomandazioni per **particolari popolazioni di pazienti**:

1) Paziente anziano

Prestare attenzione alla possibilità di effetti paradossi da benzodiazepine, mentre sono presenti dati iniziali su trazodone.

Nel paziente anziano affetto da demenza recenti dati di letteratura suggeriscono la possibilità di utilizzare terapie con antipsicotici di “seconda generazione”, tenendo conto dell'incremento, documentato, del rischio di incidenti cerebrovascolari in questa popolazione di pazienti.

2) Gravidanza

Non sono disponibili a tutt'oggi in letteratura evidenze robuste a favore dell'utilizzo di farmaci specifici per la tranquillizzazione rapida in corso di gravidanza. Si consiglia la somministrazione solo in caso di assoluta necessità, valutando bene i rischi benefici, utilizzando terapie al dosaggio minimo efficace per un breve periodo di tempo. I farmaci più frequentemente usati sono in genere aloperidolo (3-10mg) in combinazione con una benzodiazepina (lorazepam 2-5 mg). La via di somministrazione più usata è quella orale.

Per quanto riguarda l'uso di antipsicotici, tra le diverse molecole: aloperidolo e perfenazina sono usati molto anche in cronico durante la gravidanza con rischi bassi per il feto. Per risperidone, quetiapina, aripiprazolo, e olanzapina non sono riportati dati di eventi avversi per l'uso in gravidanza. L'uso in acuto di diazepam o lorazepam in gravidanza non sembra avere potenziali rischi.

3) Bambini e adolescenti

Gli studi mirati sulla fascia di età inferiore ai 18 anni sono pochissimi, quasi tutti effettuati sui farmaci ed in contesti specialistici o di gestione della sedazione/tranquillizzazione rapida non psichiatrica (agitazione post traumatica, post-intervento chirurgico ecc).

Nella pratica clinica:

- Ottenere appena possibile il consenso informato firmato di entrambi i genitori al trattamento (tanto più se separati/divorziati), spiegare comunque la necessità della terapia e informare il paziente nella misura consentita dalle sue condizioni cliniche.
- Quando indicato, offrire la possibilità di terapia farmacologica per os o per via parenterale, se preferito dal soggetto.
- Se necessaria la tranquillizzazione farmacologica rapida:
 - Iniziare con le Benzodiazepine- BDZ (delorazepam, lorazepam)
 - Nei casi di agitazione intensa, associare i Neurolettici. Considerare che tali farmaci comportano il rischio di effetti collaterali di una certa rilevanza, in particolare di effetti extrapiramidali (più frequenti nell'adolescente che nel preadolescente). Il rischio di effetti collaterali è minore se si usano antipsicotici di nuova generazione, soprattutto nel caso di pazienti adolescenti (risperidone, aripiprazolo, olanzapina)

Intossicazione/astinenza da sostanze

Questa procedura non tratta le sindromi astinenziali

Per le intossicazioni fare riferimento alla procedura "INTOSSICAZIONI IN MEU".

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	ALLEGATO 3 PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Allegato 3 - BVC (Brøset Violence Checklist)

Indicatore	Punti
Confusione	1
Irritabile	1
Chiassoso	1
Minacce verbali	1
Minacce fisiche	1
Aggressivo sulle cose	1

Confusione: confusione e disorientamento temporale, luoghi o persone;

Irritabilità: il paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente, non tollera la presenza degli altri;

Chiassoso: comportamento apertamente rumoroso o chiassoso, fino a sbattere le porte e/o alzare la voce improvvisamente;

Minacce verbali: esplosione verbale, che è più della voce alta, può esprimere intimidazioni o minacce con abusi verbali e insulti o con commenti verbalmente neutri espressi in modo iroso e aggressivo;

Minacce fisiche: manifesta l'intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con atteggiamento aggressivo fino a afferrare gli abiti di una persona, alzare un braccio, una gamba, chiudere il pugno o accennare a colpire qualcuno con la testa;

Aggressivo sulle cose: attacco diretto a un oggetto e non a un individuo, per esempio lancio di oggetti, sbattere su finestre, calciare o rompere oggetti.

