



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE,
SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

Corso di Laurea in Infermieristica

Elaborato finale

I COMPORTAMENTI AGGRESSIVI E VIOLENTI IN
PRONTO SOCCORSO: QUALE PRESA IN CARICO
PER GLI INFERMIERI? INDAGINE SULLA
PERCEZIONE E UTILIZZO DELLE TECNICHE DI DE-
ESCALATION

Referente: Dott.ssa Ghitti Maria Grazia

Laureanda:

Damioli Alice

Matricola n. 724932

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

PREMESSA	1
CAPITOLO 1. UN PROBLEMA CRESCENTE, POTENZIALE E PREVENIBILE: TRA VIOLENZA E DE-ESCALATION	4
1.1 Definizione e tipologie principali di violenza	4
1.2 Dati epidemiologici	5
1.2.1 Professionisti e luoghi di cura a rischio	5
1.2.2 Under-Reporting.....	5
1.3 Fattori di rischio dei comportamenti aggressivi	6
1.4 Conseguenze delle aggressioni sui sanitari	8
1.4.1 Debriefing per gli operatori della salute.....	9
1.5 L'importanza della formazione	9
1.6 Violenza contro i professionisti sanitari e pandemia da Covid-19	11
1.7 Misure di sicurezza atte alla prevenzione della violenza	12
1.8 Approccio comunicativo e de-escalation per contrastare la manifestazione dell'aggressività.....	13
1.8.1 Limiti degli studi nell'ambito della de-escalation.....	16
CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI	18
2.1 Obiettivo della ricerca.....	18
2.2 Ricerca bibliografica	18
2.2.1 Criteri per la selezione degli articoli.....	19
2.3 Indagine esplorativa	20
2.3.1 Definizione del campione di ricerca.....	20
2.3.2 Strumento per la raccolta dei dati.....	21
2.4 Metodologie di raccolta e analisi dei risultati	22
CAPITOLO 3. RISULTATI	23
3.1 Quadro teorico di riferimento: risultati della ricerca bibliografica	23
3.2 Risultati dell'indagine esplorativa	25
3.2.1 Caratteristiche del campione.....	25
3.2.2 Episodi subiti e manifestazione di violenza in Pronto Soccorso	26

3.2.3	Sequele post-aggressione	29
3.2.4	Misure di protezione e strategie applicabili contro il fenomeno violenza	30
3.2.5	Violenza in Pronto Soccorso durante la pandemia da Covid-19	32
CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI		34
4.1	Discussione dei risultati.....	34
4.1.1	Frequenza e caratteristiche degli agiti violenti nelle realtà indagate ...	34
4.1.2	Effetti della violenza subita sugli intervistati	36
4.1.3	Strategie di prevenzione	37
4.2	Conclusioni e suggerimenti per migliorare la pratica clinica	39
4.2.1	Punti di forza dell'indagine	39
4.2.2	Punti di criticità dell'indagine	39
4.2.3	Implicazioni e consigli per la pratica.....	40
BIBLIOGRAFIA		45
SITOGRAFIA.....		48
ALLEGATI		
RINGRAZIAMENTI		

PREMESSA

L'idea del seguente elaborato è nata dall'esperienza personale, proveniente da un tirocinio curricolare, svoltosi nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso nell'Azienda Ospedaliera Mellino Mellini di Iseo (ASST Franciacorta), durante il mese di Marzo 2021, che mi ha messo alla prova nella capacità di gestione comportamentale di diversi utenti, prevalentemente con problematiche mentali in fase di aggressività acuta eterodiretta. L'essermi ritrovata in prima persona, faccia a faccia con questa tipologia di assistito, inesperta rispetto alle abilità comunicativo-relazionali da impiegare per una buona riuscita nella gestione del comportamento aggressivo, ha suscitato in me curiosità e necessità di elaborare un percorso che potesse ampliare il mio bagaglio di conoscenze sull'argomento.

