

SALA VIOLANTE/GINEVRA

COMUNICAZIONE E RELAZIONE

Moderatori: **Beniamino Susi, Agnese Testoni**

Cinzia Moret Iurilli

Il paziente difficile



IL PAZIENTE DIFFICILE



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Dott.ssa Cinzia Moret Iurilli

Le domande fondamentali..

Chi siamo? Quali criticità viviamo?

La Medicina d'Emergenza – Urgenza rivolge la propria cura a pazienti con un vasto range di patologie, da quelle a rischio per la vita fino a condizioni cliniche autolimitanti.

Le caratteristiche, le aspettative e il numero dei pazienti presi in carico è assolutamente non prevedibile.

L'approccio al paziente deve essere globale, dalla gestione di aspetti fisici, psicologici, medico-legali a quelli sociali, dal trattamento iniziale in emergenza urgenza fino alla dimissione o al coinvolgimento di altri specialisti.

Al Medico di Medicina di Emergenza – Urgenza compete la capacità di comunicazione col paziente, la collaborazione con gli altri specialisti, la pianificazione e l'organizzazione dei servizi.

Le domande fondamentali..

**Con chi abbiamo a che fare?
Con tutti gli uomini e con tutti i mali..**



Le domande fondamentali..

Ma quali sono oggi tutti i mali degli uomini?

Contesto Socio - Economico e Sistema Sanitario

- Indebolimento dei fattori di protezione sociale (Coesione familiare, intermediazione da parte di gruppi di aggregazione sociale come parrocchie, associazioni politiche, sindacali, culturali, ricreative ecc) e prevalenza di un'ottica individualistica e spersonalizzante;
- Incremento di Accessi al DEU Pari al 26%, 200.000 Posti letto Cancellati, 500 DEA chiusi;
- Gravissimo Affollamento di “Boarders” nei DEA (Fenomeno della “Piazzetta”);
- Necessità di Settings Socio-Assistenziali Alternativi

Contesto Culturale e Psico-Relazionale

- Isolamento sociale e interpersonale

L'assalto al Faro!



Il PS in Italia, un faro sempre acceso, con la porta sempre aperta, per tutti; 24.000.000 di accessi ogni anno, un terzo della popolazione, quasi un accesso ogni secondo. Sono pazienti in pericolo di vita (1-2%), vittime di incidenti o colpiti da malattie acute (65-70%), ma anche casi con problemi sanitari minori o con problemi sociali (30-35%), che potrebbero trovare risposta in altri servizi sul territorio. Il PS è sempre più lo snodo principale delle richieste di assistenza sanitaria o di supporto sociale della popolazione; molti pazienti in PS sono salvati, una parte sono ricoverati (15%), altri ricevono tutte le cure di cui hanno bisogno, senza più necessità di ricovero ospedaliero; in PS si attivano spesso percorsi di cura e assistenza da proseguire al domicilio o in strutture protette.



L'assalto al Faro.. E il paziente diventa difficile.

- **Difficile la presa in carico e l'assistenza medico-infermieristica (questione di overcrowding..)**
- **Difficile il percorso diagnostico-terapeutico**
- **Difficile il ricovero**
- **Necessaria la presa in carico da parte di strutture territoriali**
- **Difficile la comunicazione tra medico e paziente, tra medico e familiari (questione di tempo che scorre..) e la relazione si disequilibra: è il conflitto..**

**Paziente deluso,
aggressivo**



Conflitto



**Medico scocciato,
in Burn out**

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Di chi parliamo?



IL PAZIENTE DIFFICILE.

Di che parliamo?

LE BARRIERE..

Clinica

Linguistica

Culturale

Sociale

Comunicativo-relazionale



IL PAZIENTE DIFFICILE.

Il paziente difficile è il paziente che mette alla prova le normali procedure diagnostico-terapeutiche di un Pronto Soccorso.

“Difficile” è ogni paziente che presenti difficoltà di

- **Comunicazione**
- **Accettazione**
- **Adattamento**
- **Integrazione**

con l'ambiente nel quale si trova, a lui estraneo e che spesso avverte come ostile mentre presenta un bisogno e una necessità di presa in carico e cura.

