

**PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLE SITUAZIONI
ASSISTENZIALI DIFFICILI CARATTERIZZATE DA
COMPORAMENTI AGRESSIVI, AUTOETERO LESIVE, DA
NON ADESIONE AL TRATTAMENTO, DA VOLONTA' DI
ALLONTAMENTO DELLA PERSONA ASSISTITA**

**(Conformi alle raccomandazioni regionali
per il superamento della contenzione)**

La Fondazione Micoli-Toscana adotta ufficialmente il contenuto del seguente documento come da delibera del 30 maggio 2023: *“il Consiglio prende atto della formazione, dell’adozione e dell’aggiornamento, ai fini dell’approvazione, dei documenti che [...] adottano e applicano procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita in linea con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione”*;

PROCEDURA DI PREVENZIONE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI

1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di:

- stabilire il processo di valutazione del rischio dei comportamenti assistenziali difficili, più avanti definiti anche come “comportamenti problema” in particolare: aggressività auto ed eterodiretta, non adesione ai trattamenti e volontà di allontanamento;
- definirne le misure di prevenzione e stabilire le azioni e le attività da intraprendere in caso di disturbi del comportamento/comportamenti problema/atti di autolesionismo agiti dagli ospiti della casa di riposo.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutto il personale della struttura residenziale Micoli Toscana.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Introduzione

Un servizio alla persona è un processo complesso di cui si devono cogliere gli esiti finali in termini di efficacia, utilità ed equità, sostituendo il concetto di erogazione di prestazioni ed assistenza con il concetto di “PRENDERSI CURA” (*to care*). Per le persone che, **anche per la presenza di cosiddetti “disturbi” mentali, o malattie degenerative**, possono manifestare comportamenti problematici con pericolo per sé e per gli altri, la tutela ed il miglioramento della qualità di vita sono l’unico esito realisticamente raggiungibile, attraverso interventi sia educativo-assistenziali che sanitari. Sappiamo che ogni individuo **percepisce bisogni che devono essere soddisfatti**, e condizioni che devono essere evitate: il comportamento assume dunque la funzione di soddisfare bisogni (attenzione, riconoscimento, “cure”), ottenere quello che si desidera o evitare situazioni come dolore, disagio noia, fallimento.

Da non trascurare è anche l’aspetto **ambientale**: l’ambiente crea infatti intorno alla persona un involucro, che può essere protettivo, supportivo, facilitante, ma che può anche rivelarsi, per l’individuo, di ostacolo, oppressivo, discriminante.

In tutti questi casi si tratta di **mettere in atto strategie** che da un lato rispettino i diritti delle persone che manifestano tali comportamenti, ma che in contemporanea siano **protettivi**, sia nei loro confronti che nei confronti del contesto che le circonda.

Definizioni

Comportamento problema

“Comportamento di tale intensità, frequenza o durata che la sicurezza fisica della persona o di altri viene messa in grave pericolo, o comportamento che può limitare seriamente o negare l'accesso all'utilizzo di strutture comunitarie” (Emerson). In altri termini: qualsiasi forma di comportamento che inibisce oppure interferisce in modo significativo con gli apprendimenti e le attività funzionali al vivere quotidiano.

Il comportamento problema può essere prevedibile (che si può o si poteva immaginare), imprevedibile (che non si può prevedere), accidentale (casuale). In questo documento specifico ci si riferisce in particolare ai cosiddetti “comportamenti assistenziali difficili”.

Disturbi del comportamento

È l'insieme delle manifestazioni esteriori di un individuo corrispondenti a determinate situazioni psicologiche (personalità); in parte coincidenti con i comportamenti problema, qui sono intesi come collegati a cosiddetti disturbi o situazioni patologiche, con diagnosi ben definite.

Resistenza

Azione tendente ad impedire l'efficacia di un'azione contraria; rifiuto o impedimento opposto alla realizzazione di uno scopo.

Aggressività

Aspetto del carattere o del comportamento che si configura in azioni eccitate e violente; può essere verbale e fisica. L'aggressività fisica può essere autodiretta (aggressività verso sé stessi, ad esempio mordersi le mani) oppure eterodiretta (aggressività rivolta verso gli altri e gli oggetti, ad esempio calci, spinte, lanci di oggetti).

Autolesionismo

Aggressività fisica autodiretta (cfr. “Aggressività”).

Violenza

Qualsiasi atto volontario o involontario, teso a procurare un danno nei confronti di un'altra persona.