Il rischio di imbattersi in un evento violento, che può essere di natura fisica e/o verbale-psicologica, è ancora oggi fortemente sottostimato dagli operatori della sanità, sulla base dei dati riportati dalla letteratura scientifica: gli eventi noti e denunciati risultano essere solamente la punta dell'iceberg, e solo gli attacchi più drammatici, che riportano anche lesioni fisiche, sono le situazioni più comuni che inducono i professionisti alla segnalazione. Nello specifico, la categoria maggiormente esposta risulta essere quella infermieristica, implicata in prima istanza all'assistenza primaria richiesta dall'utenza. In Italia, secondo una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata di Roma, si stima che annualmente l'89,6% degli infermieri sia vittima di violenza, con particolare enfasi per i professionisti operanti nel settore dell'emergenza-urgenza. Il Pronto Soccorso è, infatti, un contesto di cura altamente vulnerabile, a causa della presenza di molteplici fattori di rischio. Tra essi si distinguono i fattori ambientali (eccessivo tempo d'attesa, problemi di sicurezza, fenomeno dell'overcrowding), fattori soggettivi, legati alla persona da assistere (età, sesso, presenza di malattia mentale, condizione patologica di abuso, aspetti a carattere psico-emozionale) e fattori legati alla carenza di comunicazione, dialogo ed ascolto reciproco.

L'elaborato pone il suo focus anche in merito alle strategie comunicativo-relazionali che permettono una buona riuscita nella gestione del comportamento aggressivo, agendo attraverso un approccio descalante. Dall'analisi delle numerose e molteplici tecniche di de-escalation esistenti, alcune vengono considerate più utili di altre ed il loro impiego varia a seconda della specifica situazione. Tra le teorie elaborate sull'argomento, una in particolare mi ha maggiormente interessata e, se preceduta da una valida formazione, potrebbe trovare applicazione nella pratica assistenziale. Conosciuta come "Metodo END", elaborato nel 2010 da Massimo Biondi, mette in primo piano l'importanza del saper comunicare con gli utenti, attraverso empatia ed atteggiamento non giudicante, attenuando la tensione emozionale ed impiegando la de-escalation.

Lo scopo individuato ed indicato nell'elaborato mira ad analizzare il fenomeno Violenza all'interno dell'Unità Operativa di Ponto Soccorso, in termini di:

- Come si manifesta?
- Quale forma di aggressività è maggiormente perpetuata?
- Quali le motivazioni che portano l'utenza allo sviluppo di comportamenti aggressivi?
- Quali le sequele per i professionisti?
- È possibile attuare misure di protezione/prevenzione? In che modo la de-escalation può essere utile?

L'elaborato si sviluppa in quattro capitoli: il primo descrive il quadro teorico di riferimento; il secondo riguarda i materiali e i metodi; il terzo capitolo illustra i risultati provenienti dall'indagine sul campo; il quarto capitolo si riferisce alla discussione dei risultati della ricerca in relazione alla letteratura scientifica di riferimento e vengono, inoltre, esposte le conclusioni ed i suggerimenti utili alla pratica assistenziale.

Il percorso metodologico si articola in due fasi:

Ricerca bibliografica: revisione della letteratura con circoscrizione della problematica da indagare; elaborazione del PICO e ricerca di articoli scientifici provenienti dalle banche dati di PubMed ed Emcare.

Indagine sul campo: costruzione di un questionario online attraverso i Moduli Google, composto da 19 domande totali (con 17 quesiti a risposta chiusa di tipo binario, oppure con l'impiego della scala Likert; e 2 quesiti aperti), da somministrare al personale infermieristico dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso dei presidi di Chiari ed Iseo (ASST Franciacorta). La composizione delle domande del questionario online, fa riferimento a precedenti questionari sull'argomento presenti e ricavati dalla letteratura scientifica di riferimento.

CAPITOLO 1. UN PROBLEMA CRESCENTE, POTENZIALE E PREVENIBILE: TRA VIOLENZA E DE-ESCALATION

1.1 Definizione e tipologie principali di violenza

Per violenza si intendono tutti quegli atti ed abusi tesi a umiliare e degradare il benessere e la dignità dell'uomo. L'OMS inquadra tale fenomeno come "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona o contro un gruppo, che determini o abbia probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione"¹.

Il fenomeno della violenza sul luogo di lavoro, rivolta agli operatori sanitari da parte delle persone assistite, è considerato un problema complesso, particolarmente rilevante ed in progressivo aumento, tuttavia ad oggi "non vi è una definizione univoca e condivisa che stabilisca cosa si intenda per *aggressione agli operatori*"². Viene definita da NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"³. Una definizione maggiormente completa evidenzia tale problematica come l'insieme dei "maltrattamenti, le minacce e le aggressioni che le persone subiscono in circostanze correlate al lavoro e che comportano un rischio alla loro sicurezza, al benessere e alla salute"^{2, 4}.