Va considerato ad ALTO RISCHIO con allertamento ed eventuale avvio di procedure di contenzione il soggetto con BVC ≥ 2 .

REGIONE DEL VENETO 	DIREZIONE SANITARIA	ALLEGATO 4 PROCEDURA PRAZ182
	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREA CRITICA	
GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBO COMPORTAMENTALE ACUTO		

Allegato 4 - Scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale)

Comportamento	Gravità osservata	Punti base	Peso	Gravità
Aggressività Verbale	Nessuna	0	x 1	
	Urla con rabbia, insulti lievi o imprecazioni	1		
	Insulti personali gravi, minacce verbali esplicite	2		
	Minacce di violenza fisica immediata verso altri o se stessi	3		
	Minacce con gesti violenti o uso di oggetti come armi potenziali	4		
Aggressività contro Oggetti	Nessuna	0	x 3	
	Sbatte le porte, tira pugni ai muri o lancia oggetti non fragili	1		
	Rompe piccoli oggetti (es. posacenere, bicchieri), strappa carta	2		
	Rompe finestre, vetri, specchi o danneggia l'arredamento	3		
	Appicca piccoli incendi, distrugge apparecchiature o oggetti costosi	4		
Autoaggressività (Contro sé stessi)	Nessuna	0	x 2	
	Si pizzica, si graffia superficialmente, si colpisce senza ferirsi	1		
	Si provoca lievi ferite, si dà testate o pugni forti contro pareti	2		
	Si provoca tagli o contusioni significative, si infligge bruciature	3		
	Compie gravi atti autolesionistici o tentativi di suicidio	4		
Aggressività altri (Verso altre persone)	Nessuna	0	x 4	
	Fa gesti minacciosi, afferra per i vestiti o spintona leggermente	1		
	Colpisce, dà calci, graffia o sputa senza causare lesioni fisiche	2		
	Aggredisce provocando lesioni fisiche (es. ematomi, tagli profondi)	3		
	Aggressione grave o brutale che causa lesioni severe (es. fratture, incoscienza)	4		

Calcolo dello Score Totale e Azioni

Per ottenere il punteggio totale dell'episodio (che varia da un **minimo di 0 a un massimo di 40**), si moltiplica il punteggio base di ogni categoria (il comportamento peggiore osservato in quel lasso di tempo) per il rispettivo fattore di peso e si sommano i quattro risultati.

Livello Lieve (Punteggi base 0-1) → Risposta Psico-Ambientale

- **Come comportarsi:** si attivano le tecniche di **de-escalation** e *talk-down*. L'operatore mantiene un tono di voce calmo, una postura non minacciosa e riduce gli stimoli ambientali (es. allontanando altre persone o spegnendo fonti di rumore). Si propone un colloquio di supporto e l'allontanamento volontario in una zona tranquilla (*time-out*).

Livello Moderato (Punteggi base 2) → Risposta Farmacologica-Contenzione eventuale

- **Come comportarsi:** se la de-escalation verbale fallisce, considera approccio **farmacologico**. Aumenta il livello di osservazione visivo da parte del personale e preparati alla contenzione se necessario.

Livello Grave o Severo (Punteggi base 3 - 4) → Risposta Emergenziale e Coercitiva

- **Come comportarsi:** l'obiettivo primario diventa la **sicurezza immediata**
 - Se il paziente rifiuta la terapia orale e il pericolo per sé o per gli altri è imminente disporre la somministrazione di farmaci per **via intramuscolare (IM)**.
 - Se l'aggressione fisica è in atto considerare il **contenimento fisico o meccanico** (contenzione) o all'**isolamento forzato** (*seclusion*), applicando la procedura aziendale e il monitoraggio costante dei parametri vitali.

Altri utilizzi del punteggio (Follow-up e Benessere): nelle ricerche scientifiche ed epidemiologiche aziendali, il monitoraggio del punteggio totale della OAS serve a far scattare interventi post-evento. Un **punteggio globale MOAS uguale o superiore a 2** prevede l'attivazione di un *debriefing* di supporto per gli operatori sanitari coinvolti, utile a rilevare la sofferenza emotiva o il trauma post-aggressione. Vedi procedura "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI ED ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI"