AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

Ente di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione D.P.M. 23/4/93

REGIONE PIEMONTE - CUNEO

Manuale di Informazione e Formazione

R I S C H I O

A G G R E S S I O N I

Servizio Prevenzione e Protezione

Medico Competente

O.S.R.U.

Aggiornamento Ottobre 2008

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO E VIOLENTO

Premessa

La normativa sulla sicurezza sul lavoro, in particolare il D. Lgs. 81/08, prevede che il datore di lavoro valuti tutti i rischi presenti sul luogo di lavoro e adotti dei provvedimenti per evitarli o ridurli al minimo.

Sulla base della valutazione risultano maggiormente esposti i dipendenti che operano presso le strutture Psichiatria e D. E. A. (Pronto Soccorso e 118), mentre nelle altre strutture il problema appare meno rilevante.

La presente dispensa intende fornire a tutti i dipendenti utili indicazioni al fine di prevenire o ridurre al minimo i rischi derivanti da atti aggressivi da parte dei pazienti.

Vengono inoltre fornite indicazioni per fronteggiare situazioni di rischio determinate da aggressione a scopo di rapina o di estorsione

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Premessa

Oggetto della valutazione è il rischio derivante da atti aggressivi (sia fisici che verbali) da parte di pazienti o utenti che accedono all'Azienda, nei confronti dei dipendenti.
Vengono analizzati e valutati sia gli atti "intenzionali" che gli atti non intenzionali causati da patologie che comportano o possono comportare un danno ai dipendenti dell'azienda. Sono esclusi dalla presente gli atti dolosi.

Criteri di valutazione

La valutazione si basa sulla analisi delle denunce infortuni, dai colloqui con le capo sala e/o direttori di strutture e dai dati di letteratura. Inoltre si è tenuto conto anche della tipologia dei pazienti assistiti e delle mansioni svolte dai vari operatori all'interno della struttura considerata.

Sulla base della valutazione si è elaborato un potenziale livello di esposizione al rischio suddiviso in 4 categorie (Alto, Medio, Medio-basso e Basso).

Ad ogni struttura dell'Azienda è stata assegnata una articolazione dei livelli di rischio.

Per livello di rischio Alto si intende che gli operatori sono abitualmente soggetti al rischio; per livello di rischio medio si intende che gli operatori sono occasionalmente soggetti al rischio; per livello di rischio medio-basso si intende che gli operatori sono occasionalmente esposti al rischio con frequenza e gravità minore di quelli esposti al rischio medio; per livello di rischio basso si intende che gli operatori sono raramente ed eccezionalmente soggetti al rischio.

AGGRESSIVITA'

Definizione dell'aggressività

Le cronache dei nostri giorni sono allarmanti. Si parla di conflitti, di delinquenza minorile, di maltrattamenti a donne e bambini, di stupri, di omicidi brutali e raccapriccianti, e termini quali violenza, aggressività, crudeltà, sono diventati, nel gergo comune, sinonimi.

Ognuno di noi sa intuitivamente che cosa si intenda per comportamento aggressivo; tuttavia i tentativi di definirlo e di darne una spiegazione sono stati molteplici e controversi, dal momento che il concetto stesso di aggressività varia a seconda che questa venga considerata ora un "istinto", ora una "modalità comportamentale" ora una "emozione" reattiva ad un evento stressante e/o frustrante.

Considerato che il comportamento violento può avere cause, manifestazioni e conseguenze molto varie, non ci sorprende che l'"aggressività" sia stata oggetto di studio nei più svariati campi della ricerca: biologico, psichiatrico, forense, sociale, etico, con attributi e caratteristiche peculiari per ognuno dei vari approcci.

Hinde (1974) definisce l'aggressività come la tendenza, presente sia nell'uomo sia nell'animale, a manifestare un comportamento finalizzato a combattere qualsiasi fenomeno minacci l'integrità dell'organismo e/o tesa a provocare un danno agli altri.

Nell'accezione più vasta tuttavia, il termine "aggressivo" serve per descrivere il comportamento con il quale gli individui perseguono attivamente i loro interessi gli uni contro gli altri nella società (politici, sportivi, ma anche gruppi sociali, Stati, ecc.); altri termini, quali "violenza" o "crudeltà", pur indicando anch'essi comportamenti finalizzati a causare danno, sono inequivocabilmente permeati di un significato ostile. Ad esempio in campo criminologico la "violenza" (il crimine violento) è definito da parametri politici e/o e giuridici più che da considerazioni scientifiche (Gottfredson e Hirschi, 1990).