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

- L'agitazione è uno degli stati patologici che più perturbano l'atto medico.
- La ricerca dell'eziologia è essenziale di fronte a un'agitazione, perché potrebbe essere in gioco la prognosi vitale.
- La gestione deve, quindi, essere immediata, per evitare violenza e aggressività, che possono mettere in pericolo il paziente e il personale.
- Le eziologie sono varie (**organiche, tossiche, psichiatriche**) e talvolta intrecciate.
- La gestione dell'agitazione deve privilegiare gli approcci non farmacologici, come la de-escalation verbale. La contenzione fisica deve essere usata solo se gli altri mezzi di controllo sono inefficaci o inappropriati. Si tratta di una decisione medica di ultima istanza, inquadrata da rigide regole di monitoraggio che deve essere associata a una gestione farmacologica e un monitoraggio clinico ravvicinato.

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO MOTORIO
irrequietezza motoria, turbolenza, furore

ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO PSICHICO
incoerenza ideativa, logorrea...

ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO RELAZIONALE
aggressività eterodiretta verso l'ambiente e le persone o
autoaggressività

ORGANICHE

Ipoglicemia

Esa

Ematoma sub/extradurale

Infarto miocardico

Demenza senile

Stati di shock

Epilessia

Sepsi

Neoplasie cerebrali

Dolore oncologico

Meningoencefalite

Encefalopatie metaboliche

Ipossiemia-ipercapnia

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

Quali cause?

PSICHIATRICHE

Accesso maniacale

Crisi delirante acuta

Schizofrenia

Ansia/attacco di panico

Delirio cronico paranoico

Disturbi della personalità

Agitazioni nelle sdr depressive

TOSSICHE

Abuso/astinenza da alcool

Antiepilettici

Intossicazione da CO

Corticosteroidi

Cocaina/amfetamina/LSD

Sospensione

BNZ/barbiturici

Cannabis

Antidepressivi triciclici

Analgesici morfiniti

**IL PAZIENTE DIFFICILE.
Lo stato d'agitazione.**



Quali cause?



Ma non dimentichiamo QUALCUNO???

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

Le aspettative
del paziente

I tempi
di attesa

Le barriere
strutturali

Quali cause?

Dimentichiamo QUALCUNO..
e QUALCOSA.

Le barriere
emotive

Le barriere
linguistiche

Le barriere
sociali

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

da Jenkins et al, 1998	da Hodge, Marshall, 2007	da Rintoul et al.,2009
Abuso di alcol	Abuso di alcol o sostanze stupefacenti	Comportamenti mirati a prevalicare
Tempi di attesa	Percezione negativa sugli atteggiamenti dei sanitari	Aggressività premeditata
Abuso di sostanze stupefacenti	Tempi di attesa	Patologie organiche
Aspettative dei pazienti	Patologie organiche	Abuso di alcol o sostanze stupefacenti
Carta dei servizi	Confusione mentale	Problemi/disturbi mentali
Atteggiamento del personale sanitario	Ansia	Comorbilità psichiatrica e organica
Malattia	Allucinazioni/paranoia	
Trasmissioni televisive di medicina	Fastidio, noia, caldo	
	Rumore costante o eccessivo	
	Mancanza di informazioni	
	Pressioni del gruppo o altri pazienti	
	Mancanza di conoscenza sui tempi di attesa e sui codici di triage	
	Inadeguata formazione degli infermieri	

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S (2009) Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. Int Emerg Nurs, 17 (2), 122-127.

Hodge AN, Marshall AP (2007) Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. Aust Crit Care, 20 (2), 61-67.

Jenkins MG, Rock LG, McNicholl BP Hughes DM (1998) Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. J Accid Emerg Med 15(4): 262-5.

IL PAZIENTE DIFFICILE. Lo stato d'agitazione.



QUALE APPROCCIO ALLORA?

CONTROLLABILE?

NON CONTROLLABILE?



DE ESCALATION VERBALE E NON VERBALE

Insieme di interventi basati sulla **comunicazione verbale e non verbale** il cui obiettivo finale è **diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività** nella relazione interpersonale.

