

# **Il ruolo dell'infermiere fra contenzione e contenimento della crisi in SPDC:**

## **una esperienza di monitoraggio e prevenzione degli agiti aggressivi**

Paolo Barelli, IP DAI\* \*\*  
Lucia Bosetti, IPAFD\*  
Aurora Casagrande IP\*

\* Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale S. Chiara, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

\*\* Docente di Infermieristica Clinica in Igiene Mentale, Diploma Universitario per infermiere, Università di Verona, polo di Trento.

### **Introduzione**

Lo studio vuole essere la prima tappa di un processo di miglioramento della qualità assistenziale (VRQ) all'interno del SPDC di Trento, diretto a contenere il fenomeno dell'aggressività.

Lo studio nasce dalla esigenza di controllare il fenomeno degli agiti aggressivi all'interno del SPDC di Trento. Dall'analisi della letteratura si evidenzia che l'agito aggressivo è un evento piuttosto frequente negli SPDC (Vanni et al., 1995) e che provoca un grosso impatto emotivo fra gli operatori (Barelli, 1998; Finnema et al., 1994; Holznecht e Slucca, 1990; Frizzera, 1990; Altschule, 1973). Questi eventi non sono completamente prevedibili. Possono essere infatti rilevati dei segni che sono molto frequentemente presenti prima di un agito aggressivo, ma la loro presenza non è un indice certo di previsione dell'agito stesso, inoltre si possono verificare agiti senza che il paziente abbia manifestato alcun segno premonitore (Whittington R. & Patterson P., 1996; Finnema et al. 1994; Morrison, 1993). Esistono infine molti fattori di rischio attribuibili alla situazione personale del paziente, alla relazione con gli altri ed al contesto nel quale la relazione si svolge (Finnema et al. 1994;). Molti autori sostengono che la prevenzione degli agiti sia possibile cercando di eliminare i fattori di rischio eliminabili, in particolare risulterebbe eliminabile solo il fattore "provocazione" (Blair, 1991; Turnbull, 1990).

Per agito aggressivo si intende una azione violenta fisica o verbale, energica inappropriata e non adattiva, finalizzata al raggiungimento di un interesse personale (Drigo ML. et al, 1993). Si considera l'aggressività la risposta di una persona a esperienze di paura e frustrazione (Betti e Di Fiorino, 1997).

Per provocazione si intende qualsiasi situazione contestuale o di relazione che limiti la libertà del soggetto inducendo nello stesso la percezione di una sensazione di pericolo.

L'ipotesi dello studio si fonda sulla possibilità di controllare gli agiti aggressivi attraverso l'individuazione ed il controllo dei fattori di provocazione percepiti dagli utenti del SPDC di Trento.

Lo studio si propone di descrivere il fenomeno degli agiti aggressivi nel SPDC di Trento e di individuare i fattori di provocazione percepita correlati agli agiti più importanti.

In questa sede vengono riportati i risultati dello studio pilota.

## Materiali e metodi

Lo studio pilota è stato condotto nel periodo 15 Gennaio - 15 Aprile 1998, dal personale infermieristico del Servizio Psichiatrico di Diagnosi dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Campione

Allo studio sono stati ammessi tutti gli episodi di aggressione con punteggio della scala MOAS (vedi oltre) pari o superiore a 2, verificatisi nel periodo dal 15.01.1998 al 15.04.1998. Il totale degli agiti rilevati è stato di 63; gli aggressori sono risultati essere 10 (5 maschi e 5 femmine), su un totale di 104 pazienti ricoverati nel periodo considerato.

## Strumenti

E' stato condotto uno studio su due livelli. Il primo è teso a descrivere le singole variabili: agiti e provocazione. Il secondo è teso a verificare la correlazione tra i due fenomeni al fine di identificare il fattore di maggiore incidenza nello scatenare un agito aggressivo, e quindi prevenirlo.

### Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta

Gli agiti sono stati misurati attraverso l'utilizzo della "Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta" (MOAS), come pubblicata su Krupnick e Wade (1996) leggermente modificata nella sezione relativa ai dati generali. Questo è uno strumento standardizzato atto a determinare la gravità dell'aggressione e la sua natura. Ad un punteggio più alto corrisponde una maggiore gravità dell'agito. Vengono prese in considerazione quattro categorie di aggressione: verbale, contro la proprietà, contro sé stessi, fisica (fig. 1).

