

La gestione del paziente aggressivo

Non è infrequente che il medico si trovi a gestire pazienti aggressivi, come segnalano i recenti episodi di violenza sul personale sanitario. Diverse linee guida forniscono indicazioni su come affrontare il colloquio con un paziente potenzialmente pericoloso e quali trattamenti usare nel trattamento acuto dell'aggressività nell'adulto

Giulia Marin - Medico, Casa di Cura San Giorgio - Pordenone

Mauro Marin - Direttore Distretto Sanitario - Pordenone

Non è infrequente che il medico si trovi a gestire pazienti aggressivi con rabbia, distorsioni cognitive, psicosi, disturbi di personalità, disturbo bipolare o dipendenze da alcol o sostanze stupefacenti, sebbene la pericolosità sociale sia difficile da prevedere. Le linee guida 2015 del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sulla gestione del paziente aggressivo (www.nice.org.uk/guidance/ng10) e le linee guida 2015 dell'OSHA (Occupational Safety and Health Administration) per la prevenzione degli episodi di violenza negli ambienti di lavoro forniscono raccomandazioni per orientare i comportamenti individuali e organizzativi. L'art. 1 della legge n. 24/2017 afferma che la sicurezza è parte costitutiva del diritto alla salute. Il DLgs n. 81/2008 all'art. 28 obbliga il datore di lavoro alla valutazione di tutti i rischi e agli artt. 21, 36 e 37 fa obbligo al datore di lavoro di formare gli operatori alla gestione del rischio (Cass. Pen 3° n.54519/2016 e n.3898/2017). Il Ministero della Salute nella raccomandazione n. 8/2007 ha disposto che ogni struttura sanitaria elabori un programma per la prevenzione della violenza contro gli operatori.

► Come affrontare il colloquio

- **Sicurezza ambientale. Per garantire la sicurezza, un paziente potenzialmente aggressivo dovrebbe sempre essere visitato in presenza di altre persone**, personale sanitario e/o familiari. Lo stanza scelta per il colloquio dovrebbe essere silenziosa, ben illuminata e non disturbata, non deve presentare barriere tra il medico e l'uscita (via di fuga) e devono essere rimossi dalla stanza oggetti in vista utilizzabili come arma impropria tipo forbici, tagliacarte o fermacarte sul tavolo.
- **Per ridurre l'escalation dei comportamenti aggressivi nella fase acuta sono consigliati interventi di desensibilizzazione basati sulla comunicazione** verbale e non verbale che hanno un razionale nella psicologia cognitivo-comportamentale e seguono il modello del ciclo dell'aggressività, mirando al contenimento graduale del soggetto grazie al riconoscimento delle sue esigenze e all'avvio di una negoziazione che recepisca il contenuto emotivo della crisi, ma ne devii il comportamento (*tabella 1*). Di fronte ad un paziente aggressivo, potenzialmente violento e di-

sarmato, è necessario saper mostrare autocontrollo, con l'unico obiettivo di ridurre il suo livello di aggressività affinché il dialogo diventi possibile in sicurezza. Bisogna superare l'impulso a reagire con lo stesso tono lasciandosi coinvolgere in un conflitto personale pericolosamente crescente e superare l'inibizione e la paura con tendenza alla fuga, salvo che la situazione non appaia subito incontrollabile.

Il colloquio va condotto con gentilezza, se necessario in modo leggermente formale per creare una distanza psicologica, oltre che fisica, che scoraggi la violenza. Il paziente va sempre trattato mostrando attenzione e rispetto come se fosse una persona importante perché si senta considerato, ma senza invadere il suo spazio personale e senza toccarlo perché altrimenti potrebbe sentirsi minacciato e reagire violentemente.

