



Titolo: "SPDC a porte aperte": elaborazione di un processo – utilizzando la metodologia FMEA – riguardante le uscite dal reparto da parte di pazienti affetti da malattia mentale

Autori: Barbera V., Catarisano M., Cavarra S., Crisci L., Podestà P., Pomillo G., Prelati M., Piantato E.*;¹

Tipo: Articolo originale

JEL code: I100 - Health: General

Keywords: Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMEA);

Abstract

Obiettivi: il progetto si propone di elaborare un processo lavorativo critico "*uscita del paziente*" al fine di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte dalla Struttura Complessa uniformando, sotto quest'aspetto, il paziente con disturbi mentali a tutti gli altri degenti ospedalieri;

Metodologia: gruppo di lavoro formato dall'equipe medica e infermieristica, avvalendosi della metodologia FMEA;

Risultati: l'elaborazione di una scheda FMEA con l'analisi del processo "*uscita pazienti*";

Conclusioni: Il documento prodotto ha suscitato nel gruppo di lavoro notevoli discussioni e riflessioni sull'operato di ciascuno; l'elaborato finale ha visto numerose revisioni ad

¹ S.O.C. PSICHIATRIA
A.O. "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria
Tel: 0131/206111
* Autore per la corrispondenza
E-mail: epiantato@ospedale.al.it;



ogni incontro di lavoro e particolarmente utile sarebbe stato includere nel gruppo un facilitatore esterno con esperienza metodologica in merito.

1. Introduzione

Nell'ambito di una Psichiatria più moderna si è sviluppato il concetto di reparto "a porte aperte" affinché venisse meno l'aspetto *reclusivo* connesso con i reparti per malati mentali, soprattutto quando questi erano locati all'interno di ospedali generali.

Alla luce di questa breve premessa le equipe medica e infermieristica hanno formato un gruppo di lavoro con lo scopo di elaborare – avvalendosi della metodologia FMEA – un processo lavorativo critico "*uscita del paziente*": questo nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte dalla SC uniformando sotto questo aspetto il paziente con disturbi mentali a tutti gli altri degenti ospedalieri.

Considerando che "*l'uscita del paziente dal reparto*" non pianificata poteva potenzialmente avere gravi ricadute sul paziente in tema di sicurezza e sugli operatori sanitari legati alla responsabilità, si è ritenuto opportuno fare un'analisi del processo e pianificarne gli interventi contenitivi rispetto al rischio che tale procedura poteva comportare.

Si è provveduto ad identificare un gruppo di lavoro così composto:

- il Direttore della S.O.C., Dr. E. Piantato
- il responsabile del Rischio Clinico di Struttura, Dr. M. Prelati
- la Coordinatrice Infermieristica, V. Barbera
- gli Infermieri Catarisano M., Cavarra S., Crisci L., Podestà P. e Pomillo G.

2. Pianificazione del progetto

Nella riunione preliminare del gruppo di lavoro si è proceduto alla definizione del materiale e della metodologia da utilizzare; definizione del crono programma e la calendarizzazione degli incontri.

In merito alla ricerca bibliografica, il gruppo di lavoro si è orientato sulle principali Banche Dati internazionali (*Medline, Cochrane*), ricerca libera su Google e fonti cartacee (testi di Psichiatria per la parte riguardante le Scale di Valutazione in ambito psichiatrico). Sostanzialmente la ricerca bibliografica non ha sortito risultati in merito alla gestione del rischio clinico con la metodologia del *Failure Mode Effects and Criticality Analysis* (FMEA) in ambito psichiatrico e nello specifico sull'applicazione della stessa sul processo "*Uscite dei pazienti*".

Le principali applicazioni di questa metodologia riguardavano l'ambito laboratoristico, cardiologico, rianimatorio, ortopedico e oncologico ed erano strettamente correlate a



manovre/operazioni con un elevato livello di tecnicità sia preparatoria sia esecutiva. La raccolta e distribuzione della documentazione riguardante la Metodologia FMEA è stata eseguita da apposito incontro formativo del gruppo di lavoro in merito alla stessa (Barbera - Piantato).

Il gruppo di lavoro ha iniziato a riunirsi nel settembre 2010 (superato il periodo di ferie dei componenti) con cadenza settimanale/quindicinale in relazione agli impegni degli operatori.

Nella tabella che segue, è definito il *crono programma* concordato dal gruppo di lavoro.

Tabella 1
Programma di lavoro

Attività	Giugno	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Identificazione del processo "Uscita paziente"	x				
Analisi del processo secondo la metodologia FMEA		x	x		
Pianificazione del processo e definizione dell'Indice di Priorità di Rischio				x	x
Conclusione progetto					x

3. Come veniva gestita "l'uscita pazienti"

Nel corso degli ultimi due anni si ritenuto opportuno migliorare/umanizzare la degenza presso la S.O.C. Psichiatria-SPDC in particolar modo dando l'opportunità ai degenti ricoverati in *regime volontario* di poter uscire dal reparto da soli o accompagnati da operatori e/o famigliari se le condizioni psicopatologiche non ostavano.

L'uscita era programmata al mattino durante il "briefing" quotidiano nel quale medici e infermieri discutevano delle condizioni dell'utente, era redatta una scheda con indicati gli orari di uscita e le modalità (accompagnato o meno). La scheda concordata era appesa fuori dalla porta della medicazione, ai degenti era illustrato l'iter procedurale.

Si era concordato tra medici e infermieri che il primo giorno di ricovero al paziente cautelativamente non era permesso di uscire per valutarne, durante la giornata, le condizioni cliniche e il grado di aderenza alle regole definite.

Nel corso di questi due anni si sono verificati diversi eventi avversi, tra i quali: allontanamento del paziente, crisi di ansia, ipotensione e *discomportamentismi*. Alla luce di questi eventi avversi che si



sono verificati, si è ritenuto opportuno migliorare e perfezionare il processo per cercare di contenere gli stessi applicando al processo una tecnica di gestione proattiva del rischio clinico: la metodologia FMEA.

4. Il rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un *evento avverso*, cioè subisca “*un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*” (Kohn, IOM 1999)

Il rischio clinico può essere arginato con iniziative di Risk Management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

La sicurezza del paziente pertanto, deriva, quindi dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che occorran gli errori (prevenzione) sia di recuperare e contenere gli effetti degli errori che comunque avvengono (protezione).

La metodologia di cui è possibile disporre si avvale di due *tipologie d'analisi*: un'analisi di tipo reattivo e una di tipo proattivo. *L'analisi reattiva* prevede uno studio a posteriori degli incidenti ed è mirata a individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. *L'analisi proattiva*, invece, mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente occorra ed è basata sull'analisi dei processi che costituiscono l'attività, ne individua i punti critici con l'obiettivo di progettare sistemi sicuri (Reason et al., 2001; Reason, 2002).

Tabella 2
Strumenti di gestione del rischio clinico reattivi e proattivi

Reattivi	Proattivi
Incident Reporting	FMEA/FMECA
Root Cause Analysis	
Utilizzo dei dati amministrativi e informativi	
Rewiew	
Indizi	

Nel caso specifico agli operatori della SOC Psichiatria è stato dato mandato di utilizzare la metodologia FMEA al processo clinico/assistenziale prescelto per cercare di contenere/ridurre il rischio clinico ad esso correlato pertanto, nella prossima sezione verranno brevemente illustrate le caratteristiche di tale tecnica.



5. L'analisi proattiva del rischio clinico

Alla base delle metodologie d'analisi proattive risiede l'idea che sia possibile prevenire gli errori. Infatti, tutte le metodologie d'analisi di tipo proattivo, che si possono condurre sia con indagini di tipo qualitativo che quantitativo, vanno ad analizzare il processo nelle sue fasi, al fine di individuare le criticità di sistema e i possibili ambiti di errore umano, per porvi un tempestivo rimedio.

Il processo è scomposto in macroattività a loro volta analizzate secondo tutti i singoli compiti che devono essere portati a termine affinché l'attività sia conclusa con successo. Per ogni singolo compito si cercano di individuare gli errori che si possono verificare durante l'esecuzione e le cosiddette modalità di errore che vengono valutate quantitativamente al fine di identificare il rischio associato ad ognuna.

