

Riflessioni sulle matrici di “acting-out” aggressivo in PS e possibili interventi di prevenzione

Laura Nardi, Roberto Recupero*

Psicologa, psicoterapeuta

*Responsabile UO Pronto Soccorso PO di Ciriè (To)

SINTESI

Gli ospedali devono sviluppare un programma di prevenzione degli eventi aggressivi. È necessario formare gruppi di lavoro multidisciplinari per identificare i fattori di rischio ed elaborare strategie per la prevenzione e la gestione. È indispensabile sensibilizzare e formare in modo adeguato il personale sanitario relativamente al rischio di subire aggressioni

ed alle strategie comportamentali da adottarsi per ridurlo. L'organizzazione ospedaliera deve attivare sulla base di precise e predisposte procedure gli immediati supporti fisici, legali e psicologici per la gestione del post-evento (argomento specificatamente trattato in un'altra comunicazione da parte degli stessi Autori).

Obiettivi

Il presente lavoro si propone di:

- fornire una definizione e distinzione dei termini aggressività, rabbia, acting-out aggressivo;
- delineare un sintetico excursus delle 6 teorie attualmente più significative relative in particolare al tema delle matrici e funzioni degli agiti aggressivi;
- richiamare l'attenzione ai dati statistici, che ne segnalano una forte crescita negli ultimi anni, sia in Italia che all'estero;
- suggerire un modello interpretativo degli acting-out in Pronto Soccorso, capace di rispettare la natura probabilistica e multifattoriale del fenomeno;
- riprendere l'indicazione della “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, pubblicate dal Ministero della Salute nel novembre 2007¹ in risonanza alle linee guida del *National Institute for Occupational*

- Safety and Health*². Gli episodi di aggressione all'interno di un Servizio Sanitario – viene specificato in questi documenti – devono essere considerati “eventi sentinella”, cioè possibili indicatori di punti critici in cui il sistema può fallire o essere “attaccato”. In tal senso, essi devono stimolare una verifica degli aspetti relazionali, organizzativi, strutturali e ambientali, incluse le attività di informazione e formazione del personale, la costruzione di prassi e procedure d'intervento a tutela degli operatori, l'attivazione degli strumenti di supporto per le vittime dell'atto violento;
- suggerire accorgimenti utili per la prevenzione.

Definizioni

L'aggressività

L'aggressività è una delle principali forme di energia, motrici del comportamento umano. Tutela, quando indispensabile, l'autoconservazione, la sopravvivenza psichica (richiesta di rispetto e rico-

noscimento per il nucleo del sé, la propria autodeterminazione e libertà personale), il possesso delle proprie risorse e oggetti (pensiamo all'importanza di questo aspetto nella relazione tra classi sociali o tra nazioni), la propria collocazione nella gerarchia relazionale e sociale, il rispetto delle persone care. L'aggressività intersecata con l'istinto di vita, assume dunque una importante valenza sia come energia di affermazione positiva, sia come capacità difensiva della propria identità fisica, psichica e sociale.

Quando essa si interseca con l'odio e l'istinto di morte esita invece in distruttività, sopraffazione, desiderio di annientamento psichico o fisico dell'altro. È dunque qualcosa con cui tutti noi ci confrontiamo quotidianamente nella realtà relazionale dell'esistenza. È una compagnia consueta anche nel lavoro in Pronto Soccorso, in quanto terminale delle istituzioni ospedaliere. Infatti, ogni Pronto Soccorso nella sua dimensione professionale e relazionale permeata dalla poliedricità, complessità e turbolenza propria dei fenomeni sociali, incontra quotidianamente dolore, sofferenza, angoscia di morte, bisogni ed aspettative variegati che chiedono di essere soddisfatti, in un contesto segnato da disparità di potere. È inevitabile ricordare che gli operatori che svolgono all'interno di questa tipologia di organizzazione compiti, funzioni e ruoli di cura sono anch'essi portatori di energia, creatività, competenza, ma talvolta anche di stanchezza, delusione e rabbia. L'incontro relazionale tra colleghi di lavoro e quello tra operatori e pazienti all'interno dell'organizzazione si configura dunque come «contenitore in cui stanno fisiologicamente e strutturalmente opportunità e rischi per tutti i soggetti coinvolti. Le identità possono essere riconosciute e arricchite o, al contrario, negate e offese»³.

Le reazioni aggressive possono celare, come vedremo, aspetti difensivi e intimidatori, qualora nell'interazione compaiano assenza di riconoscimento e ascolto, oppure intrusioni o abusi di potere (reali o presunti), in particolare quando sussista una compromissione o alterazione delle capacità critiche o delle possibilità di controllo emozionale.

La rabbia

Quando la spinta aggressiva e di affermazione di sé non può giungere all'obiettivo, perché frustrata nella sua meta o bloccata, può generare rabbia. La rabbia è un'emozione che sia dal punto di vista fisiologico sia psicologico attiva dei meccanismi che predispongono all'aggressione. Perché questa si realiz-

zi all'interno di un contesto pubblico quale un Pronto Soccorso sono necessarie alcune condizioni specifiche, di cui più oltre ampiamente si dirà. Certamente la brutalità dell'impulso deve travalicare le capacità di controllo ed autocontenimento del soggetto, il comportamento dell'interlocutore finisce per essere caricato di plurimi e arcaici significati e l'interlocutore stesso viene per lo più de-umanizzato, scindendone gli aspetti positivi da quelli negativi, così da potersi scagliare contro questi ultimi con tutta la violenza possibile. Lira, come da sempre si dice, è cieca, e sin dai tempi del Pelide Achille e dell'Orlando Furioso, fa uscire di senno.