Volontà di allontanamento:

espressione, da parte della persona inserita in struttura, di allontanarsi temporaneamente o definitivamente; è un atto volontario e si configura come comportamento problema solo nel caso in cui possa mettere a rischio la sicurezza e/o la salute della persona

Mancata adesione al trattamento

Difficoltà da parte della persona alla adesione ai comportamenti richiesti dal progetto di tipo assistenziale e sanitario che comporti ad esempio la somministrazione di farmaci, l'erogazione di atti assistenziali o qualsiasi altro trattamento di tipo assistenziale, sanitario o riabilitativo

Atto volontario

Si definisce come atto volontario quello che la persona attiva, avendo la consapevolezza di quello che sta facendo, anche nel caso in cui sia in uno stato d'animo che la rende momentaneamente priva di lucidità, e che può comportare una distorta e/od alterata valutazione della situazione.

Atto involontario

L'atto involontario è caratterizzato dall'assenza di consapevolezza delle proprie azioni, ed è solitamente caratteristico di ospiti con problemi cognitivi come ad esempio ospiti psichiatrici, disorientati, con patologie neurodegenerative.

Fattori di rischio

I fattori di rischio possono essere:

- intrinseci: legati alle caratteristiche della persona;
- estrinseci: legati a fattori esterni (ambientali e relazionali).

e rientrano nelle seguenti aree:

Variabili cliniche	<ul style="list-style-type: none"> – patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo) – patologie dementigene – Disabilità intellettiva, in particolare se grave – Autismo – abuso/dipendenza da alcool, stupefacenti e/o psicofarmaci, gioco d'azzardo patologico – sindromi cerebrali organiche – ecc
Variabili ambientali	<ul style="list-style-type: none"> – ambiente rumoroso – ambiente nuovo o sconosciuto – numero di persone presenti – tono di voce e modo di parlare delle persone – distanza interpersonale – vicinanza e contatti non desiderati – luce, rumore, odore, temperatura
Variabili individuali	<ul style="list-style-type: none"> – bisogni fisiologici (fame, sete) – livello di energia e stanchezza – malattie, allergie – episodi di malessere – tono dell'umore – reazioni emotive – capacità di espressione – comunicazione – memorie – piacere per elementi specifici (gratificazioni)

	<ul style="list-style-type: none"> – ecc.
Variabili sociali	<ul style="list-style-type: none"> – cambio di figure di riferimento – presenza degli altri (altri ospiti, familiari) – attenzione degli altri (altri ospiti, familiari) – situazioni sociali nuove o poco conosciute – incoerenza nelle modalità interattive e di relazione.
Variabili relazionali	<ul style="list-style-type: none"> – cambiamenti di routine, – programmi non prevedibili – stili relazionali incoerenti nelle figure di riferimento – stili relazionali non condivisi tra diverse figure di riferimento – compiti difficili – assenza di rinforzi – richieste o compiti con alti tassi di possibilità di errore (quindi di frustrazione) – ecc.

Pertanto, al fine di rilevare i fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità del manifestarsi di comportamenti problema, o ne aggravino le conseguenze, è importante attivare una **valutazione iniziale**, che consideri vari aspetti o condizioni della persona, e dell'ambiente fisico e sociale, come di seguito esposto.

L'équipe multidisciplinare, entro 30 giorni dall'ingresso, effettua e documenta nella documentazione socio-sanitaria una prima rilevazione/osservazione (vedi allegato a.) finalizzata alla valutazione del rischio legato al manifestarsi di un comportamento-problema anche attraverso la raccolta di informazioni fornite dal caregiver.

A seguito di tale osservazione, viene valutato il rischio legato al comportamento problema che potrebbe manifestarsi e alle sue conseguenze per:

- la persona stessa;
- gli altri (ospiti/operatori);
- la relazione tra la persona e gli altri;
- la relazione tra la persona e l'ambiente.

Gestione dei comportamenti problema

Se il comportamento problema si presenta, inizia un percorso che parte dall'individuazione corretta del problema e da un'analisi funzionale dei singoli comportamenti per andare poi a definire le strategie e le linee guida di intervento, da applicare come équipe e da condividere con i caregivers interni ed esterni al servizio, attraverso la metodologia del lavoro per progetti: valutazione, analisi, sintesi, obiettivo, piano operativo.

Identificazione e valutazione del comportamento problema

Non appena una delle figure professionali operanti nel Servizio rileva un comportamento problema informa RGA ed i colleghi dell'équipe al fine di individuare il tipo di problema, in base alle variabili definite prima RGA avvia la fase di rilevazione dei dati. In questa fase è molto importante la quantità e la qualità di informazioni

che ogni figura professionale, sulla base delle proprie competenze e del proprio ruolo, può portare al vaglio dell'équipe.