Le forme di violenza, perciò, includono "l'abuso fisico, verbale e psicologico, comportamenti minacciosi o intimidatori, così come la molestia sessuale o l'aggressione"⁵. Le più significative sono la violenza fisica, ovvero "l'uso intenzionale della forza fisica con il potenziale di causare morte, lesioni o danni"⁶, e la violenza psicologica, la quale è considerata una forma di oppressione, "spesso verbale, che ha lo scopo di controllare un altro individuo attraverso il degrado, l'umiliazione e la paura. Può includere minacce, intimidazioni e molestie, false accuse"⁶. Gli studi hanno riportato che è proprio "la violenza non fisica, rappresentata da abuso verbale, il tipo più frequente di aggressione in tutte le strutture sanitarie"⁷.

1.2 Dati epidemiologici

Sulla base di quanto riportato in letteratura, “il fenomeno è ancora oggi fortemente sottostimato, per la frequente sotto segnalazione delle aggressioni”² subite.

Secondo i dati INAIL 2020 riportati, in merito al tema delle aggressioni sul luogo di lavoro, “nel quinquennio 2015-2019 sono stati registrati in Italia 11 mila casi”, con una conseguente incidenza di infortuni nell’ambito sanitario pari al 9%, il triplo rispetto a quella che normalmente si verifica nell’Industria e negli altri servizi⁸.

1.2.1 Professionisti e luoghi di cura a rischio

La categoria maggiormente esposta risulta essere quella dei “tecnici della salute”⁸, costituita principalmente dagli infermieri, “più facilmente minacciati a causa della loro lunga interazione con i pazienti”⁷ e con i parenti/accompagnatori durante i loro turni di lavoro, “dovendo anche gestire rapporti caratterizzati da forte emotività”⁹.

Si stima che l’89,6% degli infermieri, soprattutto coloro che accolgono i pazienti (per esempio nel triage ospedaliero) per indirizzarli nelle aree di cura specifiche, “è stato vittima, secondo una ricerca condotta dall’Università di Tor Vergata di Roma, di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali da parte dell’utenza sui luoghi di lavoro”¹⁰.

Uno studio italiano condotto nel 2015, ha confermato il ruolo infermieristico come quello più a rischio di incorrere in episodi violenti, evidenziando la significatività del fenomeno nei reparti psichiatrici (86%), seguiti dall’area di emergenza-urgenza (in particolare il Pronto Soccorso, 71%) e dai reparti di geriatria (57%)⁷. In particolare, nel Pronto Soccorso il luogo dove più frequentemente avvengono le aggressioni è costituito dal triage¹¹ – sala d’attesa⁷, principalmente nella fascia oraria del turno pomeridiano, “probabilmente per i maggiori tempi d’attesa a cui sono frequentemente sottoposti i pazienti e/o i familiari”¹¹.

1.2.2 Under-Reporting

Gli atti di violenza verso gli operatori sanitari vengono considerati “eventi sentinella, in quanto segnali della presenza nell’ambiente di lavoro di situazioni di

rischio o di vulnerabilità”⁹, per i quali sono necessari interventi preventivi e protettivi nei confronti degli operatori e degli altri pazienti.

Oggi, tuttavia, si assiste al fenomeno della mancata denuncia (o under-reporting), che, come evidenziato da diversi studi, rappresenta una percentuale non indifferente (più dell’80%) “dei casi di violenza non denunciati”¹². Infatti “a causa della sotto segnalazione, dell’assenza di normative per la prevenzione della violenza e della mancanza di una definizione univoca del termine, la violenza sul lavoro potrebbe essere ancora più frequente di quello che indicano le statistiche”¹¹.

Per cui “si ritiene che gli eventi noti” costituiscano “solamente la punta dell’iceberg, con dimensioni in realtà molto più grandi di quanto si sia immaginato”².

Ciò che fa riflettere è l’atteggiamento prevalente dei professionisti della salute secondo cui “la violenza sul posto di lavoro è una parte culturalmente accettata della propria occupazione”^{7,13,14}. È riportato quanto la violenza nei contesti operativi venga spesso “giustificata, in quanto non consapevolmente voluta dal paziente che la commette”¹²: i professionisti tendono, quindi, a sviluppare una “tolleranza nei confronti dei comportamenti aggressivi”, che diventa ancora maggiore se si tratta di un utente con capacità di intendere e volere compromesse, magari conseguenti all’abuso di alcool o sostanze¹⁵. Spesso la sotto segnalazione può derivare anche dalla “paura di ritorsioni da parte dell’aggressore, o da sentimenti di vergogna relativi all’essere oggetto dell’aggressione”⁷. Un altro motivo può riguardare, inoltre, la tolleranza su alcuni episodi di violenza (soprattutto verbale), che vengono “minimizzati come minori”¹² e che di conseguenza non vengono segnalati.