IL PAZIENTE DIFFICILE. *Lo stato d'agitazione.*

DE ESCALATION

1. Strategie **VERBALI**

- Utilizzare un volume della voce basso e toni pacati (“TALK DOWN”) e un linguaggio in linea con il livello socio-culturale dell’interlocutore
- Evitare di sovrapporsi alle sue parole
- Verificare sempre di aver compreso e di essere stato compreso
- Non rimproverare, non utilizzare toni accusatori, paternalistici o aggressivi
- Offrire cibo e bevande (“anche una sigaretta aiuta...”)
- Essere rispettoso della persona anche se si chiamano altre persone per essere aiutati
- Non provare a convincere il soggetto, al contrario suggerire nuove possibilità e alternative
- Evitare espressioni radicali (“no”, “tu devi”, “non si può”)
- Essere comprensivi nelle parole (“io capisco, mi dispiace”) ma non nelle azioni (“non continuare a minacciare”)

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

DE ESCALATION

2. Strategie **NON VERBALI**

- Non sorridere ma neppure esprimere rabbia o paura;
- Spogliarsi di elementi che comunicano aggressività od offesa (sciarpa, collane, cravatta, simboli religiosi o politici)
- Nel caso si abbiano oggetti atti ad offendere, liberarsene
- Non incrociare le braccia e non assumere posizioni spavalde (es. puntare il dito)
- Mantenere sempre il contatto visivo
- Mantenere la distanza di sicurezza (3 volte la distanza che normalmente si ha in una discussione) e non restare mai soli con l'interlocutore
- ~~Mantenere il contatto emotivo (risonanza-uguaglianza emotiva. Es. se lui si alza, anche io mi alzo)~~
- Evitare qualsiasi contatto fisico, anche quando sembra che la situazione sia risolta

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.



Paziente CONTROLLABILE

- Possibilità di interazione col paziente
- Accettazione del dialogo
- Accettazione dell'esame obiettivo
- Accettazione delle cure

Paziente NON CONTROLLABILE

- Impossibilità di stabilire un contatto o una comunicazione
- Rifiuto totale delle cure
- Manifestazioni di violenza verbale e/o fisica
- Rischio di autolesioni o fuga

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione incontrollabile.

QUALE APPROCCIO ALLORA?

CONTENZIONE FARMACOLOGICA



- Midazolam
- Propofol
- Ketamina
- Fentanil
- Remifentanil
- Morfina
- Dexmedetomidina
- Antipsicotici

CONTENZIONE FISICA



IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

1. CONTENZIONE FISICA

- È un atto terapeutico che deve essere giustificato.
- NON può essere dettata da motivazioni di carattere punitivo o giustificata per sopperire a carenze organizzative.
- È sottoposta a prescrizione medica.
- La rimozione della contenzione è sottoposta a prescrizione medica.
- Richiede un monitoraggio deve essere ravvicinato e accurato. Utilizzo di mezzi di contenzione idonei.
- Associare una sedazione se il paziente resta agitato.
- Rivalutazione periodica dell'indicazione alla contenzione.
- Richiede un consenso/dissenso.

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.

2. CONTENZIONE FISICA

- La contenzione richiede un consenso espresso in forma scritta.
- Se si tratta di paziente incapace il consenso dovrà essere espresso dal rappresentante legale dell'interessato.
- In caso di incapace privo di tutela giuridica il medico dovrà richiedere il consenso all'Autorità Giudiziaria (Giudice Tutelare).
- In caso di paziente privo di capacità di autodeterminarsi e al contempo di tutela giuridica sarà il medico a decidere assumendosi ogni responsabilità in merito.
(Art. 40 c.p. e art. 359 c.p.).

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Lo stato d'agitazione.



CONTENZIONE FISICA

MEZZI DI CONTENZIONE

- ✓ per il letto: SPONDINE
- ✓ per la sedia: CORPETTO
- ✓ per i segmenti corporei: POLSIERE e CAVIGLIERE
- ✓ per la postura: CUSCINI ANATOMICI

MONITORAGGIO

Il paziente contenuto DEVE essere osservato ogni 30'

La sorveglianza DEVE comprendere il monitoraggio

- delle condizioni cliniche e dei Parametri vitali
- dell'orientamento spazio-temporale
- del corretto posizionamento dei presidi contenitivi
- della motilità e sensibilità delle estremità legate

IL PAZIENTE DIFFICILE. **Lo stato d'agitazione.**

Il diritto alla libertà del proprio corpo è il più elementare dei diritti di libertà garantiti dalla Costituzione Italiana che all'art. 13 sancisce l'inviolabilità personale.