La raccolta dei dati va quindi effettuata descrivendo i comportamenti oggettivi e osservati, in termini di:

- **Frequenza:** indica il numero di volte che un comportamento viene emesso in una determinata situazione. Aiuta a individuare la probabilità di comparsa di certe risposte (SEMPRE, SPESSO, MAI)
- **Intensità:** indica la forza della risposta, il livello della reazione come viene espressa dalla persona
- **Latenza:** indica la distanza temporale tra stimolo esterno o evento e risposta comportamentale non adeguata (DOPO 10 SECONDI, DOPO DIECI MINUTI)
- **Durata:** indica il periodo di tempo nel quale il comportamento oggetto di osservazione si manifesta e si riferisce a comportamenti caratterizzati soprattutto per gli aspetti temporali, anziché per gli aspetti legati alla frequenza (PER 10 MINUTI, PER UN'ORA).

Individuazione di strategie e interventi

In base alle informazioni raccolte, l'équipe definisce per la persona una Linea guida da seguire. Nel definire le linee guida per il comportamento preso in esame, vanno individuate una o più strategie applicabili, da declinare poi in interventi specifici per un tempo definito. Una volta definita la Linea guida, questa va inserita nella cartella dell'ospite, integrando il PAI e condivisa con l'intera équipe e tutte le persone di riferimento, compresi i familiari.

Di seguito si riportano sia le strategie che gli interventi applicabili.

a. Strategie

Le strategie applicabili sono di tipo generale e specifiche.

1. Strategie comportamentali

- cambiamento di setting ambientale; arricchimento con maggiori o differenti stimoli; alternativa con lo stesso valore sensoriale; time out (interruzione breve di attività piacevoli, blocco della risposta; insegnamento di attività da svolgere in modo autonomo.

2. Strategie ambientali

- ordine e funzionalità negli ambienti, arredi e oggetti uso di supporti visivi per definire le attività da svolgere, chiarezza nella definizione degli ambienti e delle aree interne ad essi chiarezza nella creazione di aree ad uso autonomo, struttura delle attività in relazione agli spazi.

3. Strategie aumentative

- interazioni sociali valorizzazione delle abilità individuali e delle intelligenze multiple, valorizzazione degli interessi personali, fornire opportunità di tempo libero, fornire opportunità di attività rilassanti.

4. Strategie comunicative

- comunicazione verbale: (linguaggio parlato e scritto), comunicazione para verbale (tono di voce, ritmo, volume, espressività uso di gesti – segni), uso di foto – immagini –disegni uso oggetti, uso dello spazio, comunicazione uso della voce con finalità di rassicurazione, rispetto dello spazio vitale dell'ospite, lavoro in coppia, dove il secondo operatore è osservatore ed ascoltatore (evitare doppi stimoli).

5. Strategie di condivisione di intenti

- sensibilità ai progressi (anche piccoli) e condivisioni, buone pratiche intenzionalità e significatività degli interventi coerenza strategica in tutte le fasi dell'intervento, attivo coinvolgimento dei care givers

b. Interventi specifici per i comportamenti assistenziali difficili

Oltre alle strategie indicate sopra, si riportano di seguito alcune indicazioni di interventi specifici, collegati in alcuni casi a "fattori scatenanti", da utilizzare comunque nella definizione delle linee guida:

Agitazione/aggressività.

Si tratta di un vero e proprio disturbo, caratterizzato da movimenti e azioni che tendono a **procurare danno e disturbo a sé (autolesionismo), agli altri ospiti, all'ambiente** (oggetti, arredi, attrezzature) rinforzato da stati di agitazione verbali (urla e grida).

FATTORI SCATENANTI	COMPORTEMENTI INDICATI
Ambiente rumoroso	Spostamento dell'ospite in luogo più tranquillo
Clima	Verificare se la temperatura ambientale è idonea
Sovraffollamento	Spostamento dell'ospite in un luogo meno affollato
Vicinanza di un ospite o di un oggetto non gradito	Spostamento dell'oggetto o dell'ospite non gradito
Illuminazione inadeguata	Regolazione dell'illuminazione o spostamento dell'ospite in una zona con una luminosità adeguata (può essere naturale o artificiale)
Cambiamento di ambiente	Ripristino dello stesso setting ambientale in modo che la persona possa ritrovare nella nuova sistemazione dei punti di riferimento che evocano la situazione precedente
Abiti non adeguati (stretti, larghi, non adeguati alla stagione, non graditi)	Organizzare la vestizione in modo che gli abiti siano adeguati alla stagione, alle variazioni termiche ambientali e al gradimento dell'ospite
Contenzione (vincolo) Dolore Febbre Globi vescicali Stato influenzale Pressione ipo/ipero Scompenso glicemico Prurito Aritmia cardiaca Ipo/ipero ossigenazione Anemia Deficit sensoriali (ipoacusia, ipovisione) Dispnea Disidratazione Farmaci	Valutazione medica per eventuale somministrazione terapia o rimozione del vincolo (ad es. della contenzione)