Un paziente aggressivo avrà più difficoltà a mantenere aperto un conflitto da solo se il medico si mostra deciso a non lasciarsi coinvolgere in una polemica crescente rispondendo con lo stesso tono e assume invece un atteggiamento assertivo, mantenendosi calmo e

mostrando accoglienza, empatia, comprensione, rispetto e sostegno. È importante accettare la rabbia del paziente considerandola come una espressione di dolore o di paura richiedente ascolto e aiuto. È utile da parte del medico esprimere comprensione (es. capisco che questa situazione le provochi rabbia...), rispetto (es. mi rendo conto delle difficoltà che ha saputo affrontare...), sostegno (es. sono qui per aiutarla...) e cercare attraverso la negoziazione di costruire un'alleanza terapeutica su quello che è necessario fare in concreto nel presente. Le recriminazioni sul passato sono inutili dato che non è modificabile. È importante attenersi al problema pratico, evitando di lasciarsi trascinare su questioni di

principio, di passare da un argomento conflittuale all'altro, di partecipare ad uno scambio di accuse, di lasciarsi coinvolgere in atteggiamenti di ostilità reciproca. Bisogna evitare di minimizzare le emozioni del paziente, di giustificarsi da eventuali accuse, di fare domande che sottintendono giudizi, di esprimere rimproveri paternalistici e false rassicurazioni che possono essere percepite dal paziente come un'ingiustizia e irritante minimizzazione delle sue aspettative e bisogni. È inutile e dannoso tentare di mettere il paziente psicotico di fronte alla mancanza di razionalità delle sue convinzioni deliranti oppure accettare di sostenere una discussione che diventa un conflitto di

potere con un paziente in fase maniacale. È necessario riconoscere e comunicargli di aver compreso i suoi sentimenti (paura, rabbia, angoscia) piuttosto che mettere in discussione la veridicità del suo delirio. Può accentuare la conflittualità l'indifferenza percepita dal paziente come mancanza di considerazione o anche un atteggiamento troppo accondiscendente del medico: il paziente dovrebbe sempre percepire che il medico ha il controllo della situazione. Quando il paziente ha finito di parlare, è consigliabile per il medico esporre con calma e chiarezza il proprio punto di vista, richiamando l'attenzione del paziente sulle risposte condivise e possibili per i bisogni espressi. Se la negoziazione si

Tabella 1

Le 5 fasi del ciclo dell'aggressività e le tecniche di de-escalation

Fase del ciclo	Sintomi clinici possibili	Interventi consigliati
1. Scatenamento (trigger)	<ul style="list-style-type: none"> • Stimoli percepiti ostili • Condotte di allerta e aggressività • Inibizione delle capacità di problem solving e comunicazione costruttiva 	Riconoscere il fattore scatenante e tentare di rimuoverlo: negoziare con tono basso, mantenere un dialogo, mostrare considerazione e serio intento di trovare soluzioni condivise
2. Escalation	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento di agitazione • Minacce o insulti • Atti di violenza contro cose • Ideazione paranoidea • Paura incontrollata 	Non affrontare da soli l'utente, non dargli le spalle, mantenere una distanza di sicurezza e il contatto visivo senza fissarlo negli occhi, usare un tono basso e pacato e un linguaggio appropriato alla persona, riconoscere i messaggi della condotta, focalizzare il colloquio solo sui motivi concreti alla base del conflitto, non rimproverare e non rispondere con toni alti a provocazioni, offrire ascolto e l'aiuto possibile
3. Crisi	<ul style="list-style-type: none"> • Massima eccitazione incontrollata • Atti di violenza verbale e/o fisica 	Garantire la sicurezza, la protezione propria e delle persone e come extrema ratio il contenimento o la fuga, chiamata alle forze dell'ordine
4. Recupero	Riduzione di eccitamento ma alta vulnerabilità a nuovo trigger con recidive della condotta violenta	Evitare nuovi trigger quali: rimproveri, discussioni, intempestive rielaborazioni dei fatti
5. Depressione post-crisi	<ul style="list-style-type: none"> • Rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale • Sentimenti di colpa 	Evitare biasimi e dare sostegno per una critica maturazione di accaduto e circostanze scatenanti

rivela impossibile, il medico deve accettare il fatto che il paziente non ammetta le sue ragioni e rimanga ostile, senza mostrare rancore verso il paziente. Può essere utile esprimere rammarico per la conclusione del colloquio senza un accordo, dimostrando comunque disponibilità ad offrire quando richiesto la propria assistenza.