L'acting-out aggressivo

Il *National Institute of Occupational Safety and Health* definisce come acting-out aggressivo «ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro» e ne sottolinea i possibili gravi esiti². Essi possono andare dal trauma psicologico, che – se non trattato – può esitare in una sindrome post-traumatica da stress, all'induzione di *burn-out*, a ferite corporee più o meno gravi sino ad invalidità temporanea o permanente ed alla morte. La gravità della reazione psicologica non è sempre correlata alla gravità oggettiva dell'evento e questo è un dato importante da conoscere, poiché rispetto alle possibilità di rielaborazione dell'accaduto possono entrare in campo molteplici variabili personali. Inoltre, le conseguenze possono interessare non solo le persone direttamente coinvolte, ma anche chi si trova esclusivamente ad assistere. Infine non vanno sottovalutate le possibili ricadute sul gruppo di lavoro e sull'organizzazione, come l'introversione dell'aggressività tra colleghi di lavoro con acuirsi delle conflittualità relazionali interne o con la direzione, un aumento generale dello stress, il rifugio in atteggiamenti burocrattizzati e difensivi, il diffondersi di *burn-out*, la crescita del *turn-over* ecc. Fortunatamente però il vero e proprio agito violento, il passaggio all'atto, è di pochi.

I Contributi della teoria

Le teorie che spiegano perché certe persone agiscono o perché in certe circostanze più facilmente che in altre accadono agiti violenti sono di varia matrice e natura.

Le raccoglieremo qui in questa sintetica classificazione:

- teorie organiciste;
- teorie etologiche;

- teorie frustrazione/aggressività;
- teorie dell'apprendimento sociale;
- teorie sociologico-ambientali;
- teorie ad orientamento psicoanalitico;
- teorie specificatamente attente alle persone portatrici di "stati limite" o *border-line*.

Ciascuna fornisce importanti contributi per la comprensione degli agiti violenti⁴ anche se oggi, in realtà, si tende a dare di questi ultimi una lettura multifattoriale, che vede in causa tutti i differenti aspetti illuminati da vari approcci, mentre ciò che varia è il peso che viene attribuito ora agli uni, ora agli altri.

Le *teorie organicistiche* da sempre evidenziano la presenza di tratti costituzionali. Oggi, attraverso i contributi delle neuroscienze sappiamo in realtà che:

- l'aggressività è un'emozione che vede attivarsi il sistema limbico e l'ipotalamo;
- la maggior o minor assenza di alcuni neurotrasmettitori od ormoni modifica la reattività dei soggetti;
- l'agire l'aggressività è connesso ad un venir meno della regolazione emozionale causato da un non adeguato sviluppo o dalla compromissione del funzionamento delle aree pre-frontali e frontali, adibite appunto alla regolazione affettiva ed al controllo.

Come a tutti noto, inoltre, le sostanze psicotrope sono in grado di modificare la percezione e la reattività e l'alcool di inibire il funzionamento delle aree che presiedono al controllo dell'aggressività. Infine non mancano i collegamenti agli studi genetici che registrano tra le persone drammaticamente aggressive (criminali ecc.) la presenza di un doppio cromosoma Y con frequenza maggiore rispetto alla popolazione di controllo.

Tutte queste teorie tracciano dunque basi organiche e costituzionali della maggior o minor tendenza al passaggio all'atto⁵ e spiegano perché l'assunzione di sostanze e di alcolici possa favorirle, come è esperienza ben nota a tutti gli operatori di Pronto Soccorso.

Le *teorie etologiche* sottolineano le similitudini tra il comportamento animale e quello acquisito su base filogenetica dall'uomo. Quest'ultimo passerebbe all'atto in situazioni dove viene minacciata la sopravvivenza fisica, lesa la posizione nel branco (assimilabile al gruppo sociale di appartenenza), calpestato il riconoscimento di sé. Se ci riflettiamo sopra, la persona che entra in un Pronto Soccorso rischia di essere trasformato in

paziente (nel senso etimologico del termine, che è participio presente del latino *patior* = "che patisce", "che tollera pazientemente"), con un'esperienza così repentina come in poche altre circostanze di vita.

Gli etologi e gli studiosi del comportamento umano ci ricordano che esistono alcune reazioni adattive, istintive e innate, intrinseche alla natura dell'essere umano⁶.

Il dolore e la sofferenza fisica e psichica stimolano queste risposte innate, tra cui sono contemplate:

- l'esigenza della fuga, come forte risposta motoria istintiva per allontanarsi, almeno con la speranza e per quanto possibile fare, dalla fonte e origine del dolore;
- l'immediata eliminazione della fonte del dolore stesso, laddove immediata significa che non tollera attesa, né lista di attesa;
- la percezione della propria fragilità e l'attivazione di conseguenti meccanismi difensivi, che spaziano dal rifugio nella negazione e nell'onnipotenza alla regressione nella totale dipendenza;
- il bisogno di contenimento;
- il bisogno di avere vicino le proprie figure di attaccamento;
- il bisogno di percepire il rispetto della propria dignità fisica e psichica.

In Pronto Soccorso il *paziente* diviene tale con grande velocità, appena varcato l'ingresso. Deve controllare le risposte motorie, confinate in uno spazio limitato, quando nei pochi metri quadri di una barella, gli viene chiesto di porre a tacere l'egocentrismo ("è il mio il problema più grande") per capire il civile e altruistico linguaggio di codici verdi gialli e rossi; deve spesso tollerare ulteriore dolore per rimuovere il dolore. Deve consegnare il "controllo della situazione" nelle mani di personale medico che spesso non ha mai visto, obbedire alle indicazioni, sopportare di frequente la messa in gioco della sua intimità psicologica, fisica e talvolta sociale. Mediare con i bisogni di contenimento, attaccamento (poiché non sempre può risultare presente un *care-giver*), ascolto e riconoscimento.