D'altra parte la pulsione aggressiva è considerata, nell'accezione etologica, un elemento primario per garantire la sopravvivenza dell'individuo e della specie e parliamo di aggressività anche quando intendiamo caratterizzare l'impeto e la spinta volitiva o la competizione presenti in un'attività produttiva, un'impresa scientifica, sportiva o artistica che comporti una sfida a se stessi o ad altri. Espressioni come: "Si è comportato aggressivamente", " Ha un tono di voce aggressivo", "Devi essere aggressivo per vincere", "I problemi devono essere aggrediti", ci fanno capire come il termine di aggressività presenti varie sfumature di significati e comprenda un'ampia gamma di comportamenti umani.

L'aggressività quindi non ha un significato intrinseco di "patologico"; diventa tale quando il soggetto non riesce più a controllarla, modularla, adeguarla alle situazioni, a "sublimarla" in attività creative; mentre assume aspetti di stereotipia o impulsività, irrazionalità, ed è agita in azioni potenzialmente criminali e spesso afinalistiche.

L'etimologia del termine (dal latino "ad"=verso, contro, allo scopo di... e "gradior"= vado, procedo, avanzo) indica ancor di più la complessità di significati che la parola "aggressività" può assumere.
Alcuni Autori parlano di aggressività Spontanea ed aggressività Indotta (correlata a stimoli esterni) o ancora di aggressività Ostile e Strumentale a seconda del fine perseguito, laddove l'aggressività di tipo Strumentale è rivolta ad ottenere un vantaggio aggiuntivo rispetto al solo provocare danno (es. per rubare). E' lecito quindi affermare che una singola definizione non può essere esauriente.

L'uomo può essere "aggressivo" sul piano comportamentale, senza necessariamente passare all'atto, ma anche solo insultando, o "sbattendo la porta", o facendo "scherzi" o "battute pesanti"; l'aggressività può essere inespressa, inibita, "trattenuta", ed è in questi casi ritenuta da studiosi come Weisman, Alexander, Dollard, causa o fattore aggravante di molte malattie fisiche (ulcera, asma, colite, ipertensione).

Il problema riguarda quindi da una parte l'intenzionalità con la quale viene messo in atto il comportamento aggressivo e dall'altra la direzionalità del medesimo ed è in base a quest'ultimo aspetto che riconosciamo una aggressività agita verso gli altri o "eterodiretta" ed una "autodiretta" che comprende le automutilazioni, i tentativi di suicidio fino al suicidio.

GESTIONE DEL PAZIENTE AGGRESSIVO

In qualità di operatori della salute pubblica dobbiamo circoscrivere il nostro intervento solo a quei casi in cui la violenza è direttamente legata a malattie psichiatriche o fisiche.

Pazienti

- Quelli con disturbo psichico diagnosticabile
- Quelli che presentano un disturbo neurologico e\o organico che conduca ad atti di violenza
- Quelli che percepiscono i loro atti ed impulsi violenti come involontari (egodistonici) e richiedono aiuto
- Quelli che sono intossicati o soffrono di una sindrome di astinenza da alcol e\o droghe

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Il **rischio** di subire un'aggressione con serie conseguenze "biologiche" riguarda il

- 40% degli psichiatri
- 80% degli infermieri;
- più del 50% degli psichiatri subisce un'aggressione durante il periodo di formazione;
- le **minacce** sono eventi estremamente comuni nel corso dell'attività lavorativa
- Meno rilevante il rischio per assistenti sociali, psicologi e terapisti della riabilitazione

I luoghi maggiormente a rischio (da dati di letteratura):

- Reparti Psichiatrici per acuti → 43,1%
- DEA → 13,4%
- Strutture di lungodegenza → 18,5%
- La frequenza negli ambulatori psichiatrici è paragonabile a quella degli altri ambulatori

Il ciclo dell'aggressione :

Il ciclo dell'aggressione, che schematizza le fasi tipiche che si succedono in un episodio di aggressività, è fondato sul riconoscimento che alla base di qualunque atto di aggressività (1) vi è una attivazione

psicofisiologica (arousa/)che comporta cambiamenti somatici e psicologici, primariamente cognitivi, che si producono in relazione alla percezione di una minaccia;

da ciò deriva un intervento di desensibilizzazione mirato e progressivo, volto a ridurre contenere, attraverso azioni specifiche per le diverse fasi, lo svolgersi del ciclo dell'aggressività (la cosiddetta escalation}

Il modello del ciclo dell'aggressività enfatizza le diverse possibilità di un intervento appropriato e differenziato in cinque fasi:

1.**Fase del fattore scatenante**. Il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria. Comportamenti verbali ed espressivi (mimici e comportamentali} rendono percepibile l'avvio del processo.

2. Fase della escalation contraddistinta da una ulteriore deviazione dal baseline. In questa fase le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto. Schemi appropriati di intervento in questa fase prevedono l'utilizzo del cosiddetto talk down(vedi nota), approccio verbale mirato al contenimento progressivo del paziente tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale. Una manovra aggiuntiva, in questa fase, può essere l'allontanamento dal contesto, soprattutto quando fattori ambientali abbiano contribuito a determinare la condizione di crisi.