Eppure basta una **malattia**, una **perturbazione della mente** o più semplicemente la **vecchiaia**, perché questo diritto venga messo in discussione.

MA COSA POSSIAMO FARE PER PREVENIRE?

IL PAZIENTE DIFFICILE.

LA CURA, L'ATTENZIONE E LA COMUNICAZIONE DEVONO PERMEARE OGNI MOMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE, NON SOLO NEL CASO DEL PAZIENTE "DIFFICILE", COSÌ DA EVITARE QUEI BIAS NELLA COMUNICAZIONE E NELLA RELAZIONE CHE POSSONO COMPLICARE ANCHE I CASI PIÙ SEMPLICI DA TRATTARE

IL PAZIENTE DIFFICILE.

COSA DOVREMMO FARE?

CON QUALI STRUMENTI?

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Dimensione relazionale

- ✓ *Recuperare la Comunicazione come strumento di umanizzazione e di prevenzione della violenza*
- ✓ *Fornire Informazione adeguata*

Dimensione sociale

- ✓ *Abbatere le barriere culturali, linguistiche, religiose, personali*

Dimensione organizzativo-strutturale

- ✓ *Abbatere le barriere strutturali*
- ✓ *Fornire percorsi assistenziali dedicati intraospedalieri e la presa in carico sul territorio*
- ✓ *Garantire ai familiari e/o operatori che accompagnano la persona disabile, la possibilità di essere presenti in ogni fase del percorso assistenziale*

IL PAZIENTE DIFFICILE.

“I CASI DIFFICILI”

QUANDO LA DIAGNOSI è DIFFICILE
(il paziente dal dialogo difficile)
QUANDO LA DIMISSIONE è DIFFICILE
(il paziente che non sa dove andare..)

Il paziente con decadimento cognitivo

Il paziente emigrante

Il paziente vittima di violenza

Il paziente homeless

Il paziente disabile

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Il paziente con decadimento cognitivo.



- ✓ **Accessi in pronto soccorso crescenti:**
 - Patologia acuta
 - Patologia cronica che si riacutizza
 - Delirium
 - Caduta
 - Problemi di caredriver
- ✓ **Necessità di maggiori risorse diagnostiche, terapeutiche e assistenziali rispetto al giovane**
- ✓ **Fragilità conseguenti all'accesso in pronto soccorso**
 - Delirium
 - Cadute
 - Difficoltà di caredriver

IL PAZIENTE DIFFICILE.

Il paziente con decadimento cognitivo.



Dopo una visita in PS gli anziani sono più a rischio di

- **Complicanza mediche**
- **Declino cognitivo**
- **Ridotta qualità di vita**

**“ is not designed for
older people”**

IL PAZIENTE DIFFICILE.
Il paziente con DECADIMENTO COGNITIVO.

CRITICITA' IN PRONTO SOCCORSO

**Ambienti senza finestre
Luce artificiale
Rumori**

**Utilizzo di barelle,
non letti, in attesa di
esami e/o posto letto**

Solitudine

Assenza di care driver

IL PAZIENTE DIFFICILE.
Il paziente con DECADIMENTO COGNITIVO.

GESTIONE E SOLUZIONI

Utilizzo di letti con spondine

**Possibilità di accudimento
(familiari o altro caredriver)**



**Ricovero in reparto
Dimissione
Collocamento in
strutture territoriali**

IL PAZIENTE DIFFICILE. Il paziente EMIGRANTE.

Criticità

Barriera linguistica

Peculiarità culturale

Identità religiosa

Gestione e Soluzioni

Mediazione linguistica

Mediazione culturale

Approccio psicologico



IL PAZIENTE DIFFICILE.
Il paziente HOMELESS.