In queste condizioni egli deve poter disporre di un Io funzionante, sufficientemente maturo, capace di controllare le proprie reazioni emotive e gli inevitabili livelli di espressione della risposta aggressiva, esito qui – dunque – di un istinto vitale e di auto-protezione. Talvolta, come tutti sappiamo, questa richiesta è umanamente inconciliabile con il livello di agitazione e sofferenza sperimentato dal paziente, soprattutto se nel luogo dell'attesa egli vie-

ne lasciato solo a fronteggiare la situazione.

La *teoria Frustrazione/Aggressività* esamina i rapporti tra livelli di sollecitazione dei bisogni, delle aspettative, delle attese e successiva frustrazione⁷. Nella realtà di Pronto Soccorso essa invita alla coerenza di comportamenti e norme, (non scevra però della capacità di un'umana flessibilità quando quest'ultima è resa indispensabile da circostanze di particolare gravità). Inoltre segnala come fondamentale l'attenzione a non indurre aspettative non realmente soddisfabili e quella ai tempi e alle condizioni dell'attesa.

Le *teorie dell'apprendimento sociale* sottolineano che il comportamento aggressivo può essere un modo appreso nel proprio contesto di vita per controllare il comportamento degli altri attraverso l'induzione di paura⁸. La spiacevolezza dell'incontro con l'aggressività sollecita la tendenza innata dell'interlocutore ad allontanarla ed evitarla. L'aver ottenuto buoni risultati nell'utilizzare queste strategie comportamentali fa sì che possiamo definire queste "arabbiature di successo", cioè comportamenti aggressivi con cui si ottengono gli scopi più facilmente che con la tolleranza, la perseveranza ed il ragionamento e che quindi tendono ad essere riativate. Attengono a questa categoria i comportamenti intimidatori e le minacce, finalizzate a dimostrare il proprio potere e a spaventare..

Le *teorie sociologico-ambientali* pongono l'attenzione sui temi delle disparità sociali e della distribuzione del potere e sugli effetti dei mass media e la variabile imitativa (certe visioni in TV aprono possibilità di identificazioni o mostrano modelli non conosciuti che, anche perché possono prendere di sorpresa ed esporre a visioni traumatizzanti, possono restare impresse, allargare il repertorio dei comportamenti aggressivi, favorire aspetti di imitazione, assuefazione e deumanizzazione).

Occorre poi sottolineare il variopinto intreccio di culture, tradizioni e significati che va colorando la realtà ormai multietnica dei nostri Pronto Soccorso, rendendo più ardue ad esempio tutte le operazioni di decodifica dei messaggi non verbali e di sintonizzazione. Vi sono degli antecedenti emozionali, cioè degli eventi in grado di scatenare la rabbia per non riconoscimento di sé, lesione reale o percepita di diritti ecc. Occorre però, generalmente, che l'evento o l'intervento sgradito siano percepiti *a)* come non necessari ed evitabili, *b)* come intenzionali ed arbitrari. In un contesto interculturale e multietnico i processi di attribuzione di significato possono essere anche mol-

to differenti tra persona e persona.

Parte allora l'*escalation* della rabbia: azioni ostili, a volte inconsce, che possono rimbalzare, amplificarsi, subire drastici cambiamenti nel vissuto e nei significati attribuiti dall'uno e dagli altri. Come approfondito dagli studi di prossemica, attenti alla comunicazione non verbale, esiste una progressione nell'espressione della rabbia secondo l'indicazione "dal viso alla mano", che nella nostra cultura è tipica ed è così declinabile:

- toni alti, insulti, grida intimidatorie;
- sporgersi in avanti;
- spingere, spintonare;
- aggredire gli oggetti;
- aggredire con le mani;
- aggredire usando oggetti contundenti.

Sebbene le ricerche transculturali evidenziano che il volto dell'ira è universale, è noto che fattori culturali possono ampiamente sovrapporsi provocando delle "mitigazioni" o causando modifiche nella progressione dell'*escalation* di cui sopra. In generale sappiamo che al salire dell'ira:

- i denti si vedono più del solito o la bocca viene fortemente serrata nei tentativi simulati di trattenerli;
- la voce aumenta di volume e intensità, spesso in modo irregolare anche nel fluire (eloquio torrenziale o trattenuto). Possono venire borbottate tra sé e sé frasi sconnesse o con contenuti polemicamente ed aggressivi, indicatore da non sottovalutare mai;
- si verifica un arrossamento, spesso a macchie sul viso;
- possono comparire arrossamenti associati alla dilatazione delle piccole vene della sclera;
- gli occhi protrudono, lo sguardo diventa intenso e centrato sulla persona; in altri casi invece esso viene distolto per cercare l'evitamento e l'attacco di sorpresa;
- le sopracciglia si aggrottano e si avvicinano tendendo ad unirsi al centro e nella fronte compare una ruga orizzontale. Tuttavia i giapponesi mantengono il sorriso spesso fino al momento di massima ostilità, mentre nel mondo arabo così come in altri contesti culturali possono maggiormente comparire come precursori privilegiati di un *acting-out* strategie di evitamento, quali il distogliere lo sguardo, un mutismo ostinato, un incongruo e profondo silenzio ecc.

In realtà è bene per tutti noi ricordare che siamo atavicamente allenati a decodificare il salire dell'ira e della rabbia nella nostra cultura, ma assai meno

in altre.

