

PROTOCOLLO per la GESTIONE PSICOLOGICA delle AGGRESSIONI in AMBITO SANITARIO

Premessa.

Subire una aggressione verbale e/o fisica nello svolgimento del proprio lavoro rappresenta un evento traumatico più o meno acuto in relazione all'entità dell'evento e alla fragilità delle persone.

Mitchell e Everly (1996)¹⁰ definiscono il Critical Incident in ambito sanitario come *"...qualunque situazione affrontata dal personale sanitario, capace di produrre un stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell'operatore durante e anche dopo l'evento critico"*.

I numerosi e recenti fatti di cronaca ci informano come sentimenti di rabbia, dolore e frustrazione dei pazienti e parenti, trovano facile sfogo nei confronti del personale medico, infermieristico e socio-sanitario^{1,2,3,4}.

Il personale può trovarsi invischiato in una escalation verbale dagli esiti imprevedibili o subire inaspettati atti aggressivi che causano un forte impatto emotivo (stress acuto)¹¹.

Breslau e collaboratori (1991)⁹ hanno dimostrato che il 15% degli uomini e il 36% delle donne sviluppa disturbi psicosomatici dopo un evento critico, con un aumento: degli stati d'ansia, dei sensi di colpa, dei sentimenti di rabbia e di frustrazione, dei pensieri intrusivi, della sensazione di pericolo, dei disturbi del sonno oltre ad una riduzione della motivazione all'attività lavorativa.

Si rende pertanto necessario farsi carico di questo problema. Mettere in campo precise strategie psicologiche di supporto. Ciò al fine di gestire le conseguenze emotive negative di questi episodi¹, evitando che questi disagi possano evolvere verso condizioni di sofferenza cronica, di disturbi post-traumatici da stress o di demotivazione lavorativa (burn out) con le relative assenze prolungate per malattie, bassa qualità lavorativa e richieste di trasferimenti.

Le più recenti evidenze scientifiche della Psicologia dell'Emergenza ci indicano come un tempestivo intervento di supporto psicologico entro le 96 ore dall'evento possa già mitigare significativamente l'impatto emotivo e facilitare una prima e rapida attenuazione dello stress.

L'intervento psicologico di supporto qui proposto utilizzerà il protocollo CISD (Dyregrov, 1997)¹² che si sviluppa attraverso una serie di interventi differenziati nel tempo e finalizzati all'elaborazione delle emozioni, all'attenuazione dello stress, al contenimento della sintomatologia clinica e al recupero, in tempi brevi, della piena funzionalità lavorativa.

In ottemperanza alla Delibera n.102 del 01/03/2012 dello Spisal di Verona, in relazione alle funzioni previste di accertamento dello stato di disagio psico-sociale ed individuazione delle eventuali misure di tutela in rilevati casi di disagio lavorativo, collabora alle attività anche il personale del Centro di Riferimento per il Benessere Organizzativo (art. 7).

Finalità.

La finalità concerne la riduzione dell'impatto emotivo (distress) sull'operatore/i dovute all'episodio di aggressione, in modo da evitare o comunque ridurre l'instaurarsi di condizioni croniche di disagio psicologico e evitare la disaffezione lavorativa.

Destinatari.

Il protocollo è rivolto a tutto il personale dipendente dei Distretti Verona Città e Est Veronese coinvolti, in maniera diretta o indiretta, in eventi quali aggressioni fisiche, violenze verbali, minacce o aperte conflittualità con utenti, pazienti e/o familiari.

Procedura.

1. Una volta verificatosi l'evento critico, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione invia una copia della segnalazione dell'aggressione verbale e/o fisica al Responsabile del Servizio di Psicologia Ospedaliera.
2. Il Servizio di Psicologia Ospedaliera conduce una prima valutazione del caso, approfondendo modalità di aggressione, numero di persone coinvolte e impatto emotivo generato dall'accadimento. Alla luce di quanto emerso dalla valutazione e a discrezione del Responsabile del Servizio di Psicologia Ospedaliera è possibile:
 - a. concludere la procedura;
 - b. attivare il protocollo psicologico che prevede l'attuazione di interventi di 1° livello (di gruppo e/o individuali) e successivamente di 2° livello (di monitoraggio e follow-up) che riguarderanno gli operatori coinvolti nell'evento aggressivo.