Criticità

Gestione e Soluzioni

La sporcizia e la puzza

Decontamination Room

Il pregiudizio

Approccio psicologico

Difficoltà di dimissione

**Collegamento con
associazioni di
volontariato e/o
servizi sociali**

IL PAZIENTE DIFFICILE.
Il paziente HOMELESS.

**Decontamination Room
del Policlinico di Bari**



IL PAZIENTE DIFFICILE.

Il paziente VITTIMA DI VIOLENZA DI GENERE.

Pronto soccorso: primo anello della catena di luoghi e di azioni che viene percorso dalla vittima di una violenza di genere.

L'accesso al PS è un passaggio molto **delicato** in quanto costituisce il momento in cui è possibile:

- riconoscere la violenza
- “svelare” la violenza avvenuta
- intercettare la domanda di aiuto (non sempre esplicita)
- far fronte ad intense emozioni e molteplici bisogni della vittima
- Predisporre percorsi specifici (“**binario rosa**”), attivare servizi del territorio e la rete antiviolenza.

Il paziente vittima di violenza sessuale. “Obbligo di referto e denuncia.”

- Violenza sessuale commessa nei confronti di persona minore di 14 anni;
- Violenza sessuale commessa da genitore (anche adottivo) o da convivente o dal tutore ovvero altra persona cui il minore (meno di 18 anni) è affidato per ragioni di cura, educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia;
- Violenza sessuale commessa da pubblico ufficiale nell'esercizio delle proprie funzioni;
- Violenza che induca lesioni personali per le quali è prevista la procedibilità d' ufficio (art.582 e seg. CP):
 1. lesione personale lieve (prognosi oltre 20 giorni)
 2. lesione personale grave (prognosi oltre 40 giorni)
 3. lesione personale gravissima (se produce perdita di un senso, l'uso di un organo o la capacità di procreare).

Il paziente vittima di violenza di genere. “Le conseguenze della violenza e dell’abuso”.

Le conseguenze della violenza:

1. ACUTE:

- **fisiche** (fratture, ecchimosi, malattie sessualmente trasmissibili, **HVB, HIV**, gravidanza indesiderata)
- **psicologiche** (stato d’agitazione psico-fisica, stato catatonico, attacco di panico)

2. CRONICHE:

- **fisiche** (lesioni personali gravissime)
- **psicologiche** (fobie, ansia, depressione, attacchi di panico, insonnia, sindrome post traumatica da stress, disturbi alimentari, comportamenti autolesionistici e tentato suicidio, disturbi borderline di personalità, **difficoltà di reinserimento sociale**).

Il paziente vittima di violenza sessuale. “L'accoglienza in Pronto Soccorso”.

1. L'accoglienza rappresenta pertanto nella richiesta di aiuto della vittima di violenza, il momento più complesso della relazione con l'altro e richiede pertanto un team specializzato e formato da più figure, in particolare operatori sanitari (medico di Pronto Soccorso, medico legale, ginecologo, psicologo), rappresentanti delle forze dell'ordine, assistenti sociali.
2. La vittima “deve percepire” di essere nel luogo appropriato dove raccontare la propria storia, di potersi fidare del suo interlocutore, di avere possibili soluzioni nell'emergenza, nonché dei riferimenti affidabili sul territorio.

Il paziente vittima di violenza di genere. “Le conseguenze della violenza e dell’abuso”.

«Mentre le ferite fisiche guariscono rapidamente, i lividi sull’anima permangono a lungo, spesso residuando una cicatrice psichica indelebile e un disagio sociale che rende alla vittima **il celare** più facile e accettabile dello **svelare**.»

Quali Bisogni Ha Il Paziente?

- La cura della violenza fisica
- La gestione e cura del trauma psicologico
- La garanzia della privacy
- Il supporto sociale



Quali risposte deve fornire il Pronto Soccorso?

- Triage infermieristico formato
- Presa in carico con percorsi dedicati e un team specializzato (“**Il binario rosa**”)
- Collegamento alla dimissione con associazioni specifiche di volontariato, con le forze dell’ordine ed i servizi sociali

Il paziente vittima di genere. “Protocolli e percorsi dedicati”.