Può anche essere importante ricordare⁹ che alcuni aspetti sono meno soggetti a modificazione culturale. Essi riguardano:

- la tensione muscolare;
- il torcere le mani o i vestiti;
- movimenti continui poco coordinati o finalizzati (camminare avanti-indietro, girare intorno al letto o a qualche oggetto);
- agitarsi sulla sedia e chiari segni corporei di non riuscire a trattenere l'emotività;
- sporgersi con il corpo in avanti ravvicinando progressivamente la distanza corporea con l'interlocutore.

L'operatore può ovviamente contribuire a fomentare l'interazione disfunzionale e l'*escalation* agendo a sua volta, anche in modo del tutto inconsapevole, le medesime modalità comunicative non verbali.

Le *teorie psicoanalitiche*, il cui affascinante e profondo contributo è qui impossibile sintetizzare (vedi: Freud, Klein, Kohut, e molti altri) sottolineano la forza dell'aggressività come energia di vita, se mitigata e integrata con Eros, cioè con le forze dell'amore, e parlano dei rischi che emergono quando, anche per caratteristiche legate alla struttura di personalità, si perde questa integrazione e si fanno spazio nell'emotività frammentazione e scissioni, dove viene persa la capacità di contenere l'ambivalenza e l'altro diviene il nemico e il male.

Recentemente grande attenzione viene riservata alle teorie che sottolineano la fragilità di un sé ripiegato narcisisticamente su se stesso, per eccesso di privazione o di intrusione o, viceversa, per carenza di consuetudine con la frustrazione. Si tratta di un sé incapace di tollerare qualsiasi ferita narcisistica. L'altro non è vissuto come persona individuata e separata, interlocutore di una relazione interpersonale, perché il soggetto non ha potuto raggiungere la capacità emotiva di stabilire relazioni in cui l'altro è riconosciuto come interlocutore importante e diverso da sé, ma percepisce l'altro come parte di sé anche o soprattutto quando esso non soddisfa le proprie esigenze egocentrate e narcisiste. Da qui il diritto di annientarlo, spogliandolo della sua alterità ed esistenza umana, se si "rifiuta" di assolvere ai suoi fantastici obblighi di accudimento e cura immediata, prioritaria, esclusiva e totale.

Queste ultime riflessioni ci introducono alla consapevolezza che, come è esperienza condivisa dal personale medico e infermieristico, l'agito aggressivo in Pronto Soccorso è assai frequentemente realizzato da personalità *border-line*. Ciò giustifica l'importanza di

qualche approfondimento su questo specifico tema. Le *teorie relative agli "stati limite"*. *Border-line*, come noto, significa "stato-limite" tra le nevrosi e le psicosi. Sono, per capirci, quelle situazioni in cui il medico di Pronto Soccorso dice: "è un paziente psichiatrico" e lo psichiatra dice: "ma non è mica psicotico!". Sono dunque spesso "situazioni limite" anche nelle particolaristiche logiche e dinamiche tra reparti e servizi e ciò talvolta significa che nessuno in realtà si fa carico di prendere seriamente in cura queste persone, che sono peraltro, per lo più, "pazienti difficili".

Portatori di bisogni arcaici, intensi e profondi che ledono l'integrità della loro struttura psichica e della loro autosufficienza fisica ed emotiva, spesso questi pazienti cercano all'interno del Pronto Soccorso un contenitore del corpo e della mente, un luogo dove sempre e a tutte le ore è reperibile calore fisico e spesso calore umano. Sono i così detti "*frequent users*". Langoscia, in certi momenti o periodi, consente loro discreti stati di aggregazione intorno al nucleo del sé, con percezione della realtà sufficientemente congrua, ma in altri momenti essa sale a livelli tali da essere percepita come incontenibile e può determinare una minaccia al nucleo del sé tale che esso si frammenta. È allora che il Pronto Soccorso può essere fantasticato come un contenitore noto e ricercato.

Nei confronti di questi pazienti, a causa delle differenti identificazioni sollecitate nei diversi operatori di Pronto Soccorso da aspetti non integrati del sé, la struttura agisce spesso comportamenti incongrui, che vanno dall'amicale accoglienza di alcuni (associata magari all'offerta di caffè e alla tolleranza all'inutile stazionare per ore nei locali), alla rigida intransigenza di altri. Sono queste le situazioni in cui assistiamo a progressive *escalation* di un preannunciato comportamento aggressivo quando si cade in:

- ravvicinamento non gestibile delle distanze (troppo vicino, tacito e implicito consenso ai cartoni per permanere e dormire in sala d'attesa, all'utilizzo del "tu" o simili, per compassione o per tenere a bada l'aggressività che si percepisce come latente ecc.);
- incoerenza nelle linee di gestione (eccesso di controllo seguito da concessioni, oppure interventi differenti tra un operatore e l'altro).

Una delle caratteristiche specifiche di questo tipo di pazienti, è anche che essi colgono con particolare sensibilità e perspicacia i punti di conflitto presenti nell'organizzazione e tra operatori e in essi si

insinuano potendosi trasformare anche involontariamente in schegge lanciate inconsciamente tra collega e collega (“È sempre a prendere il caffè...”). Per le persone *border-line* l'acting-out o passaggio all'atto aggressivo risulta spesso l'unico modo di controllare il troppo alto livello di angoscia, attraverso una scarica motoria¹⁰.

Ciò frequentemente può accadere in un momento inaspettato, perché uno stimolo, per l'operatore apparentemente neutro o scarsamente significativo, può richiamare alla mente del paziente *border* aspetti del passato vissuti come fortemente traumatici, ai quali egli reagisce attivando violenza.