5.1 Valutazione del rischio

Il rischio esprime non solo la probabilità di occorrenza di un errore, ma anche il possibile danno per il paziente.

Il rischio (R) rappresenta la misura della potenzialità di danno di un generico evento pericoloso e viene prodotto come espresso della probabilità di accadimento dell'evento (P) per la gravità del danno associato (D):

$$R = P \times D$$

La stima del livello di rischio può essere realizzata in termini quantitativi attraverso dati probabilistici sia di occorrenza dell'errore sia del danno conseguente, e qualitativi, sfruttando l'esperienza e il giudizio del personale ospedaliero.

La valutazione del rischio può essere condotta a diversi gradi di complessità (Trucco *et al.*, 2003).

Al crescere del livello di dettaglio con cui sono analizzati i processi organizzativi e passando da metodi di valutazione qualitativi a metodi quantitativi, s'incrementa la rilevanza dei risultati ottenuti ed anche il loro valore informativo. Ciò comporta, però, anche una crescita della complessità di applicazione dei metodi e le risorse di tempo e personale richiesto.

5.2 Analisi proattiva del rischio clinico con metodologia FMEA/FMECA

L'acronimo FMEA/FMECA tradotto come analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti, si tratta di una metodologia di analisi degli errori qualitativa e quantitativa. Si tratta di una tecnica previsionale utilizzata da oltre 40 anni negli USA in campo missilistico e dell'elettronica, e da diversi anni ha trovato applicazione anche in ambito sanitario per la gestione del rischio clinico.



Prevede considerazioni preventive dei possibili guasti/errori che portano alla valutazione obiettiva del progetto e delle alternative, alla previsione di prove e controlli e infine alla esplicitazione di un riferimento con cui confrontare il "vero" prodotto della nostra realtà.

Le fasi della metodologia FMEA:

1. Analisi delle fasi del processo
2. Identificazione delle funzioni/attività
3. Identificazione delle modalità di errore
4. Determinazione dell'indice di Priorità di Rischio (IPR)
5. Identificazione delle possibili cause
6. Individuazione delle azioni correttive
7. Applicazione delle azioni correttive
8. Valutazione dell'IPR dopo revisione delle criticità

5.3 L'analisi dei rischi

La definizione dell'Indice di Rischio Clinico (IRC) è considerata valutando le diverse variabili:

$$IRC = Gravità \times Probabilità \times Rilevabilità$$

dove *Gravità* è la valutazione quantitativa del danno che potrebbe derivare al paziente nel caso di accadimento dell'evento avverso; *Probabilità* è la misura della probabilità di accadimento dell'evento avverso; *Rilevabilità* è la valutazione delle possibilità dell'organizzazione per rilevare l'evento ed evitarne le conseguenze.

Per quanto riguarda la FMEA, l'analisi dei rischi è legata all'errata valutazione del paziente (i.e. valutazione della gravità), così come mostrato nelle tabelle successive. In tabella 3 è proposta la valutazione della gravità legata all'errata valutazione del paziente mentre in tabella 4 la rilevabilità dell'evento.

Tabella 3
Analisi dei rischi: valutazione della gravità legata all'errata valutazione del paziente

GRAVITA'		
Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	Nessun danno	L'evento non ha comportato alcun danno oppure ha comportato soltanto un maggior monitoraggio del paziente;



2	Danno lieve	Discomportamentismi (Causa debiti al bar, chiede soldi, sigarette); Irritazione del paziente con intemperanze verbali; Richiesta di dimissione del paz. In caso di diniego permesso uscita; episodi ipotensivi; Crisi di ansia; L'evento ha causato un prolungamento della degenza in seguito ad un peggioramento delle condizioni cliniche;
3	Danno medio	Passaggio a ricovero in regime di TSO; Si procura lesioni temporanee; Importuna persone all'esterno; Si procura oggetti per l'autolesionismo o accendini vietati in reparto;
4	Danno grave	Fuga del paziente; Trauma accidentale in seguito a tentativo di fuga; Aggredisce persone; Si procura sostanze d'abuso; alcolici e/o droghe;
5	Morte	Suicidio del paziente;