**Fig.1 – Categorie della Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta (MOAS)**

<b>Aggressione Verbale</b> Ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica. 0 = Non manifesta alcuna aggressione verbale 1 = Urla con rabbia, impreca in maniera non pesante o formula insulti personali 2 = Impreca con violenza, usa insulti pesanti ed ha scoppi d'ira 3 = Minaccia con furore azioni violente contro gli altri e contro sé stesso 4 = Minaccia ripetutamente o deliberatamente azioni violente contro gli altri o contro sé stesso (in modo tale da ottenere denaro o prestazioni sessuali)	<b>Aggressione contro la proprietà</b> Distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui 0 = Non attua azioni aggressive contro la proprietà 1 = Sbatte porte con rabbia, strappa gli indumenti, urina sul pavimento 2 = Sbatte a terra oggetti, da calci ai mobili, rovina le pareti 3 = Rompe oggetti, rompe i vetri delle finestre 4 = Appicca incendi, scaglia oggetti con violenza
<b>Aggressione contro sé stessi</b> Lesioni fisiche verso sé stessi (es. auto mutilazione o tentativi di suicidio) 0 = Non manifesta alcun gesto aggressivo contro sé stesso 1 = Si pizzica o si tormenta la pelle, si tira i capelli, colpisce la propria persona (senza provocare lesioni) 2 = Sbatte la testa o i pugni contro le pareti, si butta a terra 3 = Si procura piccoli tagli, bruciate, escoriazioni o lividi	<b>Aggressione fisica</b> Azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte 0 = Non attua forme di aggressione fisica 1 = Compie gesti di minaccia, spinge le persone, ne afferra gli abiti 2 = Picchia, da calci, spinge, graffia, tira i capelli (senza causare lesioni) 3 = Attacca gli altri provocando lesioni lievi (es. contusioni, distorsioni o lividi)

4 = Si procura lesioni gravi o tenta il suicidio

4 = Attacca gli altri provocando lesioni gravi ( es. fratture, rottura di denti, tagli profondi, perdita di coscienza)

A ciascuna sezione corrisponde un punteggio ponderato che permette l'analisi della gravità di ciascuna sezione e, sommando fra loro i punteggi, una valutazione della gravità complessiva.

**Fig.2 – schema di riepilogo dei punteggi MOAS**

Scala	Punteggio scalare	Coefficienti di ponderazione	Punteggio ponderato
Aggressione verbale	_____	X 1 =	_____
Aggressione contro la proprietà	_____	X 2 =	_____
Aggressione contro sé stessi	_____	X 3 =	_____
Aggressione fisica	_____	X 4 =	_____
Punteggio complessivo		=	

### **Analisi standardizzata della provocazione**

La provocazione è stata misurata attraverso l'Audit delle cartelle infermieristiche degli aggressori, utilizzando una griglia per la rilevazione della provocazione (GRP) costruita dal gruppo di ricerca attraverso l'analisi della letteratura ed il brainstorming.

La GRP prevede la individuazione di alcuni fattori di provocazione raggruppati in 2 differenti categorie:

1. Provocazione Relazionale
2. Provocazione dell'Organizzazione.

Ciascuna categoria analizza la presenza o assenza di alcuni fattori individuati come possibili provocazioni. La griglia viene compilata rilevando i dati sulle cartelle infermieristiche degli aggressori, sulla registrazione dei turni di servizio del personale e sul registro delle presenze giornaliere dei degenti. La griglia è stata sperimentata su un numero iniziale di 5 agiti, e quindi revisionata attraverso una discussione all'interno del gruppo di ricerca.

## **Risultati e Discussione**

### **Agiti aggressivi**

Nel periodo di osservazione si sono rilevati 63 agiti effettuati da 10 pazienti dei quali 5 maschi e 5 femmine, tuttavia i maschi hanno effettuato complessivamente 43 agiti e le femmine 20. 5 pazienti hanno avuto massimo 2 agiti ciascuno, mentre 2 pazienti hanno avuto 4 o 5 agiti, gli altri tre pazienti hanno avuto rispettivamente 9, 11 e 25 agiti.