E l'assenza di una chiara decodifica del bisogno sotteso al tornare e tornare in Pronto Soccorso, la mancanza di coordinamento con servizi territoriali del settore sanitario e sociale che a questi bisogni affettivi, emotivi e sociali possono tentare una risposta, la disarticolazione degli interventi da punti rete di organizzazioni di volontariato (centri di incontro, centri di accoglienza a bassa soglia, idonei luoghi di ascolto), che determina il cronicizzarsi della presentazione di un bisogno in un contesto che, per definizione, non può soddisfarlo se non per un tempo limitato ed in apparenza, generando infine l'acting-out aggressivo nei confronti di chi delude ed aggiunge a tutto ciò un incongruo pur se a volte solo accennato atto di non riconoscimento del sé.

Ben conosciamo le drammatiche conseguenze che tutto ciò può avere sugli operatori, ma occorre ricordare anche quelle sui pazienti. Gli effetti della percezione della potenziale o agita distruttività, i più ampi processi di stigmatizzazione ed emarginazione che coinvolgono successivamente all'acting-out l'identità sociale (dall'eventuale arresto da parte delle forze dell'ordine all'acuirsi dei percorsi di psichiatizzazione) innescano importanti aggravamenti del loro stato.

I dati statistici

I dati statistici segnalano un forte incremento negli ultimi 10 anni degli acting-out contro il personale medico e paramedico dei servizi sanitari ed in particolare, per quanto riguarda l'ospedale, nei reparti di psichiatria, geriatria ed in Pronto Soccorso.

Una stima del *Bureau of Labor Statistics* statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato¹¹. La *Joint*

Commission riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, in USA un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio in contesti sanitari¹².

In Italia, da un'indagine svolta da ANIARTI su un campione di 300 infermieri di 15 Pronto Soccorso di differenti Regioni, è risultato che il 35% dichiarava di essere stato aggredito fisicamente almeno una volta ed il 90% era stato soggetto ad aggressione verbale¹³.

Il modello interpretativo

Nell'esaminare il fenomeno degli acting-out in Pronto Soccorso, cercavamo un modello concettuale che ci consentisse di rispettare e contemporaneamente sottoporre ad analisi le sue principali caratteristiche ed in particolare quella di evento complesso e plurideterminato.

Ponevamo dunque al modello alcune importanti richieste:

- rispettare inevitabilmente un approccio probabilistico: la complessità dei processi in atto consente solo modalità di indagine scientifica basate sui criteri di probabilità (date certe condizioni se ne deduce che l'evento X può verificarsi con Y probabilità). Anche sulla base di precisi dati raccolti, infatti, un acting-out aggressivo in Pronto Soccorso potrà essere previsto in termini di probabilità, ma mai con assoluta certezza escluso o atteso.
- L'acting-out aggressivo è un evento plurideterminato, nell'analisi del quale non è possibile separare la parte dal tutto. Da qualsiasi aspetto si cerchi di iniziare l'analisi del problema, ci troviamo rinviati ad altre complessità interagenti. L'individuo vive all'interno di un ambiente ecologico prossimale (interazioni dirette) e dell'ambiente ecologico distale (ambiente sociale, economico, culturale, politico...), in un contesto dove si realizzano costanti e reciproche influenze¹⁴. Avevamo dunque bisogno di un modello capace di utilizzare un approccio olistico.

Occorre inoltre tenere conto che la relazione tra persona/e operatore e persona/e utente è un sistema interattivo che si sviluppa all'interno del più ampio sistema dell'organizzazione, di quello dell'interazione tra Servizi, di una comunità e di un territorio, influenzato dalla più ampia realtà sociale e culturale di appartenenza. Questo più ampio ed integrato sistema dinamico è formato dunque da elementi interagenti e attribuzioni di causa secondo una semplicistica modalità lineare (“è il pa-

ziente l'unico responsabile"), costituiscono una lettura riduttiva e inadeguata. Risulta invece indispensabile utilizzare un approccio interazionista. Infine, ci premeva segnalare che l'ambiente rilevante è quello significativamente percepito dalla persona (vale per tutte le persone coinvolte), poiché sono le rappresentazioni e le costruzioni mentali dell'individuo (ambiente percepito), le sue letture ed attribuzioni di significato che guidano la sua azione. È importante tenere presente l'individuo (operatore o paziente) come agente attivo ed attore in prima persona nell'interazione con i suoi sistemi di appartenenza che, se sono in grado di modificarlo possono altresì essere da lui continuamente modificati (*approccio costruttivista*).

Abbiamo dunque individuato come supporto teorico di riferimento la teoria dei sistemi ecologici di Bronfenbrenner¹⁴. Questo autore, che si situa nella tradizione della psicologia sociale di Kurt Lewin e di alcuni suoi sviluppi successivi nella Teoria generale dei sistemi di Von Bertalanffy¹⁵, indicava l'assoluta necessità di non studiare l'individuo in modo isolato, ma di considerare il comportamento come funzione di tutte le forze in campo in un certo momento, che si influenzano in un gioco reciproco di interazioni.

Il modello teorico di Bronfenbrenner fotografa quattro ambiti interagenti e reciprocamente influenzati nella determinazione di un fenomeno sociale complesso quale si configura un'*escalation* aggressiva nel contesto ospedaliero di Pronto Soccorso.