Tabella 4
Analisi dei rischi: rilevabilità dell'evento

RILEVABILITA'		
Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	Altissima (errore sempre rilevato)	Si rileva 9 volte su 10 che l'evento accada
2	Alta (errore probabilmente rilevato)	Si rileva 7 volte su 10 che l'evento accada
3	Media (probabilità moderata di rilevazione dell'errore)	Si rileva 5 volte su 10 che l'evento accada
4	Bassa (probabilità bassa di rilevazione dell'errore)	Si rileva 2 volte su 10 che l'evento accada
5	Remota (rilevazione praticamente impossibile)	Si rileva 0 volte su 10 che l'evento accada

In tabella 5 si propone la valutazione della probabilità di accadimento dell'evento avverso.



Tabella 5
Analisi dei rischi: valutazione della probabilità di accadimento dell'evento avverso

PROBABILITA'		
Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	REMOTA (non esistono eventi noti)	Si può verificare 1 caso su 500
2	BASSA (possibile ma non esistono dati noti)	Si può verificare 1 caso su 250
3	MODERATA (documentata ma infrequente)	Si può verificare 1 caso su 50
4	ALTA (documentata e frequente)	Si può verificare 1 caso su 25
5	MOLTO ALTA (documentata quasi certa)	Si può verificare 1 caso su 5

Quanto proposto nella tabella successiva è la scheda FMEA con l'analisi del processo "uscita pazienti" elaborata dal gruppo di lavoro. Nella tabella 6 è invece proposto l'indice di priorità di rischio.



Descrizione del processo			Descrizione dell'errore		Effetti dell'errore	Probabilità	Rilevabilità	Gravità	IPR	Misure per la riduzione del rischio	Note
N. rif	Processo	Attività	Modalità	Cause							
A1	<u>Uscita pazienti</u>	Programmazione uscita pazienti	1) Errore di valutazione; 2) Errore di trascrizione; 3) Non compilazione della scheda; 4) Omissione paziente nella scheda uscita pazienti; 5) Omonimia di pz; 6) Paz. In TSO	1) Numerosità dei paz 2) Non presa visione delle scale di Valutazione 3) urgenze di reparto 4) Assenza di una "procedura" che standardizzi le modalità di programmazione;	1)Discomportamentismi; sentimenti di rabbia del paziente; 2)richiesta di dimissione del paz.in caso di negato permesso 3)Fuga paz. 4) Fuga di paz. In TSO;	2__ 2__ 1__ 1__ 1__ 1__	3__ 2__ 1__ 4__ 5__	3__ 2__ 2__ 1__ 1__ 1__	18__ 8__ 2__ 4__ 5__	1) Definizione di una Procedura "uscita paz. Dal reparto"; 2)Adozione di scale di valutazione; 3) Discussione casi durante briefing mattutino; 4) Visione rapporto gg prec.; 5) Valutazione al letto del pz. 6)Istruire i pazienti sulle modalità di uscita dal reparto. 7) Stilare una Procedura Uscita paz. dal reparto; 8) Aggiungere nel "Foglio Notizie reparto" le modalità di uscita dal reparto.	
A2		Uscita dei pazienti Accompagnati dagli Infermieri	1) Distrazione degli Infermieri; 2) Non attinenza agli orari di uscita;	1)Insuff. Numero di operatori; 2)Difficoltà programmare più turni di uscita; 3)incompatibilità tra pazienti; 4)Non osservanza della scheda Uscite Pazienti da parte dell'operatore; 5) Uscita di paz. Non autorizzati	1) Fuga del paziente; 2) Fuga di pazienti in TSO; 3) Procurarsi accendini vietati in reparto; 4) Aggressione a persone; 5) Procurarsi oggetti per autolesionismi;	2 — 1	4 — 1	3 — 1	24 — 1	1) Definizione del rapporto pazienti/operatori; 2) Definizione di criteri di sorveglianza per operatori;	Istituzione del registro Uscite Pazienti;