Nell'arco delle ventiquattro ore si è registrata una distribuzione pressoché costante degli agiti nel periodo dalle 2.15 alle 22.30, uno o due agiti in ciascuna ora, ad eccezione di un

picco di 5 agiti alle 7.00.

Gli agiti hanno avuto un punteggio MOAS complessivo compreso fra 2 e 19 punti con una media pari a 9.11 (ds 3.79). E' stata inoltre eseguita una analisi dei punteggi relativi alle specifiche sezioni della scala (aggressività verbale, autodiretta, diretta verso cose, fisica) considerando i valori non ponderati. I valori sono compresi da un minimo di 0 ad un massimo per sezione di 4 punti.

Si sono registrati 46 episodi di aggressività verbale (73% delle schede compilate), in 17 casi si sono manifestati agiti con aggressività manifesta di categoria superiore, in assenza di manifestazioni verbali. Il 50% delle aggressioni verbali (24) ha avuto intensità 2, ed in nove casi (19.6%) è stato raggiunta intensità 3. La media dell'intensità delle aggressioni verbali si è comunque attestata sull'1.89 (ds 0.71).

Si sono registrati 4 episodi di aggressività autodiretta (6.4% dei casi), di intensità non ponderata pari a 2 in due casi e 1 in altri due casi.

Si sono registrati 21 episodi di aggressività diretta contro la proprietà, con una intensità media pari a 1,76; in sedici casi si è registrata una intensità pari a 2 ed in solo 5 casi pari ad 1.

Le aggressioni fisiche sono risultate essere le più frequenti in assoluto (51 episodi). La maggior parte dei casi (31, pari al 60.8%) ha avuto una intensità pari a 2, ed in 8 casi (15.7%) si è avuta una intensità pari a 3.

### ***Analisi dei fattori di provocazione***

I casi utilizzati per la valutazione dei fattori di provocazione sono stati 58. L'analisi della GRP non ha fatto emergere alcuna significatività per quanto concerne la numerosità dei degenti presenti in reparto, la durata del ricovero dell'aggressore né per la numerosità e il sesso degli operatori presenti al momento dell'aggressione.

Le due categorie di provocazione sono state analizzate sia nella loro complessità che suddividendole in sottocategorie, come indicato di seguito:

**fig. 3 – Categorie della provocazione**

a) Provocazione Relazionale	a.1 – presenza di allucinazioni e/o delirio a.2 –relazione fra degenti; a.3 - relazione degli operatori; a.4 - relazione con terze persone;
b) provocazione organizzativa	b.1 – programmi che prevedono limitazioni della libertà personale; b.2 – programmi poco definiti;

Il valore della provocazione è dato dalla compresenza di più fattori di provocazione, dove 0 rappresenta l'assenza di fattori e 11 rappresenta il massimo della presenza di fattori di provocazione.

Nello studio si sono evidenziati fino ad un massimo di 6 fattori compresenti. Tuttavia la media dei fattori compresenti sia 2.63% (ds 1.28), nell'83.3% dei casi rientrano tutti gli episodi che hanno fino ad un massimo di 3 fattori di provocazione compresenti.

I fattori prevalentemente riscontrati relativamente alla categoria "Provocazione Relazionale" sono descritti nella tab. 1.

**Tab. 1 – Fattori di Provocazione Relazionale**

<b>Fattore di Provocazione Relazionale</b>	<b>N° (58 agiti)</b>	<b>%</b>
Presenza di sintomatologia attiva nell'aggressore (delirio e/o allucinazione)	30	51,7%
Provocazione da parte del personale (imposizione regole o limiti e richiami alla realtà)	24	41.4%
Provocazione da parte di terzi (familiari in visita)	15	25.9%
Provocazione da altri pazienti allucinati o deliranti	7	12.1%

I fattori prevalentemente riscontrati relativamente alla categoria "Provocazione Organizzativa" sono descritti nella tab. 2.

**Tab. 2 – Fattori di Provocazione Organizzativa**

<b>Fattore di Provocazione Organizzativa</b>	<b>N° (58 agiti)</b>	<b>%</b>
<b>B1. limitazione della libertà</b>		
Limitazione delle uscite	56	96.6%
Limitazione nel fumo	9	15.5%
Limitazione nell'uso del denaro	8	13.8%
<b>B2. Definizione del programma</b>		
Scarsa o mancata definizione degli atteggiamenti da adottare nei confronti del paziente da parte degli operatori	9	15.5%
Scarsa o mancata definizione di un obiettivo del ricovero	7	12.1%
Scarsa o mancata informazione del paziente circa gli obiettivi del ricovero	7	12.1%
Ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.)	6	10.3%

### **Correlazione degli agiti con i fattori di provocazione**

Si è tentato quindi di identificare se esistesse la correlazione fra quantità di fattori di provocazione e loro caratteristica e intensità degli agiti aggressivi, attraverso la determinazione della curva di regressione.