Se non ci lasciamo spaventare dalla complessità dei termini vi proponiamo di accompagnarci in questo breve affondo teorico, che vi apparirà subito meno complesso e sicuramente assai più chiaro quando riusciremo a mostrarvi come esso possa trasformarsi in una sorta di macchina fotografica, che consente di fermare sulla carta in modo leggermente più sistematizzato le possibili matrici di acting-out e quindi anche individuare le variabili su cui operare per prevenirlo.

Bronfenbrenner stesso definisce il suo modello teorico come "a bamboline russe", poiché l'ambiente ecologico è concepito come un insieme di strutture incluse l'una nell'altra, le quali vanno considerate non solo come tutte interagenti con l'individuo, ma anche nell'insieme delle relazioni e dei rapporti che sussistono tra loro e che sono comunque in grado di esercitare grande influenza sulla realtà dell'individuo e delle relazioni diadiche e non in cui egli si coinvolge¹⁴.

Al livello più interno delle bamboline Bronfenbren-

ner colloca il *microsistema*, come l'insieme delle caratteristiche specifiche della persona e delle relazioni con cui la persona è in contatto diretto e del contesto organizzativo e strutturale in cui esse avvengono.

Allargando il campo di osservazione incontriamo gli effetti sulle relazioni di cui sopra agiti dal *mesosistema* (sistema di microsistemi che include le relazioni tra due o più microsistemi di cui ad almeno uno la persona partecipa. Per esempio l'interazione con i parenti, quella anche indiretta e mediata dall'utente con il medico di famiglia ecc.) e dall'*esosistema*. Esso comprende la relazione tra due o più contesti ambientali ad almeno uno dei quali la persona non partecipa. Ne è un esempio l'interazione tra reparti ospedalieri, tra questi ed i servizi sociali e sanitari territoriali, tra il Pronto Soccorso e la Direzione, ecc. infine non è possibile scordare le influenze del *macrosistema*, inteso come il contesto sovrastrutturale che condiziona tutti i sistemi precedentemente citati (sistema delle politiche sociali, culturali, economiche ecc.).

Infine, ricordiamo che in alcune ricerche in cui sono state intervistate più persone in relazione a qual è l'emozione che ricordavano aver fatto loro salire di recente la rabbia all'interno di un servizio pubblico, le risposte hanno potuto sostanzialmente essere ricondotte alle 4 seguenti categorie:

- percezione di attacco alla propria integrità fisica o all'integrità di proprie cose;
- impedimenti a conseguire gli scopi: eccesso di attesa, sollecitazione e poi frustrazione di aspettative, utilizzo del potere in modo percepito come discrezionale o di blocco al conseguire gli obiettivi;
- frustrazioni psicologiche: non riconoscimento di sé, dei propri bisogni, della propria situazione e/o dei livelli di sofferenza e dolore, lesioni alla stima ed autostima, alla propria immagine pubblica ecc. (attacco più o meno narcisistico);
- ingiustizie subite o prospettate per sé e per gli altri. Percezione di diritti lesi.

Interventi preventivi

Ed ora, onde evitare che la durata di questo scritto finisca per elicitare pure nel lettore una risposta aggressiva, sintetizziamo le possibili misure preventive degli acting-out in Pronto Soccorso.

Area del *microsistema*:

- La gestione della relazione*. L'attenzione al riconoscimento del paziente come persona e dei suoi bisogni restano in questo ambito il nodo centra-

le. È l'assenza di riconoscimento del proprio sé, della propria condizione, del livello di dolore sperimentato o la rigida riduzione in senso etimologico dell'individuo a mero paziente, inteso come "colui che deve pazientare e tollerare", che sollecita spesso l'aggressività della persona o dei parenti. Tutto ciò è fortemente acuito nella persona e nei suoi congiunti dalla sensazione di sentirsi abbandonati. Nonostante le complesse condizioni di lavoro in emergenza, fare lo sforzo di dimostrare loro che pur mentre attendono, "sono presi in carico" e che la loro condizione di salute viene realmente periodicamente verificata, può essere sufficiente per ridurre la loro frustrazione ed aggressività.

2. *La gestione dell'informazione.* Dare da subito e sempre informazioni chiare evitando punti di ambiguità ed accertandosi che la persona abbia compreso la comunicazione e che questa sia congrua alle sue condizioni e tollerabile in relazione al suo stato di bisogno è molto importante. Quando il paziente è in attesa di una visita, un esame, un letto libero, tenerlo informato di come stanno andando le cose, ascoltare le sue domande e fornire delle risposte è un modo assai efficace per impedire che la relazione si deteriori. Il Pronto Soccorso dovrebbe inoltre essere fornito di depliant e cartelloni informativi. In particolare il senso dell'intervento di triage deve essere reso noto sia, come vedremo, in modo più allargato alla cittadinanza, sia in modo chiaro ai parenti e pazienti in Pronto Soccorso. È necessario verificare che il messaggio li abbia realmente raggiunti e consenta effettivamente l'indispensabile sintonizzazione e riposizionamento reciproco. Solo in questo caso le caratteristiche della sofferenza e del dolore del paziente verranno ulteriormente correttamente segnalate, da un lato, e raccolte e recepite dall'altro e la persona potrà entrare in una dimensione di comprensione dei meccanismi che necessariamente guidano i criteri di priorità negli interventi in emergenza.