L’under-reporting è diventato oggetto di vari studi che hanno evidenziato che generalmente “solo gli attacchi più drammatici con lesioni fisiche sono le situazioni che inducono i professionisti a denunciare l’incidente”⁷.

1.3 Fattori di rischio dei comportamenti aggressivi

Il Dipartimento di Emergenza, definito da Morrison come “il barometro del funzionamento di un’organizzazione sanitaria, perché costituisce l’interfaccia tra il servizio, l’ospedale e la comunità”^{11,16}, è un ambito di lavoro particolarmente vulnerabile agli episodi di violenza, a causa della presenza di molteplici fattori di rischio.

Tra le cause scatenanti comportamenti aggressivi vi sono quelli correlati alla tipologia di utente: età, soprattutto “compresa tra venti e trent’anni”, genere, con preponderanza del “sesso maschile rispetto che quello femminile” e condizione/malattia (“abuso di alcool e sostanze”)¹⁷. Esistono poi i fattori ambientali, identificati con l’eccessivo tempo d’attesa, i problemi di sicurezza, il fenomeno dell’overcrowding, ovvero del sovraffollamento e carenza di spazio all’interno dell’unità di cura. Tra tutti questi elementi, è il lungo tempo d’attesa “uno dei maggiori fattori di rischio per l’insorgenza di comportamenti aggressivi nei reparti di emergenza-urgenza”¹⁷. Infine, sono stati identificati fattori di scarsa comunicazione ed interazione tra i professionisti sanitari e i pazienti, che rappresentano ben il “36% delle motivazioni di irritabilità ed aggressività da parte degli assistiti”¹⁷.

“Lo scambio di comunicazione che si verifica tra il paziente, la famiglia e l’infermiere, influenza significativamente il grado di soddisfazione associato all’assistenza fornita”¹⁸. Ne deriva che la figura infermieristica, nei reparti di emergenza, specialmente in Pronto Soccorso, spesso “viene percepita come priva di empatia”¹⁸, a causa di comportamenti che appaiono impazienti, meno attenti, ad azione rapida e indifferenti. Questo causa un aumento negli utenti di reazioni disadattive associate alla paura e alla frustrazione, contribuendo così a un’escalation e a uno scoppio di aggressioni¹⁸.

Punto non indifferente è sottolineare come gli operatori che svolgono la propria professione all’interno di un Pronto Soccorso, si trovano a lavorare “a stretto contatto con i pazienti in condizioni emotive alterate, spesso in situazioni di crisi, con un elevato numero di accessi quotidiani e con lunghi tempi di attesa”¹¹. A tal proposito, secondo un’indagine condotta in merito al pensiero degli infermieri sui comportamenti aggressivi, è emerso che in Pronto Soccorso, “a volte le persone

violente tendono ad essere visitate per prime, ricevendo un vantaggio che va a discapito degli altri assistiti”¹⁵. Da considerare anche “l’ansia e preoccupazione per i trattamenti sanitari, l’insoddisfazione per le terapie, l’intolleranza per lunghi tempi d’attesa e per le comunicazioni mancanti”⁷. Infine, da non dimenticare la condizione degli operatori “spesso senza la disponibilità di sistemi di sicurezza necessari e senza un’adeguata formazione per il riconoscimento e la gestione dei pazienti aggressivi”¹¹.

“Certamente conoscere il paziente durante il ricovero, i suoi bisogni, il suo carattere, sapere quali patologie lo affliggono aiuterebbe gli infermieri a prevenire l’aggressività”¹⁵. Tuttavia, “queste informazioni mancano agli infermieri del Pronto Soccorso, che devono prestare cure ad un’utenza di passaggio, multiculturale, potenzialmente affetta da qualsiasi patologia, che spesso manifesta il proprio disagio aggredendo gli operatori, perché parte di un sistema che non li soddisfa”¹⁵.