Complessivamente si è notata una modesta correlazione fra numerosità di fattori di provocazione e intensità degli agiti ( $r=0.21$ ). Tuttavia, data l'esiguità del campione disponibile, non si è avuta una significatività statistica ( $f=2.42$ ), scarsa significatività si è avuta anche in molte delle analisi sulle sottocategorie di provocazione. Si ritiene tuttavia di superare questo aspetto con l'ampliamento del campione considerato. Se il dato fosse confermato significherebbe che effettivamente i fattori di provocazione osservati svolgono un ruolo attivo nello scatenare un agito, e che più alto è il numero di fattori di provocazione presenti, più violento è l'agito.

La correlazione con la categoria di fattori di provocazione relazionale in generale non è risultata particolarmente intensa ( $r= 0.14$ ). Appare tuttavia importante l'intensità di correlazione dei fattori di provocazione "fra degenti" ( $r=0.27$ ;  $f=4.20$ ) e dei fattori di provocazione di "terze persone" ( $r=0.22$ ;  $f=2.51$ ). Se ciò fosse confermato si vedrebbero come fattori importanti nello scatenare agiti i rapporti con degenti disturbati e terze

persone (che prevalentemente sono familiari in visita).

Risulterebbe invece che le imposizioni di regole e richiami alla realtà da parte del personale non siano correlati agli agiti ( $r=0.08$ ;  $f=0.31$ ). Questo è probabilmente dovuto alla modalità assertiva ed accogliente adottata dagli operatori nella relazione con gli utenti.

La correlazione dei fattori di provocazione organizzativi è risultata abbastanza interessante ( $r=0.23$ ;  $f=2.95$ ), ed in particolare risultano di grossa rilevanza, dato statisticamente significativo, i fattori relativi a programmi che implicano la limitazione della libertà personale ( $r=0.30$ ;  $f=5.56$ ). Il fattore più rilevante in quest'ambito è risultato essere la limitazione delle uscite.

La scarsa definizione dei programmi non inciderebbe sulla entità dell'agito ( $r=0.03$ ;  $f=0.04$ ).

## **Discussione**

La nostra attenzione si è rivolta a quei fattori di rischio situazionali ed interazionali, consci del fatto che questi sono i fattori presenti nelle nostre istituzioni psichiatriche e fiduciosi che si possano modificare.

Dallo studio pilota sono emersi quali più significativi tra i fattori di provocazione correlati ad agiti aggressivi:

1. la relazione tra degenti,
2. la relazione con terze persone,
3. la limitazione della libertà.

### ***La relazione tra i degenti.***

Nella nostra esperienza si è verificato che frequentemente il paziente con una grossa carica di impulsività, inizialmente la scarichi su altri pazienti. Il personale infermieristico gestisce attraverso alcuni interventi le dinamiche interpersonali a rischio che si instaurano tra degenti:

1. gestire flessibilmente l'assegnazione della stanza e del posto letto, lavorando per incentivare relazioni di mutuo aiuto in pazienti affini, e distanziando pazienti con sintomatologia positiva acuta;
2. incontri di gruppo con e tra pazienti coinvolti in eventuali incomprensioni o litigi sia preventiva, qualora si avvisi la presenza di incomprensioni, ma anche successiva per fermare l'escalation degli agiti tra pazienti;

### ***Relazione con le terze persone***

La presenza in reparto di persone esterne riguarda prevalentemente familiari di degenti. Bassi (1991) ha evidenziato l'importanza tra i rapporti tra familiari, paziente e staff curante al momento del ricovero, soprattutto per episodi psicotici acuti al primo ricovero. Egli rileva come molto importante il processo di supporto ed informazione alla famiglia sin dal primo

contatto, riducendo così la chiusura psicologica tra il paziente e la sua famiglia ed il conseguente isolamento paranoicale del paziente.