3. *La formazione del personale.* Essa deve necessariamente coinvolgere i seguenti ambiti:

- capacità di individuare precocemente le situazioni più a rischio (pazienti *border-line* e *frequent-users*, pazienti che abusano di alcool o altre sostanze, pazienti che già hanno agito di recente aggressioni, soli o disperati che "non hanno nulla da perdere", stati fisicamente dolorosi che riducono le capacità di controllo ecc.);

- capacità di percepire tempestivamente i segnali precursori dell'acting-out;
 - strategie comunicative per la risoluzione dei conflitti e circa le modalità di accogliere la tensione, l'ansia e gestirle. Occorre ricordare che in Pronto Soccorso transitano costantemente emozioni come la paura, il dolore, la rabbia, l'angoscia di morte. Il paziente percepisce ciò che sente avvenire dentro di sé come sconosciuto e ingovernabile, il dolore come inalienabile e sollecitatore di ansia e rabbia. La capacità critica risulta compromessa. Il bisogno di essere ascoltati, compresi e di ricevere cura e contenimento è talvolta di intensità estrema e incrina ogni capacità di attesa, tolleranza, riconoscimento del dolore dell'altro⁹. Per l'operatore sanitario coniugare l'ascolto empatico, il contenimento e gestione di tutto questo con i compiti di efficace ed efficiente lettura dei sintomi, decodifica della loro gravità, attivazione dell'intervento diagnostico e curativo non può essere lasciato alla sola capacità o esperienza personale, ma richiede inderogabilmente da parte dell'organizzazione la predisposizione di appositi training e sostegni formativi. Risulta anche importante formarsi sulle capacità di evitare l'eccessiva personalizzazione del proprio intervenire tanto quanto l'eccessivo distanziamento. Agiamo come personale di una struttura sanitaria: personalizzare eccessivamente da parte dell'operatore la definizione di sé nell'intervento in Pronto Soccorso, può accentuare la percezione di arbitrarietà o discrezionalità dello stesso. Infine è indispensabile venire formati ed aiutati al "mantenersi in sicurezza". Anche se siamo capaci di prevedere l'esplosione di aggressività, spesso è impossibile immaginare come questa si manifesterà. È importante non correre rischi ed anche evitare che il paziente violento si frapponga tra noi e la nostra via di fuga. Deve essere chiaro che non c'è tolleranza rispetto alla violenza. Mantenere un atteggiamento calmo, dare informazioni in modo chiaro e non ambiguo. Tentare di osservare la scena "dall'esterno", come se non ci appartenesse, di non farsi coinvolgere in un'escalation emotiva. Tutta quella rabbia non è nostra a meno che noi non decidiamo di reagire ad essa.
4. Infine, è bene ricordare che l'assistere al dolore e sofferenza di una persona cara attiva i neuroni a specchio, determinando a sua volta nell'osser-

vatore, tanto più se persona legata affettivamente a chi soffre, un'esperienza interna di dolore ed angoscia. Ben sanno questo i medici e gli infermieri, che realizzano un lungo training, a volte inconsapevole, per imparare a controllare questo meccanismo. Come noto, è un training inderogabile, che può prendere la via dell'ascolto, dell'essere umano a fianco dell'umana sofferenza o quella della burocratizzazione, del distacco emotivo, fino allo scivolare nel vissuto persecutorio di un paziente in qualche modo da evitare perché ripropone incessantemente il confronto con il malessere, la malattia, la sofferenza.

Per quanto riguarda i parenti occorre saper valutare anche il livello della loro sofferenza e la capacità di contenere l'ansia e le angosce proprie e del loro caro. Rivolgere a persone che non hanno la capacità o possibilità di rispondervi, una domanda implicita inadeguata nei suoi livelli di richiesta di collaborazione e capacità di contenimento, può trasformare i "care-giver" in ulteriori portatori di rabbia ed aggressività.

5. E quando si percepisce che l'atto violento sta per scattare? Non dire mai: "non si arrabbi...", faticosa frase che tende semplicemente a far crescere l'aggressività. Tenere conto che essa sale se la persona non ottiene il riconoscimento circa l'intenzione aggressiva, se l'operatore (anche per l'attivarsi di meccanismi di negazione e difensivi), finge di non vedere. È più utile esplicitare: "vedo e capisco che tutto questo le provoca molta rabbia" (ovviamente se ci sono le condizioni per tentare un colloquio). Ma se lei mi aggredisce, ovviamente non possiamo parlare né io posso lenire il suo dolore, mentre parlando forse possiamo capire". Attenti però ai falsi buonismi, che sono ovviamente fuori luogo. La pronta presenza a fianco di un collega (meglio – inutile negarlo – se figura anche maschile), può essere in questi casi utile. Ricordare che mantenere la calma e la fermezza è di estrema importanza, ma è pur vero che qualsiasi operatore potrà essere fermo e calmo solo se sa di non essere solo e che il contesto in cui lavora è realmente attrezzato e predisposto ad intervenire a suo supporto. Per questo devono essere chiaramente esplicitate e condivise, meglio se declinandole in forma scritta, le procedure ed i comportamenti immediati da attivare da parte di tutto il personale nell'imminenza e dopo un acting-out. Infine, non paia banale ricordarlo, se la persona si presenta con oggetti contundenti in mano, dare immediato al-

larne e spiegare che con l'oggetto non è possibile accedere all'interno del servizio.