3. **Fase critica**. Viene raggiunto il punto culminante di eccitamento. L'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze. L'intervento non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma piuttosto fondarsi sulla scelta di opzioni sintetiche e massimali: contenimento, fuga, autoprotezione.

4. Fase del recupero. E' caratterizzata dal graduale ritorno al comportamento normale del baseline, ma con un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti. Rappresenta la fase più delicata perché interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione della crisi.

5. Fase della depressione post-critica, contraddistinta dalla comparsa nel paziente di emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso. Si stabilisce una recettività per interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento verificatosi, alla risoluzione dei sentimenti più gravi, come la colpa, e alla comprensione razionale delle circostanze che hanno scatenato l'incidente.

La gestione in acuto non può essere separata da importantissime considerazioni sulla sicurezza.

Ogni azione tesa a ridurre e porre sotto controllo un comportamento aggressivo, potenzialmente o attualmente violento, dovrà essere effettuata in condizioni di garanzia per gli operatori e per il paziente.

Un contributo determinante alla sicurezza è dato dall'applicazione di norme pratiche precise (2,3), relative al contesto in cui si svolge l'azione, ambulatorio, reparto o domicilio del paziente (4}.
Alcune sono di carattere generale e riguardano la prevenzione come la scelta dei materiali di arredamento per il reparto o l'ambulatorio (5,6,7}.
Altre riguardano più da vicino l'atteggiamento degli operatori che si confrontano con il paziente aggressivo (8}.
Il confronto con il paziente protagonista di comportamento aggressivo provoca sentimenti di ansietà e paura, che possono innescare comportamenti di diffidenza, con evitamento del paziente in questione o stabilendo nei suoi riguardi una distanza relazionale che ne accresce il senso di isolamento sociale.

Da qui la necessità di considerare la risoluzione dei sentimenti controtransferali una condizione specifica per la continuazione del trattamento del paziente che si sia dimostrato aggressivo.

Dal punto di vista del paziente, la risposta psicologica all'aggressione compiuta è spesso di implicita soddisfazione. Il venire meno della tensione attraverso un'affermazione di prestanza fisica non poche volte costituisce una esperienza sintonica in grado di agire da rinforzo per quel comportamento, contribuendo ad inscriverlo nel pattern dei comportamenti sociali abituali.

E' utile un colloquio di confronto tra il paziente aggressore e la vittima, sia essa un operatore o un altro paziente, per evitare la scotomizzazione dell'evento, circostanza che accrescerebbe il senso di sicurezza del paziente nei confronti della vittima.

PREVENZIONE E PROTEZIONE

Può essere di aiuto un elenco di comportamenti da tenere :

1. Non fissare troppo i pazienti. E' bene guardare negli occhi, ma ciò può essere avvertito come minaccioso se fatto eccessivamente;

2. Adottare e mantenere un tono di voce morbido. Chiamare il paziente per nome, ove possibile, e mostrarsi interessati a capire in che cosa consiste il problema;

3. Cercare di incoraggiare il paziente a sedersi. Se anche l'operatore si siede, si può avere una riduzione dell'impatto della presenza fisica nella situazione, con conseguente riduzione della probabilità di un comportamento violento;

4. Nell'avvicinare qualcuno da soli, quando si può prevedere un episodio di violenza, fare in modo che altri sappiano dove ci si trova;

5. E' necessario sapere dove trovare telefoni o eventuali allarmi;

6. Nella previsione di non essere bene accolti da un paziente o di qualche possibile tensione, può essere utile lasciare il campo a membri diversi del personale. Comprendere quando smettere non è segno di debolezza, bensì di forza;

7. Cercare di apparire fiduciosi senza presentare reazioni eccessive, soprattutto all'aggressione verbale e mostrare preoccupazione per il disagio del paziente;

8. Cercare di non prendere gli insulti in chiave personale; tale accortezza aiuterà a mantenere le cose in prospettiva e ad evitare le reazioni difensive;

9. Qualora si crei una situazione in cui venga usata un'arma o venga preso un ostaggio, dovrà essere immediatamente avvertita la polizia. Non si devono affrontare tali situazioni da soli e non protetti. Appena si sente che la situazione sta sfuggendo al proprio controllo è sempre necessario richiedere aiuto;

10. Si deve cercare di tenere gli altri pazienti e gli intervenuti al riparo da pericoli;

11. Cercare di mantenere il controllo aiutandosi anche con respiri regolari e profondi;

12. Cercare di incoraggiare una "trattativa" relativa al problema;

13. È necessario, per il personale esposto a rischi, predisporre e usare allarmi personali, segnali acustici e telefoni cellulari;