Le gravi conseguenze per la salute fisica e psichica che conseguono a una violenza sessuale hanno fatto sì che sia la **FIGO** nel '97 che nel 2001 l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)** si siano concretamente impegnati a contrastare tale fenomeno ubiquitario tramite la ratificazione di protocolli di assistenza medico-legale e la spinta alla formazione degli operatori sanitari che si impattano con le vittime di tale reato.

L'obiettivo di un Protocollo in setting Ospedaliero è quello di **supportare gli operatori sanitari, migliorando la qualità dell'assistenza medica e psicologica alla vittima (di violenza di genere)**, fornendo strumenti per la raccolta degli elementi probativi a scopo forense, nonché un raccordo con **autorità giudiziaria**, con il **Pronto Soccorso Sociale** e **Case d'accoglienza**.

**IL PAZIENTE DIFFICILE.
Il paziente *DISABILE*.**

CRITICITA' IN PRONTO SOCCORSO

**Organizzative
(Difficoltà di far seguire i
normali percorsi diagnostico-
terapeutici)**

**Difficoltà nell'approccio
clinico**

Psicologico-relazionali

SOLUZIONI IN PRONTO SOCCORSO

**Percorsi e progetti dedicati
(Progetto DAMA - Disabled Advanced Medical Assistance)**



PROGETTO

DAMA

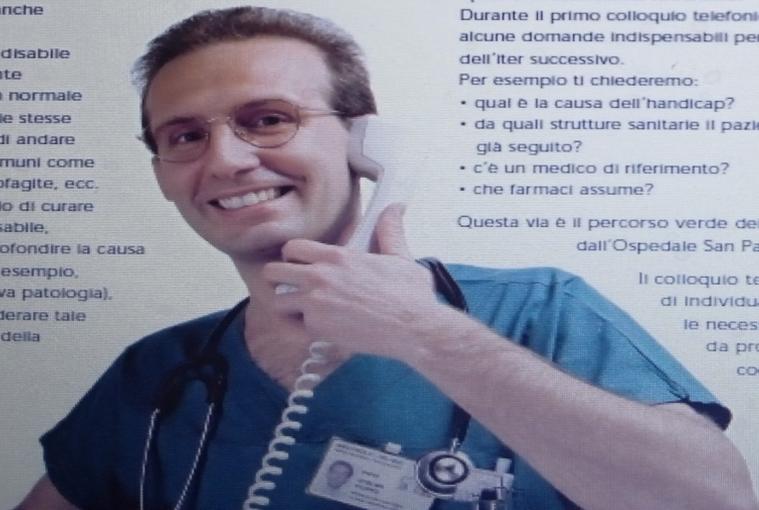
DISABLED
ADVANCED
MEDICAL
ASSISTANCE

L'Ospedale San Paolo di Milano ha realizzato una unità operativa in grado di offrire una risposta rapida, diagnostica e di orientamento terapeutico, ai disabili gravi con deficit comunicativo.

UNA SVOLTA CULTURALE

È l'affermazione di una nuova cultura nella cura del disabile, ovvero di un nuovo atteggiamento medico, più moderno, scientifico e umano, volto a una reale "tutela della salute" anche per queste persone.

Una "cultura" dove il disabile grave viene finalmente considerato come un normale paziente, quindi con le stesse possibilità statistiche di andare incontro a malattie comuni come appendicite, otite, esofagite, ecc. Perciò non si tratta solo di curare lo stato d'ansia del disabile, ma di ricercare e approfondire la causa che lo determina (per esempio, l'insorgere di una nuova patologia), senza limitarsi a considerare tale stato come un effetto della malattia invalidante.



COME ACCEDERE AL SERVIZIO

Chiamaci al Numero Verde, ci conosceremo e faremo il punto della situazione.

Nei disabile, il presentarsi di nuovi sintomi quali:

- disturbi del comportamento (aggressività, agitazione immotivata, tendenza ripetuta ad assopirsi, ecc.)
 - cambiamenti prolungati delle abitudini alimentari e delle funzioni intestinali
 - disturbi urinari (ad esempio urina frequentemente)
- può rivelare l'insorgere di nuove patologie e creare ansia nei familiari. Ma non sempre la situazione di allarme è destinata ad avviare procedure di Pronto Soccorso.