In parallelo, riguardano sempre l'area del micro-sistema alcuni indispensabili interventi strutturali sul luogo di lavoro:

- evitare il sovraffollamento, i locali angusti, il troppo freddo ed il troppo caldo, la carenza di illuminazione;
- migliorare le condizioni di confort dei pazienti in attesa e dei loro parenti;
- nelle postazioni di triage e nelle sale di visita disporre l'arredo in modo tale che il personale possa sempre accedere ad un'uscita di emergenza presente e disponibile; la scelta dei materiali per l'arredamento deve essere fatta cercando di evitare oggetti che possano essere utilizzati per colpire o ferire; può essere necessario utilizzare vetri rinforzati e porte di sicurezza;
- deve esistere un sistema di segnalazione di allarme ed una modalità concordata di allertamento veloce e non appariscente della stazione di polizia locale oppure della sicurezza interna.
- va eliminata la possibilità di accesso non controllato da parte del pubblico

Attengono invece all'area del *mesosistema*:

- a) promuovere la consapevolezza che l'aggressività dell'utente può incunearsi e potenziarsi laddove siano presenti conflittualità tra gli operatori, reciproche squalifiche verbali o non verbali sui livelli di competenza professionale e umana, disaccordi nelle procedure e nelle linee di intervento non solo clinico, ma anche relazionale, espletazione aggressiva degli eventuali errori commessi da un collega ecc. Si tratta qui di dedicare un tempo strutturato, che non risulterà in alcun modo tempo perso, alla cura delle équipes e dei gruppi di lavoro;
- b) preparare l'organizzazione a gestire le conseguenze degli acting-out, poichè essi possono avvenire in ospedale nonostante adeguate misure di prevenzione, offrendo alle vittime un ambiente che promuova la comunicazione e la comprensione necessarie, preveda procedure scritte di segnalazione e denuncia delle aggressioni subite, attivi immediato sostegno materiale e psicologico agli operatori coinvolti¹⁶.

Area dell'*esosistema*. È importante ricordare di non offrirsi come contenitori di aspetti che non si possono contenere in un Pronto Soccorso, per esempio la solitudine o l'angoscia drammatica di certe persone, come appunto quelle con caratteristiche

border-line. Essa non può trovare in Pronto Soccorso una risposta effettiva, bensì un'importante tramite accogliente e competente che, decodificando correttamente il problema e condividendo le scelte di un percorso, sappia essere e porre l'utente in relazione con le opportune risorse dei servizi sociali e sanitari territoriali, e, per loro tramite, con i centri di accoglienza a bassa soglia, i centri d'incontro, le disponibilità di specifiche associazioni di volontariato.

Infine, è utile mantenere la consapevolezza che anche l'area dell'interazione tra il Pronto Soccorso e i laboratori, i servizi di radiologia, i reparti non è estranea, come ben sappiamo, alle componenti che possono elicitare aggressività in Pronto Soccorso. Oltre ad aspetti già più sopra ricordati è inderogabile segnalare che difficili o non idonee condizioni di lavoro del personale (turni troppo frequenti o troppo stressanti, ma soprattutto strutture ospedaliere dove è assente per gli operatori qualsiasi forma di riconoscimento se non vogliamo dire di gratificazione ecc.) favoriscono il burn-out e il ricadere purtroppo a cascata della tendenza al non ascolto e al non riconoscimento dell'altro. Questi aspetti organizzativi e di gestione del personale costituiscono un importante fattore di rischio su cui troppo spesso l'organizzazione intende tacere.

Area del macrosistema. In relazione a questo vasto ambito di intervento, tra i molti aspetti risulta importante curare la diffusione nel nostro contesto socio-culturale di corrette informazioni su: funzioni, compiti, problematiche del Pronto Soccorso, funzionamento e ragioni del triage, sulla formazione e qualità professionale del personale operan-

te. È infatti importante contrastare l'induzione di aspettative onnipotenti e irrealistiche sollecitate talvolta dai massmedia e parimenti le valenze talvolta meramente distruttive delle campagne contro la malasanità.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", novembre 2007.
2. National Institute for Occupational Safety and Health. "Violence in the workplace; risk factors and prevention strategies in Current intelligence bulletin 57". Publication No. 96-100, 1996.
3. Ferrario F. Per una relazione sicura. In Atti del Convegno "Sicurezza nel Servizio Sociale, un approccio globale al problema", Torino 9 novembre 1999.
4. Fornaro M. *Aggressività*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.
5. Valzelli L. *Psicobiologia dell'aggressione e della violenza*. Faenza Editrice, Faenza, 1989.
6. Lorenz K. *Il cosiddetto male. Per una storia naturale dell'aggressione*. Il Saggiatore, Milano, 1969.
7. Dollard J et al. *Frustrazione e aggressività*. Giunti-Barbera, Firenze, 1967.
8. Bandura A. *Aggression. A social learning analysis*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1973.
9. Zoncheddu P, Spada MS. *La gestione dell'ansia e dell'aggressività in Pronto Soccorso*. Triage, a cura di G. Trabucco e F. Buonocore. Cortina, Verona, 2007.
10. Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: Psicoterapia con il paziente borderline*. Cortina Editore, Milano, 2006.
11. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics., Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. DOL, Washington, 2001.
12. The Joint Commission. Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
13. Beccatini G et al. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di pronto soccorso: la prospettiva italiana. Relazione dal XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, Rimini, 24-26 Ottobre 2007.
14. Bronfenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, Bologna, 1979.
15. Von Bertalanffy L. *Teoria Generale dei Sistemi*. Mondadori, Milano, 2004.
16. Recupero R, Nardi L. Acting-out aggressivo in P.S. E dopo l'evento? Indicazioni per la prevenzione dei rischi di stress post-traumatico e di burn-out per il personale. In Atti del VI Congresso Nazionale Simeu, Rimini, 12-16 Novembre 2008.

ABSTRACT

Hospitals must develop programs to prevent aggressive events on work. It is necessary to create multidisciplinary work teams to identify risk factors and to elaborate strategies for prevention and management. It is essential to make health workers aware and adequately trained to fa-

ce the risk to be victim of violence. They should know strategies to reduce the risk too. Hospital organisations must activate precise procedures to assure sanitary, psychological and legal support for whom has suffered violence at work.