14. Nel comunicare con un paziente ostile occorre evitare, per quanto possibile, di volgergli le spalle, per evitare di scatenare manifestazioni di ira e di rendere l'operatore facile bersaglio di un eventuale attacco improvviso;

15. Evitare di assumere posture chiuse, difensive o aggressive, come stare a braccia conserte o far ondeggiare i pugni o muovere le dita. Si deve essere consapevoli del proprio comportamento personale, ricordando che tali azioni possono essere compiute inconsapevolmente;

16. Cercare di dare più sostegno che si può, ansia permettendo. Può essere rassicurante, per l'aggressore, constatare che l'infermiere si occupa di lui, ma si controlla. A questo punto è utile ricordare che, in realtà, è spesso l'aggressore ad essere senza controllo e alla ricerca di risposte ed indicazioni;

17. Servirsi delle abilità di ascolto attivo. Per esempio fare dei cenni col capo, porre domande aperte, frasi come "me ne rendo conto", "per favore, vada avanti", "sto ascoltando";

18. Utilizzare i mezzi di contenzione solo come ultima risorsa e se è in pericolo immediato la sicurezza fisica di altri pazienti o del personale. I mezzi di contenzione devono essere utilizzati solo in funzione protettiva e non come punizione o con l'intento di fare del male;

19. Far andare via le persone estranee, quando possibile, poiché esse sono spesso all'origine di situazioni difficili;

20. Essere sensibili per quanto concerne la razza, il sesso, l'età, le differenze culturali e i bisogni specifici;

21. Può essere adeguato servirsi di tattiche di diversione: per esempio cambiare argomento abbandonando un ambito in cui non può essere raggiunto un compromesso, oppure proporre un cambio di ambiente o di attività;

22. Il contatto fisico deve essere utilizzato in funzione terapeutica. Tuttavia, poiché le persone non reagiscono tutte allo stesso modo quando vengono toccate, si raccomanda attenzione. Il tocco può essere sentito come un gesto ostile o come un'invasione del proprio spazio;

23. Andarsene, se necessario. Di fronte a un'aggressione, la priorità assoluta è quella di abbandonare il campo **E gridare per attrarre l'attenzione**.

MODALITA' DI COMPORTAMENTO IN SITUAZIONI DI RISCHIO DETERMINATE DA AGGRESSIONI A SCOPO DI RAPINA O DI ESTORSIONE

Premessa

La seguente procedura è destinata a tutti gli operatori addetti alle attività di cassa comportanti il maneggio di valuta o comunque agli operatori che possono essere coinvolti in atti di aggressione a scopo di rapina o estorsione.

Il pericolo a cui si riferisce la presente procedura è rappresentato dal possibile verificarsi di episodi di rapina a mano armata o aggressioni a scopo di estorsione.

Oltre alle eventuali misure preventive e attive poste in atto, le modalità comportamentali di seguito descritte hanno come finalità primaria la protezione dell'incolumità fisica di tutte le persone presenti all'atto delittuoso ed al veloce superamento della situazione di pericolo conseguente all'atto stesso.

Comportamento del personale coinvolto

Al manifestarsi di un atto di aggressione è opportuno, per quanto possibile, seguire le seguenti indicazioni.

- Mantenere un atteggiamento di calma e di attenzione alle richieste degli aggressori
- Evitare isterismi che potrebbero far innalzare la tensione e quindi il pericolo
- Tenere sempre le mani in vista
- Non mettere in atto tentativi di reazione nei confronti degli aggressori
- Non tentare di difendere i beni dell'Azienda
- Non polemizzare con gli aggressori e non tentare inutili convincimenti nei loro confronti
- Dovendo rispondere a domande dirette utilizzare un linguaggio calmo e misurato usando frasi brevi, dal contenuto molto chiaro
- Se possibile mantenere una certa distanza dagli aggressori senza tentare fughe sconsiderate

- Mantenere un atteggiamento di attenzione verso i gesti compiuti dagli aggressori, osservandone i tratti somatici, l'abbigliamento, le eventuali inflessioni del parlato
- Annotarsi mentalmente gli oggetti e le superfici toccate dai malviventi

Alla cessazione dello stato di emergenza

- Avvisare il 113 o il 112
- Avvisare la Direzione Sanitaria
- Sospendere le attività se non quelle di assistenza sanitaria diretta e urgente
- Fare uscire dall'ambiente tutte le persone presenti accostando le porte
- Non toccare nulla che sia stato toccato dagli aggressori
- Non riordinare
- Non fare entrare nessuno se non autorizzato dai superiori
- Pregare gli eventuali testimoni di attendere l'arrivo delle forze dell'ordine
- Collaborare con le forze dell'ordine intervenute mettendosi a disposizione delle stesse