Mancata adesione al trattamento

Nel caso in cui un ospite non aderisca, anche temporaneamente, ad un qualsivoglia trattamento, si deve considerare che, pur dovendo rispettare il principio di autodeterminazione della persona, non ci si può esimere dal garantirne la sicurezza, in base al cosiddetto "obbligo di salvaguardia", come specificato di seguito:

"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori 'ex lege' di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei

confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro" (sentenza Corte di Cassazione n. 9739 dell'11 marzo 2005).

In caso di mancata o difficoltà nell'adesione, si possono mettere in campo i seguenti interventi immediati da parte delle figure professionali implicate:

- verificare dove possibile la comprensione della persona relativamente alla propria situazione clinica
- informare la persona sui rischi e i benefici del trattamento proposto e sulle possibili alternative, cercando di convincerla ad accettare il trattamento più adeguato
- posticipare il trattamento o l'atto assistenziale previsto se possibile
- valutare la possibilità di sostituire il trattamento con un'alternativa maggiormente accettabile per la persona
- informare inoltre la persona sulle conseguenze della non applicazione del trattamento
- allertare il medico di famiglia o lo specialista che la segue, che valuterà quali misure adottare per garantire la sicurezza della persona, soprattutto in caso di trattamenti sanitari
- informare familiari/care givers e/o eventuali ADS
- acquisire eventuali dichiarazioni in merito a scelte di tipo etico o religioso che impediscano l'accettazione di eventuali trattamenti di tipo sanitario
- documentare il rifiuto del trattamento e le azioni intraprese per gestire la situazione e/o l'eventuale emergenza.

Volontà di allontanamento

La volontà di allontanamento si configura come un "comportamento problema" qualora metta a rischio la sicurezza e la salute della persona. Dato che gli ospiti della casa di riposo sono soggetti fragili in quanto non autosufficienti, ne consegue che sono generalmente a rischio nel momento in cui intendano allontanarsi da soli.

Pertanto, valgono le stesse identiche considerazioni espresse sopra per la mancata adesione al trattamento, per cui si rende necessario conciliare il principio di autodeterminazione della persona, con l'obbligo di salvaguardia, citato sopra.

Lo stesso vale sia per le strategie che per gli interventi possibili per impedire o mitigare il rischio di danno. Nel caso in cui, tuttavia, la persona manifesti nell'immediato la volontà di allontanarsi e non sia possibile distoglierla dal suo intento, si richiede l'intervento anche dei familiari e/o dell'ADS.

c. Attuazione intervento

Gli operatori dovranno prendere nota del problema: registrare in modo obiettivo le osservazioni fatte e le azioni compiute, dovranno riportare in consegna/cartella tutte le informazioni potenzialmente utili ai fini della verifica dell'efficacia.

Nell'attuazione degli interventi è bene tenere presenti le seguenti indicazioni di comportamento comunicativo:

- essere estremamente coscienti del proprio linguaggio verbale e non verbale, ricordando che la persona può capire male o fraintendere o segnali mandati inavvertitamente; questo è importante soprattutto se la persona è in stato di eccitazione;



