

Il paziente violento in Pronto Soccorso

E' possibile un protocollo?

Infermieri del Pronto Soccorso S.Filippo Neri (Roma)

Esiste una vasta letteratura sul comportamento violento del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso o nei reparti di degenza psichiatrica. Ma in che modo il personale in servizio in un Pronto Soccorso riesce a gestire situazioni di comportamento aggressivo o violento da parte di utenti o accompagnatori che non sono necessariamente pazienti psichiatrici?

Quali sono gli strumenti che l'infermiere può utilizzare per capire e prevenire situazioni che possono sfociare in un comportamento violento? Cosa può fare per difendere la propria incolumità, quella degli altri utenti e quella dello stesso aggressore?

E in che misura il comportamento dell'infermiere può provocare reazioni violente?

Perché oltre ai pazienti "difficili" esistono anche operatori sanitari "difficili".

"La comunicazione è un processo bilaterale: l'infermiere reagisce a un paziente che, a sua volta, reagisce all'infermiere. Se il rapporto che si instaura è negativo, si entra in un circolo vizioso." (Hartley)

Un paziente che piace o non piace non dovrebbe influire sull'efficacia della comunicazione. Una comunicazione è efficace se si riesce a riconoscere un comportamento difficile in un dato contesto per poi mettere in pratica le strategie più adatte alla gestione della situazione.

Manifestazioni di comportamento difficile sono:

l'Aggressione: l'espressione di collera con implicazioni di violenza. Lo scontro verbale fa parte di questa categoria.

la Violenza: è per definizione un atto fisico contro gli altri, contro sé stessi o contro una proprietà altrui, con l'intento di causare danni. (Miller)

Queste due categorie di comportamento sono, rispetto ad alcuni anni orsono, più numerose e con maggiori aspetti di problematicità. Aggressioni e violenze sono in costante aumento. In certi settori gli infermieri sono maggiormente esposti a minacce o ad aggressioni, e la maggiore incidenza si verifica proprio in Pronto Soccorso e nei reparti di psichiatria.

Secondo una ricerca della *Health Service Advisory Committee* (1987) l'incidenza dei comportamenti violenti contro operatori sanitari è la seguente:

- *Ingiurie o minacce verbali*: 17,5%
- *Lesioni lievi*: 11%
- *Minacce con armi*: 4,6%
- *Lesioni gravi*: 0,5%

Secondo altre ricerche svolte negli U.S.A., indagini eseguite presso alcuni Pronto Soccorso di grandi dimensioni

❖ Nel 32% dei Pronto Soccorso avviene almeno una minaccia verbale al giorno.

- ❖ Nel 18% dei Pronto Soccorso avviene almeno un episodio al mese di aggressione in cui sono presenti armi.
- ❖ Nel 43% dei Pronto Soccorso avviene almeno un episodio al mese di aggressione fisica, di cui l'80% rileva gravi lesioni a carico del personale sanitario.

Secondo indagini provenienti prevalentemente da U.S.A. e Gran Bretagna, poiché in Italia non sono disponibili dati precisi sul fenomeno, i fattori che possono provocare comunicazione errata nel rapporto paziente-personale sanitario, e di conseguenza comportamenti violenti sono:

- *Intossicazioni (abuso di alcol e abuso di droghe)*
- *Malattie psichiatriche*

e in numero minore

- *Crescita delle aspettative dei pazienti*
- *Aumento dei tempi d'attesa*
- *Scarsa conoscenza del meccanismo di Triage infermieristico da parte dell'utenza*
- *Basso morale dello staff*
- *Pressioni di lavoro*
- *Riduzione di personale*
- *Minore tolleranza*
- *Aumento dei livelli di stress negli infermieri e nei pazienti che, a sua volta, influisce sui livelli di tolleranza*
- *Condizioni inadeguate degli ambienti di attesa.*

Come affrontare le aggressioni e i comportamenti violenti in Pronto Soccorso?

Farrell e Gray (1992) sostengono che nell'incontro con pazienti violenti due cose soprattutto bisogna considerare:

- Come infermieri è necessario essere abili nel riconoscimento di ogni situazione difficile per quella che è. Superando gli ostacoli iniziali si può andare verso una più ampia e oggettiva prospettiva che ci riveli il perché del comportamento del paziente. In questo modo si diventa più obiettivi.
- E' necessario essere abili nell'esaminare e accrescere le proprie capacità di relazione interpersonale per stabilire una comunicazione terapeutica efficace. Questo implica un'analisi del nostro comportamento professionale, che include ciò in cui siamo capaci e ciò in cui dobbiamo migliorare.