PERCORSO VERDE

Check-up mirato
Card sanitaria

Spesso già il semplice colloquio telefonico è sufficiente a ridimensionare l'allarme creato dal manifestarsi degli episodi di accentuata sofferenza. Durante il primo colloquio telefonico ti verranno poste alcune domande indispensabili per agevolare l'impostazione dell'iter successivo.

Per esempio ti chiederemo:

- qual è la causa dell'handicap?
- da quali strutture sanitarie il paziente è eventualmente già seguito?
- c'è un medico di riferimento?
- che farmaci assume?

Questa via è il percorso verde dei servizi offerti dall'Ospedale San Paolo.

Il colloquio telefonico ci consentirà di individuare tempestivamente le necessità cliniche emergenti, così da provvedere al coinvolgimento coordinato degli specialisti dei vari settori interessati.

PERCORSO GIALLO

Interventi ambulatoriali
Day hospital

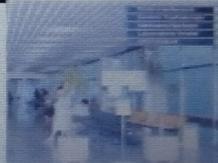
Se le problematiche presentate non rivestono massima urgenza, si fissa un appuntamento per programmare in tempi brevi interventi in regime ambulatoriale o di ricovero in day hospital. È il percorso giallo.



PERCORSO ROSSO

Pronto soccorso prioritario

Nei caso di problemi ritenuti urgenti, si accompagnerà il paziente al Pronto Soccorso dove si seguirà il percorso rosso: si tratta di un percorso prioritario, che prevede l'accoglienza e lo svolgimento degli accertamenti diagnostici radiologici e strumentali presso uno spazio appositamente attrezzato e riservato ai pazienti disabili e a chi li accompagna.



UNA CORSIA PREFERENZIALE

Accedere al DAMA è semplice: c'è un numero verde a tua disposizione.

Numero Verde
840-02-7999

Dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 12.00, un operatore risponderà alla tua chiamata.

Al di fuori di questi orari e in servizio una segreteria telefonica: non rinunciare a lasciare il tuo messaggio, sarai richiamato quanto prima.

Se ritieni il problema di particolare rilevanza, recati pure direttamente al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo; ma attenzione, perché il servizio di accoglienza medica dedicato ai disabili possa funzionare al meglio è importante usarlo bene: se appena puoi chiama prima il numero verde, valuteremo insieme la reale urgenza del tuo caso e la conseguente necessità di ricorrere o meno al Pronto Soccorso.



UN INCONTRO DI ESPERIENZE E PROFESSIONALITÀ

L'unità operativa per l'Accoglienza Medica Dedicata ai Disabili Gravi è parte del DAMA. Questa iniziativa articolata, sostenuta da Regione Lombardia e dall'Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina e Chirurgia, è nata da un incontro tra le istanze espresse dalla LEDHA, Lega per i diritti degli handicappati, e le risorse umane, professionali e strutturali dell'Azienda Ospedaliera San Paolo.

Da una parte, quindi, le esigenze di intervento diagnostico e terapeutico comuni a pazienti che richiedono un approccio specifico, dall'altra una struttura ospedaliera in grado di assicurare un apporto multidisciplinare, coordinato e organizzato, di servizi e competenze specialistiche.



Ospedale San Paolo
Via A. di Rudin, 8 - 20142 Milano
Tel. 02 81841 - Fax 02 8910875
www.ao-sanpaolo.it
dama@ao-sanpaolo.it



OSPEDALE SAN PAOLO

Accoglienza Medica dedicata ai Disabili

Unità operativa per interventi diagnostici e terapeutici tempestivi e coordinati su disabili gravi.



Realizzata con il contributo di:

Azienda Ospedaliera San Paolo - Polo Universitario

LEDHA Lega per i diritti degli handicappati

Regione Lombardia

Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia



***La mia specialità sarebbe stata il pronto soccorso:
tutti i mali dell'uomo, i mali di tutti gli uomini..
(Daniel Pennac "La lunga notte del dottor Galvan")***

**Dott.ssa Cinzia Moret Iurilli
Dirigente Medico MEU Policlinico di Bari**