Se l'aggressività del paziente si mostra crescente può essere utile ridefinire il problema ed eventualmente accettare in modo strategico la scelta del paziente.

Situazioni ad alto rischio di violenza improvvisa sono la comunicazione al paziente che si intende trattenerlo o trattarlo contro la sua volontà (TSO) e la sua espressa convinzione delirante che stia per accadere qualcosa di pericoloso.

Se il paziente esprime l'intenzione di lasciare lo studio medico, non

bisogna opporsi al suo allontanamento od ostruirgli la via d'uscita perché ciò potrebbe scatenare una reazione violenta, a meno che non si intenda procedere con un TSO, nel qual caso è utile prima allertare personale di supporto e le forze dell'ordine.

La gestione dell'aggressività e dei disturbi del comportamento in fase acuta comprende dunque interventi relazionali con tecniche di de-escalation e poi eventualmente un trattamento farmacologico di rapida tranquillizzazione (tabella 2) per ridurre i disturbi, il rischio di comportamenti violenti autolesivi o verso terzi e il ricorso al TSO per cure indifferibili, previsto dagli artt. 34 e 35 della legge 833/1978 con richiesta di intervento delle forze dell'ordine e allertamento del medico accettante della struttura individuata per l'eventuale ricovero.

► Gestione cronica dell'aggressività

Fattori comuni che inducono a provare rabbia sono gli errori di giudizio definiti distorsioni cognitive, la rigidità di pensiero con tendenza a considerare le proprie preferenze come bisogni assoluti o doveri anche per gli altri, la tendenza ad attribuire le proprie mancanze alla situazione e le mancanze degli altri a comportamenti personali negativi intenzionali ed egoistici. Il training delle Abilità Sociali e dell'Autocontrollo è un programma psicoterapeutico di gruppo consigliabile a chi è consapevole e motivato a migliorare a lungo termine le capacità personali di rapportarsi con gli altri.

Bibliografia disponibile a richiesta

Tabella 2

Trattamento acuto dell'aggressività nell'adulto: opzioni farmacologiche di tranquillizzazione rapida

Via di somministrazione	Farmaci
Terapia orale (via preferibile)	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazepam 1-2,5 mg o delorazepam 1-2 mg se già in terapia con antipsicotici (ripetere dopo 45-60 min) • Se in terapia con antipsicotici con ECG nella norma somministrare l'AP in uso cronico • Prometazina 25 mg
Terapia intramuscolare	<ul style="list-style-type: none"> • Delorazepam 2-5 mg 1 f (tenere a disposizione flumazenil) • Prometazina 50 mg • Aloperidolo 5 mg 1 f (farmaco im di ultima scelta per alto rischio di distonia acuta e QT allungato; associabile a prometazina). Ripetere dopo 30-60 min
Terapia endovenosa	<ul style="list-style-type: none"> • Diazepam 10 mg 1 f in almeno 10 min, ripetere dopo 5-10 min (max 3 volte); tenere a disposizione l'antidoto flumazenil
Avvertenze	Di norma è possibile contattare lo psichiatra reperibile tramite tel. 112 per un consulto. Le benzodiazepine non sono di prima scelta nei disturbi acuti del comportamento in età geriatrica e nell'adolescenza. Nei disturbi comportamentali acuti da demenza può essere utile promazina (25 gtt = 50 mg) o l'antipsicotico clotiapina (10 gtt=33 mg) preferibilmente per via orale. Nell'età evolutiva si utilizzano antipsicotici atipici su prescrizione specialistica. Dopo sedazione bisogna monitorare i parametri vitali (FC e respiratoria, PA, temperatura e saturazione O2).