Sempre Farrell e Gray propongono questo modello di gestione dell'aggressione:

La riflessione. Questo primo stadio riguarda l'importanza della preparazione dell'infermiere nei confronti del processo di interazione a due. Ciò implica la possibilità di servirsi di sé stessi sia in incontri con valore terapeutico, sia in incontri non terapeutici/difficili.

Porsi in relazione. La seconda fase pone in evidenza le importanti capacità di comunicazione necessarie per occuparsi dei pazienti che minacciano di compiere atti violenti. Si tratta di una combinazione di abilità interpersonali, soprattutto nel mitigare o risolvere situazioni difficili e, quando è il caso, nell'attuare interventi fisici, come la contenzione.

Il riesame. Viene spesso trascurato il riesame dell'esperienza, sebbene esso, per coloro che sono stati coinvolti in fatti violenti, rappresenti un'esperienza fondamentale per imparare e per riprendersi. Per fare ciò è necessaria l'analisi a posteriori degli incontri aggressivi, accanto al sostegno per gli individui coinvolti.

Previsione a breve termine della violenza

Fattori di rischio che vengono associati con la violenza

Storia demografica o personale

- Precedenti episodi di violenza
- Sesso maschile e giovane età
- Minacce esplicite di violenza
- Appartenenza a una sottocultura incline alla violenza

Variabili cliniche

- Uso improprio di alcolici o di altre sostanze psicoattive, indipendentemente dalla diagnosi
- Sintomi in atto di schizofrenia o di mania, in particolare se:
 - ✓ Sussistono deliri o allucinazioni relativi a una particolare persona
 - ✓ Sussiste un particolare motivo di preoccupazione circa la violenza
 - ✓ Vi sono deliri di controllo, soprattutto con tema violento
 - ✓ Vi sono stati di agitazione, di eccitazione, di aperta ostilità o di sospetto
- Assenza di collaborazione relativa ai trattamenti consigliati
- Presenza di tratti della personalità antisociali o impulsivi.

Royal College of Psychiatrists

Quali risposte terapeutiche può dare l'infermiere al paziente difficile che manifesta aggressività? Duxbury le individua in una serie di strategie e accorgimenti da seguire. Vediamole:

- Non fissare troppo i pazienti. E' bene guardare negli occhi, ma ciò può essere avvertito come minaccioso se fatto eccessivamente;
- 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;
- 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;
- Nell'avvicinare qualcuno da soli, quando si può prevedere un episodio di violenza, fare in modo che altri sappiano dove ci si trova;
- E' necessario sapere dove trovare telefoni o eventuali allarmi;
- 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;

- Cercare di apparire fiduciosi senza presentare reazioni eccessive, soprattutto all'aggressione verbale e mostrare preoccupazione per il disagio del paziente;
- Cercare di non prendere gli insulti in chiave personale; tale accortezza aiuterà a mantenere le cose in prospettiva e ad evitare le reazioni difensive;
- 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;
- Si deve cercare di tenere gli altri pazienti e gli intervenuti al riparo da pericoli;
- Cercare di mantenere il controllo aiutandosi anche con respiri regolari e profondi;
- Cercare di incoraggiare una "trattativa" relativa al problema;
- È necessario, per il personale esposto a rischi, predisporre e usare allarmi personali, segnali acustici e telefoni cellulari;
- 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;
- Evitare di assumere posture chiuse, difensive o aggressive, come stare a braccia conserte o far ondeggiare i pugni o muovere le dita. Si dev'essere consapevoli del proprio comportamento personale, ricordando che tali azioni possono essere compiute inconsapevolmente;
- 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;
- 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";
- 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;
- Far andare via le persone estranee, quando possibile, poiché esse sono spesso all'origine di situazioni difficili;
- Essere sensibili per quanto concerne la razza, il sesso, l'età, le differenze culturali e i bisogni specifici;
- 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;
- Il contatto fisico dev'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;
- Andarsene, se necessario. Di fronte a un'aggressione, la priorità assoluta è quella di abbandonare il campo. E gridare per attrarre l'attenzione.

Per alcune persone la violenza è il linguaggio usato più frequentemente per interagire con gli altri. Aldilà di qualsiasi considerazione di tipo sociologico, questi casi andrebbero gestiti dalle competenti forze di Pubblica Sicurezza, anche se, quando si presentano in Pronto Soccorso, non può essere permesso nessun tipo di rifiuto del paziente da parte del personale.