Tabella 6
Indice di Priorità di Rischio

$A_1 ; 1 = IPR \quad 18$	Errore di valutazione
$A_1 ; 2 = IPR \quad 8$	Errore di trascrizione
$A_1 ; 3 = IPR \quad 2$	Non compilazione scheda uscita pazienti
$A_1 ; 4 = IPR \quad 1$	Omissione di paziente nella scheda "Uscite pazienti"
$A_1 ; 5 = IPR \quad 5$	Omonimia di paziente
$A_1 ; 6 = IPR \quad 5$	Paziente in trattamento sanitario obbligatorio
$A_2 ; 1 = IPR \quad 24$	Distrazione degli infermieri
$A_2 ; 2 = IPR \quad 1$	Non attinenza agli orari di uscita predefiniti

L'analisi del processo con la scheda FMEA ha evidenziato la necessità di creare alcuni strumenti di "controllo" sulla gestione del processo "Uscite pazienti" aventi la funzione di uniformare il comportamento degli operatori sanitari e di monitoraggio del sistema.

Allo stato attuale non esistevano dati storici cui far riferimento per cui il calcolo degli indici di priorità ed il rischio è unicamente basato sulla percezione collettiva del gruppo di lavoro in base alla propria esperienza lavorativa.

6. Conclusioni

Il documento prodotto ha suscitato nel gruppo di lavoro notevoli discussioni e riflessioni sull'operato di ciascuno; l'elaborato finale ha visto numerose revisioni ad ogni incontro di lavoro e particolarmente utile sarebbe stato includere nel gruppo un facilitatore esterno con esperienza metodologica in merito.

La difficoltà maggiore è derivata dal fatto che il processo preso in analisi è particolarmente ricco di *variabili umane comportamentali* legate sia al paziente sia all'operatore ed essendo un processo poco tecnico, non a caso, tale metodologi vede la sua frequente applicazione laddove i processi lavorativi sono molto tecnicizzati (es. laboratorio analisi, procedure chirurgiche, somministrazioni di terapie, ecc). Sono stati allegati al presente lavoro i documenti ex-novo elaborati derivanti dall'analisi del processo a completamento del lavoro.



Bibliografia

- Institute of Medicine (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. LT Kohn, JM Corrigan, MS Donaldson, eds. Washington, DC: National Academy Press, (1999).
- Reason J. (2002). Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Qual Saf Health Care*, 11:40–44.
- Reason JT, Carthey J, de Leval MR. (2001). Diagnosis of “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective Risk management. *Qual Health Care*, 10(suppl II): 21–5.
- Trucco P., Cavallin M., Bonini P.A., Bubboli F. (2003), “Valutazione del rischio organizzativo nei processi di cura”, *RischioSanità, ASSINews*, Vol.11, pp. 26-32, Dicembre.
- Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità Risk management in sanità – Il problema degli errori, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003), Roma, marzo 2004.
- Regione Emilia Romagna: FMEA-FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie, Dossier n. 75, Agenzia Sanitaria Regionale dell’Emilia Romagna, Bologna, novembre 2002.

Elenco documenti allegati:

- Nota informativa per i pazienti
- Registro “uscita pazienti”
- Rapporto Uscite pazienti
- Registro degli eventi avversi
- Overt Aggression Scale



SOC PSICHIATRIA **Direttore Dr. E. Piantato**

MODALITA' USCITA DEI PAZIENTI FUORI DAL REPARTO

I pazienti, durante il periodo di degenza presso il nostro reparto, potranno usufruire di permessi di uscita dal reparto (di breve durata) previa autorizzazione da parte del medico.

Quotidianamente verrà compilata una scheda posta fuori dalla sala di medicazione, dove verranno elencati i pazienti che autorizzati ad uscire dal reparto, indicando la modalità di uscita, ovvero, definendo se un paziente potrà uscire dal reparto da solo, o accompagnato (da un infermiere o un familiare), rispettando gli orari di uscita definiti dal reparto.