Linee guida NICE 2015, integrate

Key Points: come comportarsi nel colloquio con paziente aggressivo

Postura e linguaggio corporeo

1. Avvicinarsi al paziente mostrando un atteggiamento tranquillo e rilassato, senza tenere le braccia conserte o le mani in tasca: tenere le mani in vista rassicura il malato, poiché si dimostra di non nascondere nulla e di non avere potenziali armi con sé.
2. Non volgere mai le spalle al paziente ed evitare di posizionarsi di fronte a lui: dargli le spalle può scatenare manifestazioni di rabbia e rendere l'operatore un facile bersaglio. È consigliata una posizione ad angolo che comunica più disponibilità al dialogo e favorisce un più rapido allontanamento in caso di violenza.
3. Mantenere il contatto oculare, senza fissare il paziente e incoraggiare l'utente a sedersi, ma in caso di rifiuto si raccomanda anche al sanitario di rimanere in piedi.
4. Non sorridere, gesticolare e, soprattutto, non toccare il paziente: questo tipo di comportamenti possono assumere significati ostili per l'utente. La distorsione cognitiva attuata da persone agitate porta a fraintendere il contatto fisico come minaccioso, il sorriso come derisione e il gesticolare come segno irritante di agitazione.

Il sanitario deve mostrare autocontrollo

1. Rispondere con la massima calma, dimostrando di avere la situazione sotto controllo.
2. Non rimproverare il paziente: spesso non è cosciente dell'irrazionalità delle sue azioni. La sua rabbia è una manifestazione del suo disagio e della sua paura.
3. Non simulare indifferenza: la minimizzazione può aumentare l'aggressività del paziente.
4. Essere empatico con i sentimenti ma non con i comportamenti: è necessario fargli capire l'intenzione di comprendere il suo disagio, offrire aiuto, ma che non sono accettabili comportamenti violenti o minacce.
5. Qualsiasi intervento ponderato deve essere fatto con fermezza, con il coinvolgimento del paziente, spiegandogli limiti e ruoli in modo autorevole, senza diventare mai aggressivi.
6. Essere molto rispettosi verso il paziente: il paziente agitato è sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto. Bisogna fargli capire che non è necessario che sia lui a mostrarci che deve essere rispettato.
7. Non stare sulla difensiva: commenti e insulti, anche se diretti al sanitario, non devono essere personalizzati e serve difendere se stessi o il proprio ruolo dalle accuse.

Comunicazione e linguaggio verbale

Parlare chiaramente e lentamente, con tono di voce pacato e rassicurante: spesso il paziente tende a percepire più il tono che il contenuto e un tono rassicurante può ridurre l'aggressività

1. Chiamare sempre per cognome il paziente: è segno di rispetto e di attenzione.
2. Ascoltare tutto ciò che il paziente dice, anche se incoerente, senza polemizzare: facilita un dialogo produttivo per trovare le ragioni della sua aggressività e le cause scatenanti.
3. Mostrare disponibilità all'ascolto, riutilizzando nella comunicazione le parole del paziente: dimostra al paziente che il sanitario lo sta ascoltando con l'intenzione di aiutarlo.
4. Porre il paziente davanti a scelte alternative: si distrarrà il soggetto dal problema principale, poiché tutta la sua attenzione sarà rivolta altrove.
5. Focalizzare il dialogo nel cercare di rispondere all'esigenza immediata del paziente, in modo che lui comprenda che il sanitario sta cercando veramente di aiutarlo.
6. Rispondere alle domande in modo selettivo: a tutte le domande si deve rispondere con un contenuto di informazione, senza curarsi di quanto aggressivamente siano state poste. Non rispondere invece a domande provocatorie e insulti.
7. Cercare di entrare in contatto con il paziente a livello cognitivo: ad esempio, invece di chiedere "mi dica come si sente" si può usare una formula come "mi aiuti a capire quello che mi vuole dire" in modo da impegnare il paziente a spiegare ciò che vuole che il sanitario sappia.