La misura più auspicabile, soprattutto in zona triage, è la presenza continuativa e visibile di forze di polizia e di sorveglianza privata; auspicabile è, inoltre, l'adozione di misure anche strutturali quali telecamere per la sorveglianza, zone filtro per proteggere gli accessi, pulsanti d'allarme.

Bisognerebbe inoltre favorire l'attuazione di disposizioni di servizio volte a sollecitare l'intervento delle forze di polizia nei casi di aggressione in Ospedale.

Un capitolo a parte merita l'argomento del contenimento fisico del paziente violento. La giurisprudenza in questo campo si presta a varie interpretazioni: ad esempio da un lato l'articolo 54 del codice penale sullo stato di necessità, per cui il contenimento del paziente è riconosciuto compito degli operatori di Pronto Soccorso, dall'altro lato una nota del Ministero della Sanità del 21 settembre 1992 in tema di T.S.O., che precisa come agli operatori sanitari non compete l'adozione di "mezzi coercitivi" finalizzati all'esecuzione del trattamento, e che "l'esecuzione del provvedimento può essere effettuata solo attraverso l'intervento della forza pubblica".

Comunque sia ogni Pronto Soccorso dovrebbe predisporre un protocollo per il contenimento fisico del paziente violento.

Noi riportiamo alcuni suggerimenti tratti dal protocollo predisposto da Morichetti e Capelli:

- ❖ La contenzione deve, preferibilmente, essere eseguita da un certo numero di persone, possibilmente non inferiore a cinque; una dimostrazione di forza può produrre di per sé una collaborazione.
- ❖ Ogni singolo operatore trattiene un arto mentre uno protegge la testa; il contatto va preferibilmente attuato nel momento in cui l'attenzione del paziente viene meno.
- ❖ Devono essere immediatamente disponibili dei sedativi da somministrare dopo che la contenzione è stata completata, se il paziente risulta ancora combattivo.
- ❖ Le cinghie di contenzione in cuoio sono le più sicure; vanno controllate a intervalli frequenti da parte dello staff per verificarne il comfort e la sicurezza; è importante che gli arti non siano contorti in modo tale da produrre una trazione sui nervi o una lesione da compressione. I pazienti intossicati in contenzione andrebbero posti in posizione di decubito sinistro e controllati per il rischio di una possibile aspirazione di sostanze nelle vie respiratorie.
- ❖ I motivi della contenzione dovrebbero essere spiegati con tono calmo al paziente anche durante l'esecuzione della stessa: in ogni caso è fondamentale controllare le proprie emozioni e non rispondere ad insulti e minacce.
- ❖ La contenzione non deve mai essere iniziata o rimossa senza l'autorizzazione del medico e si deve comunque svolgere alla presenza di un numero adeguato di componenti dello staff; deve esistere inoltre una documentazione scritta dei motivi e dei tempi del provvedimento.

Per concludere il riassunto, chiamato “le quattro C”, dell’approccio alle situazioni di violenza proposto dal “Ashworth Hospital Aggression Management Team”:

- “**Confident**”: fiducioso, essere fiducioso nell’approccio seguito;
- “**Consistent**”: coerente, essere coerente nell’approccio seguito;
- “**Concern**”: preoccupazione, mostrare preoccupazione per ciò che il paziente sta cercando di comunicare attraverso la propria collera o l’aggressione che ha messo in atto;
- “**Cooperation**”: cooperazione, ricercare la cooperazione dei pazienti. E’ molto meglio che essi diventino alleati piuttosto che nemici.

Bibliografia

Ashworth Hospital Aggression Management Team (1996) *Practical Aspects of Managing Violence*. London: Epsilon Production Network.

Duxbury Joy (2001) *Il paziente difficile. Modalità di comunicazione*. A cura di R. Anchisi e M. Gambetto Dessy. Milano: McGraw-Hill

Farrell G.A. and Gray C. (1992) *Aggression: A nurses’ guide to Therapeutic Management*. London: Scutari Press.

Hartley P. (1993) *Interpersonal Communication*. London: Routledge.

Health Service Advisory Committee (1987) *Violence To Staff in the Health Care Service*. London: HSAC.

Miller R. (1990) *Managing Difficult Patients*. London: Faber and Faber.

Morichetti A.-Capelli R. (P.S. Macerata-USL Bologna) *Il paziente violento in Pronto Soccorso*.

Royal College of Psychiatrists (1998) *Management of Imminent Violence*. Occasional Paper OP41. London: Gaskell Royal College of Psychiatrists.