La scheda verrà quotidianamente aggiornata e affissa sulla porta dello studio "INFERMIERI".

I pazienti ricoverati in regime T.S.O.(trattamento sanitario obbligatorio), non possono uscire dal reparto.

Orari uscita dei pazienti:

Dalle ore alle ore

Dalle ore Alle ore

Dalle ore Alle ore

Il primo giorno di ricovero non è permesso uscire.

Non è permesso durante tali uscite dal reparto recarsi fuori dall'ospedale.



I PAZIENTI IN TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NON POSSONO USCIRE DAL REPARTO

SOC PSICHIATRIA
Direttore Dr. E. Piantato

Rapporto uscita pazienti

Cognome:

Nome:

Tiene un comportamento adeguato	si	no
Chiede soldi o sigarette	si	no
Si procura debiti al bar	si	no
Importuna persone all'esterno	si	no
Cerca di allontanarsi dal gruppo	si	no
Lamenta crisi d'ansia	si	no
Presenta episodi ipotensivi	si	no
Manifesta intemperanze verbali	si	no
Si procura lesioni accidentalmente	si	no
Si procura lesioni volontariamente	si	no
Aggredisce persone	si	no
Elude la sorveglianza e fugge	si	no
Decesso	si	no



OVERT AGGRESSION SCALE

OAS - #755

Cognome e Nome.....Data di
nascita.....

Codice Paziente.....Valutazione.....Data
valutazione.....

TURNO: 0) NOTTE 0) GIORNO 0)SERA

0) Segnare qui se durante il turno non si sono verificati comportamenti aggressivi
(verbali o fisici) contro se stesso, gli altri o gli oggetti.

Comportamento aggressivo (segnare tutto ciò che è pertinente)

Aggressività verbale	Aggressività fisica autodiretta
<ul style="list-style-type: none"> 0) Fa grandi schiamazzi, grida in modo irato 0) Grida insulti personali lievi (per es., “Sei stupido!”) 0) Impreca in maniera rabbiosa, nella rabbia usa un linguaggio osceno, fa minacce non particolarmente serie verso gli altri o se stesso 0) Fa serie minacce di violenza verso gli altri (“Ti uccido!”), o chiede di essere aiutato a controllarsi 	<ul style="list-style-type: none"> 0) Si gratta o si graffia, si picchia, si strappa i capelli (senza o solo con minime lesioni) 0) Sbatte la testa, colpisce gli oggetti con i pugni, si butta per terra o contro gli oggetti (si ferisce senza gravi danni) 0) Piccoli tagli o ammaccature, lievi bruciate 0) Si provoca mutilazioni, si fa tagli profondi, si morde a sangue, si provoca danni interni, fratture, perdita di coscienza, perdita di denti
Aggressività fisica contro gli oggetti	Aggressività fisica contro le altre persone
<ul style="list-style-type: none"> 0) Sbatte la porta, butta all’aria i vestiti, crea disordine 0) Getta a terra gli oggetti, prende a calci i mobili senza romperli, 	<ul style="list-style-type: none"> 0) Fa gesti minacciosi, agita i pugni verso gli altri, agguanta gli alti per i vestiti 0) Percuote, tira calci, spintona, tira i



sporca il muro Rompe gli oggetti, manda in frantumi le finestre	capelli (senza fare danni) 0) Aggredisce gli altri provocando loro danni fisici moderato/lievi (ammaccature, distorsioni, lividi) 0) Aggredisce gli altri causando loro gravi danni fisici (fratture, ferite profonde, lesioni interne)
--	--

L'episodio è iniziato alle ore (h/min)	ed è durato
---	--------------------

INTERVENTI (segnare tutto ciò che è pertinente)

0) Nessuno 0) Parlato con i familiari 0) Stretta sorveglianza 0) Tenere fermo il paziente	0) Terapia immediata per os 0) Terapia immediata im/iv 0) Separazione senza Rinchiudere il p. (durata)	0) Uso di contenzione 0) Le lesioni richiedono una terapia immediata per il p. Le lesioni richiedono una terapia immediata per altre persone
--	---	---