Il personale infermieristico che assista alla relazione con i familiari, quando il paziente lo permette, può cogliere importanti osservazioni, essere di supporto ad entrambi, può farsi facilitatore di comunicazione. Questo a patto che l'intervento sia concordato e gestito insieme all'intero staff curante ed ai familiari.

### ***Programmi che prevedono la limitazione della libertà***

La delimitazione muraria e le porte chiuse a chiave della maggior parte dei nostri SPDC possono rappresentare simbolicamente e di fatto una limitazione della propria libertà individuale. Per altri versi sono un confine protettivo e rassicurante che pone un freno all'angoscia di frammentazione degli psicotici. Il paziente in reparto può permettersi l'esplosione, certo che la stessa troverà un contenimento. Si è visto che programmi molto rigidi di controllo (soldi, sigarette, uscite) in fase iniziale possono essere di aiuto a ristabilire un minimo di compenso. Se non modificati nel tempo, in base all'evoluzione del caso ed alle osservazioni che il personale infermieristico registra con il passare del tempo, i programmi possono divenire elementi di provocazione al vivere dentro l'istituzione.

## **Conclusioni**

Le aree focalizzate dalla ricerca come più significative sono aree assistenziali dove il personale infermieristico ha una discreta autonomia di gestione/intervento. Lo studio che stiamo conducendo ci permette di riflettere e formulare delle ipotesi di miglioramento qualitativo per quei fattori di rischi situazionali e interazionali presenti in reparto con la consapevolezza che, sebbene non emerga dai dati raccolti, il nostro agire può essere elemento di provocazione.

### ***Ringraziamenti***

Si ringrazia per collaborazione nella raccolta dei dati tutto il personale infermieristico del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale S. Chiara di Trento, nonché il personale medico dello stesso servizio per la disponibilità dimostrata al sostegno del progetto.

## Bibliografia

2. Altschul A. (1973) *Psychiatric Nursing*. IV<sup>a</sup> ed. (I<sup>a</sup>ed. 1954 ) Baillière Tindall - London;
3. Barelli P. e Sansoni J (1998) L'esperienza dell'infermiere al contatto con la violenza nella crisi psicotica: un esempio di ricerca qualitativa. *Professioni infermieristiche*, 51(1), 41-47;
4. Bassi M. (1991) I rapporti tra familiari, paziente e staff curante nel momento del ricovero. *Atti del convegno "Giornate Psichiatriche di Folgaria"*;
5. Betti M. Di Fiorino M. (1997) *Psichiatria e igiene mentale, ruolo e funzioni dell'infermiere*. McGraw - Hill, MI;
6. Blaire, D.T. (1991) Assaultive Behavior Does Provocation Being in the Front Office? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(5), pp. 21-26;
7. Drigo et al. (1993) *Clinica e Nursing in psichiatria*. CEA, MI;
8. Finnema E.J., Dassen T. e Halfens R. (1994) Aggression in Psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 19, pp. 1088-1095;
9. Frizzera P. (1990) L'esperienza dell'infermiere psichiatrico. Atti della giornata di studio: infermieri in psichiatria quali prospettive?. Collegio IPASVI, Trento;
10. Holznecht P. e Slucca S. (1990) Paura e burn – out nell'esperienza dell'operatore psichiatrico. Atti della giornata di studio: infermieri in psichiatria quali prospettive?. Collegio IPASVI, Trento;
11. Krupnick S.L.W. e Wade A.J. (1996) *Piani di assistenza in psichiatria*. McGraw - Hill, MI;
12. Morrison, E.F. (1993) A Comparison of Perceptions of Aggression and Violence by Psychiatric Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 30 (3), pp. 261-268;
13. Turnbull, J. et al. (1990) Turn It Around: Short-Term Management For Aggression And Anger. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 28(6), pp 7-13;
14. Vanni A., Ferioli V., Masina L., Peron L., Zucconi M. (1995) Comportamenti violenti e verifica della qualità in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. *Rivista sperimentale di freniatria*. **CXIX**(6), PP. 1113-1133;
15. Whittington R. & Patterson P. (1996) Verbal and non-verbal behaviour immediatly prior to aggresion by mentally disordered people: enhancing the assesment of risk. *Journal of Psychiatric ahnd Mental Health Nursing*. 3, pp 47-45;