INTERVENTI DI 1° LIVELLO COMPLEMENTARI

3. A seconda dell'evento aggressivo, in accordo con il Direttore dell'U.O. interessata, viene quanto prima attivato (entro le 96 ore) un incontro di gruppo allo scopo di depotenziare la dimensione emotiva legata all'episodio.
4. Nel caso gli operatori coinvolti avessero bisogno di maggiore spazio per esprimere ed approfondire il vissuto collettivo, sarà possibile programmare ulteriori incontri di gruppo.
5. Parallelamente verranno programmati colloqui psicologici con i singoli operatori coinvolti direttamente o indirettamente nell'evento al fine di valutare la presenza di eventuali sintomi compatibili con il Disturbo Acuto da Stress anche attraverso l'uso di test (Impact of Event Scale⁶, Symptom Checklist 90-Revised⁷).

Nel caso in cui uno o più soggetti coinvolti nell'episodio non ritengano necessario tale intervento preventivo/valutativo psicologico, sarà cura del lavoratore rinunciarvi per iscritto attraverso il modello predisposto (ALLEGATO A).

INTERVENTI DI 2° LIVELLO CONSECUTIVI (dopo 45 giorni)

6. Follow-up di gruppo effettuato direttamente dal Dirigente che, in collaborazione con il Servizio di Psicologia Ospedaliera e il Medico Competente, si occuperà di monitorare il clima organizzativo del gruppo degli operatori anche attraverso la somministrazione di un questionario (ALLEGATO 2) che possa valutare il benessere psicologico, soddisfazione lavorativa, motivazione/impegno, senso di appartenenza,...
7. Follow-up di verifica da parte del Servizio di Psicologia Ospedaliera sulla remissione degli eventuali sintomi e disagi rilevati nella fase del primo livello, anche attraverso l'utilizzo di test (Maslach Burnout Inventory⁸ o altri adeguati allo scopo). A seconda dell'esito del monitoraggio sarà possibile intraprendere due percorsi: a) nel caso il follow-up risultasse positivo, l'operatore coinvolto può riprendere la normale attività lavorativa e considerare concluso l'intervento; b) nel caso il monitoraggio risultasse negativo, sarà valutato da parte del Servizio di Psicologia Ospedaliera se proporre un nuovo intervento psicologico oppure l'opportunità di inviare al Servizio di Psichiatria anche per il supporto di una terapia psicofarmacologica.

È previsto un puntuale monitoraggio di tutti gli interventi effettuati ed una revisione della procedura dopo la prima attuazione.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

¹ <http://www.larena.it/territori/est/san-bonifacio/guardia-medica-minacciata-e-aggredita-1.5854612>

¹ <http://www.larena.it/home/provincia/medico-preso-a-pugni-al-pronto-soccorso-1.6302367>

² http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=50603

² Cerri R, Caserta M, Grosso M (2010). *Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano*. Assistenza infermieristica e ricerca; 29 (1):5-10.

² Fabbri P., Gattafoni L., Morigi M (2012). *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'Infermiere; 4.

³ Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011). *Violenza e aggressioni in Pronto soccorso: revisione della letteratura*. L'Infermiere; 5.

⁴ Ferri, P., Reggiani, F., Di Lorenzo, F. (2011). *I comportamenti aggressivi nei confronti dello staff infermieristico in tre differenti aree sanitarie*. Professioni Infermieristiche, Vol.64(3), 143-150.

⁵ <https://www.infermieristicamente.it/articolo/7750/aggressioni-al-personale-sanitario-cassazione-l-azienda-e-responsabile-verso-i-dipendenti/>

⁶Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 207-218

⁷Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P.(1996). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.

⁸Derogatis, L.R. (1983). Misuse of Symptom Checklist 90. *Arch Gen Psychiatry*, 40(10).

⁹Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.

¹⁰Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1996). *Critical Incident Stress Debriefing--CISD: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Service and Disaster Workers*. Chevron Pub.

¹¹Davis GC. (1992) *Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity* *Am J Psychiatry*. 1992 May;149(5):671-5.

¹²Dyregrov, A. (1997) *The Process of Psychological Debriefing*, *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-604.