1.4 Conseguenze delle aggressioni sui sanitari

Gli episodi di violenza contro gli operatori della salute, seppur sottovalutati, “possono essere considerati eventi sentinella, in quanto segnali della presenza nell’ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori”⁹.

Il fenomeno analizzato, come mostrano gli studi riportati in letteratura, comporta effetti negativi sullo stato di salute degli operatori, che si ripercuotono poi anche sull’ambito organizzativo, sociale ed economico, sotto forma di “decremento della produttività, assenteismo, congedi per motivi di salute ed elevato turnover”¹⁹.

Nel periodo tra Aprile 2012 e Marzo 2014 è stato condotto uno studio italiano, con l’obiettivo di indagare il livello di sofferenza psichica dei professionisti sanitari: se ne evince che l’essere stato vittima di fenomeni aggressivi, produca importanti conseguenze sul piano della salute sia fisica sia emotiva, ovvero sintomi somatici (cefalea, tachicardia, difficoltà nel sonno, calo dell’appetito), cognitivi (rimuginare sull’evento, autosvalutarsi, avere rimpianti) ed affettivi (sbalzi d’umore, irritabilità, impazienza, paura e rabbia)¹⁹. In merito alle emozioni negative derivanti dagli agiti

aggressivi da parte degli utenti, secondo uno studio del 2017, il personale infermieristico “ha riferito di provare rabbia nel momento in cui riteneva inaccettabile l’aggressività subita”²⁰. Questa ricerca ha evidenziato che il riconoscimento della modalità in cui “le emozioni del personale possono guidare nel contenimento dell’aggressività del paziente è fondamentale per comprendere il benessere del personale e la qualità dell’assistenza”²⁰ erogata.

Ulteriori ricerche mostrano come “il coinvolgimento emotivo degli operatori sanitari ad un episodio di aggressività può influenzare la loro capacità di problem solving e aumentare il rischio di errore”¹⁵. Inoltre, l’essere immersi costantemente in un clima di tensione conduce ad un aumento inevitabile dello stress (92%)², il cui ruolo insidioso e cumulativo nel tempo¹¹, porta i professionisti ad una “riduzione dell’autostima”², della “capacità di empatia”⁷, fino ad una “situazione di esaurimento”⁷, generando “meccanismi di burnout e/o comunque di disaffezione del proprio lavoro con un peggioramento qualitativo dell’assistenza offerta”¹¹.

1.4.1 Debriefing per gli operatori della salute

L’adeguato approccio operativo da seguire quando un episodio di violenza si verifica, è la registrazione dello stesso, nell’apposita S.R.A. (Scheda Registro Aggressioni), che consente anche il monitoraggio del fenomeno di violenza all’interno dei contesti di lavoro¹². La scheda di raccolta dati non si limita all’analisi dell’accaduto, ma è considerata utile “per effettuare un necessario debriefing con gli operatori coinvolti, così da facilitare un efficace processo rielaborativo dell’evento”¹².

Il debriefing consente agli operatori sanitari vittime di aggressioni di godere del diritto ad “interventi concreti di sostegno psicologico”¹⁹, con “la possibilità di creare un gruppo per discutere l’evento, per condividere le percezioni, i comportamenti e i vissuti”¹⁵: questo “è considerato dagli infermieri un valido strumento d’aiuto”¹⁵.

1.5 L’importanza della formazione

Le numerose ricerche sulla tematica della violenza all’interno del luogo di lavoro, evidenziano non solo la rilevanza del fenomeno, ma al tempo stesso il ruolo

importante della formazione dei professionisti, con lo scopo di informarli, fornire capacità nel riconoscere precocemente i meccanismi intrinseci alla manifestazione delle condotte aggressive, attribuire competenze comunicative per intervenire in modo efficace e per controllare l'escalation. A tal proposito, secondo lo studio di Cannavò ben "il 30% degli operatori afferma di non essere in grado di riconoscere la violenza e il 36% riferisce di non riuscire a bloccare l'escalation, rilevando la necessità di una maggiore formazione degli operatori sulla prevenzione e sulla gestione della violenza, al fine di aumentare le risorse di coping e ridurre lo stress"¹¹.