- la posizione dell'operatore deve essere sempre di fronte all'ospite (eccetto in caso di aggressione, e le sue azioni devono essere sempre precedute da una semplice e chiara spiegazione verbale, quando questa è possibile.
- la mimica dell'operatore deve essere sempre rassicurante e positiva.
- le parole devono essere scandite lentamente e devono essere semplici e dirette, mandando solo messaggi brevi, calmi, chiari, e assicurarsi che le istruzioni o i messaggi inviati non possano essere fraintesi
- l'utilizzo della voce deve essere sempre adeguato alla situazione soggettiva della persona, l'operatore deve quindi comunicare con una adeguata intensità vocale, usando un tono calmo, tranquillizzante, e un volume adeguato: un volume troppo alto accresce il senso di minaccia che la persona percepisce, indicandole che sta aumentando l'eccitazione dell'operatore, e contribuisce ad aumentare l'arousal e salire nella spirale dell'aggressività; è preferibile comunicare a bassa voce avvicinandosi gradualmente alla persona.
- lo sguardo deve essere sempre diretto verso la persona e l'operatore deve osservare tutte le modifiche gestuali, corporee e comportamentali che la persona mette in atto; in caso di persone che manifestano uno stato ansioso, tuttavia, è opportuno evitare di fissare la persona, perché questo può essere interpretato come un segnale di aggressività, cercando di mantenere invece un contatto visivo intermittente
- è fondamentale ascoltare la persona, analizzando in modo approfondito tutti i messaggi verbali e non verbali, non dando niente per scontato: è possibile, infatti, che stia cercando di dire qualcosa. In questi casi la persona in stato di agitazione potrebbe cercare di raccontare nuovamente qualche esperienza negativa avvenuta in passato e che potrebbe avere un nesso minimo o nullo con la situazione attuale.
- ridurre la vulnerabilità dell'operatore e della persona, quindi:
- non lasciare mai solo in una stanza un operatore con un soggetto che, per qualsiasi ragione, abbia sviluppato ansia verso quell'operatore. L'insicurezza si trasmette molto facilmente alla persona con disabilità, che noterà immediatamente chi si sente a disagio in sua presenza (Rusten, 1989). In tali situazioni, è meglio che ci sia un'altra persona a gestire la situazione
- distrarre: cercare di portare l'attenzione della persona su qualcosa che può essere per lei più piacevole e soprattutto che le permetta di riguardare in qualche controllo sul contesto; ad esempio " Cerca di rilassarti, poi noi faremo..."
- fornire istruzioni, come "Rilassati, respira lentamente"; anche in questo caso è opportuno che l'operatore faccia una dimostrazione di quello che chiede alla persona che ha davanti, che potrebbe non essere sempre in grado di comprendere del tutto il linguaggio verbale; anche questo è un modo per distogliere l'attenzione dal problema iniziale.
- invitare gli altri ad allontanarsi: primo, per ridurre il numero di occhi che la persona agitata sente su di sé, facendola così sentire meno intimidita, e secondo per evitare che la sua difficoltà scateni comportamenti problematici anche negli altri; è quindi opportuno che la relazione con l'ospite sia gestita da un solo operatore, eccetto nei casi di aggressione
- stare calmi: occorre essere coscienti delle reazioni del proprio corpo nelle situazioni di stress e cercare di evitare di tendere i muscoli, ad esempio incrociando le braccia o stringendo i pugni.
- mantenere una distanza di sicurezza con la persona in stato di ansia: è difficile dare un'idea preciso di distanza, perché la persona, soprattutto se soffre di qualche disturbo, può trovare troppo intimidatoria anche a distanza di un metro o un metro e mezzo.
- dosare il contatto: alcune persone spesso non amano essere toccate dagli altri. Generalmente, a il contatto è percepito come un segnale d'affetto, ma può essere anche un segnale minaccioso. In questi casi è bene evitare di toccare la quando si trova in uno stato di sovraccitamento, perché potrebbe essere interpretato negativamente.

- in alcuni casi è utile mantenere un comportamento direttivo (con pazienti psichiatrici), mentre di norma è bene comunicare con modalità non direttive.

d. Documentazione assistenziale

In caso di episodi accertati di comportamenti problema il personale presente alle manifestazioni del comportamento dovrà riportare nella documentazione di competenza le seguenti informazioni:

- Dati dell'ospite
- Azioni
- Persone presenti all'episodio
- Orario e luogo/reparto in cui è avvenuto
- Esito per l'ospite, eventuali altre le persone coinvolte, l'ambiente
- Azioni successive.

4. RIFERIMENTI

- DGR 650 11/04/2013 - Regione FVG Autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA) e Hospice. Approvazione definitiva requisiti e procedura; DGR 817 del 13.05.2016 Approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo. Modifica Dgr 650/2013. DGR 2088 del 26.10.2017 LGS 502/1992, artt. 8 Bis, 8Ter, 8 Quater - Lr 17/2014, art. 48 e 49 - Programma regionale di accreditamento delle RSA e degli Hospice pubblici e SMI;
- Raccomandazione per il superamento della contenzione- All1 alla Del 1904-2016, Regione FVG;
- Corte Costituzionale, sentenza n.438/2008;
- Corte di Cassazione. sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005;