Purtroppo ancora oggi si assiste ad una formazione del personale sanitario quasi del tutto carente su questo argomento e, inoltre, "chi si trova ad affrontare situazioni pericolose in prima linea, spesso è impreparato"^{10,18}. Un programma di informazione, formazione ed aggiornamento continuo dei professionisti della salute risulta, quindi, essere un vantaggio nella relazione di cura con i pazienti e i loro familiari, per molteplici ragioni. In primis consentirebbe di intervenire in modo rapido e accurato, disinnescando le situazioni comportamentali aggressive¹⁸; prevenire i sintomi associati allo stress emotivo dei professionisti e alle conseguenti problematiche legate all'ambito organizzativo¹⁸; ridurre in modo significativo il numero di episodi di aggressione e di infortuni sul lavoro, aumentando al tempo stesso il senso di sicurezza generale del personale⁵; sviluppare abilità per una comunicazione efficace, essenziale per raggiungere interazioni terapeutiche positive¹⁸; "favorire la segnalazione degli incidenti derivanti dagli episodi violenti, dai reati verbali agli attacchi fisici"^{7,10}.

Esistono molteplici esempi di formazione rivolta al personale sanitario al fine di raggiungere una buona competenza nella gestione dell'utente aggressivo. Uno degli studi più rilevanti è stato condotto nel 2007, presso l'ospedale di San Diego, per verificare l'efficacia del programma educativo ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training)¹⁸. La formazione ACT-SMART, mirata allo sviluppo della capacità di comunicazione interpersonale atta alla prevenzione dell'escalation, ha prodotto risultati soddisfacenti sulla sua utilità: "l'efficacia è stata misurata attraverso l'auto-segnalazione della maggiore fiducia e dell'atteggiamento dell'infermiere nella

gestione della violenza”¹⁸. È stato dimostrato come una buona riuscita “nella gestione della situazione difficile supporta l’autoefficacia dell’infermiere. I sentimenti di successo promuovono un cambiamento nel comportamento e hanno il potenziale di influire sugli atteggiamenti e sul morale personali, fornendo un senso di soddisfazione nel rispondere alle esigenze degli utenti”¹⁸. Ne deriva il fatto che dalla soddisfazione per le prestazioni personali scaturisca anche di una soddisfazione complessiva del proprio lavoro.

Un ulteriore incentivo della formazione è emerso anche nelle Linee Guida (Policy and Framework Guidelines) della “Tolleranza Zero” verso gli episodi di violenza nei luoghi di lavoro, sottolineando la recente introduzione di una nuova figura infermieristica appositamente formata per assistere pazienti di Pronto Soccorso in attesa di cure. La funzione di questa figura, chiamata CIN (*Clinical Initiatives Nurse*, Infermiera di Iniziative Cliniche) diviene “parte integrante del team del Pronto Soccorso, con ampio ruolo di collegamento, approccio incentrato sul paziente e, ove necessario, la risoluzione dei conflitti”⁵.

Nel Settembre 2019, inoltre, la FNOPI ha dato inizio ad un percorso gratuito ECM (CARE: Consapevolezza – Ascolto – Riconoscimento – Empatia), rivolto a tutti i sanitari maggiormente a rischio di incorrere in episodi di violenza sul posto di lavoro. Il corso, “la cui filosofia si basa sulla de-escalation”, ha ottenuto risultati positivi sia per il numero di partecipanti (94.403 infermieri), sia per l’applicazione dei comportamenti appresi con una sensibile riduzione delle aggressioni¹⁰.

Di notevole rilievo la raccomandazione della Task Force American Psychiatric Association ha evidenziato la necessità “che il personale sanitario riceva un programma di formazione annuale sulla gestione delle emergenze comportamentali”²¹. Tale formazione, spesso tende a passare in secondo piano, forse per la diffusa preponderanza culturale di un approccio biomedico verso il paziente, ma è fondamentale considerare questa tematica “alla pari della formazione avanzata sul supporto vitale cardiovascolare”²¹.

1.6 Violenza contro i professionisti sanitari e pandemia da Covid-19

Durante l'anno passato e in quello corrente, abbiamo assistito alla comparsa, diffusione e sviluppo mondiale della pandemia da Covid-19, nella quale tutti gli operatori della salute sono stati coinvolti in prima persona nella lotta contro questo nemico.

Come afferma uno studio condotto in Turchia nel 2021, durante il periodo pandemico il fenomeno di violenza perpetrata da pazienti o accompagnatori nei confronti dei sanitari, ha determinato una significativa riduzione della sua incidenza, in rapporto agli eventi violenti che si manifestavano pre-pandemia. Probabilmente questa diminuzione registrata, potrebbe essere stata causata da una molteplicità di fattori, “dalla riduzione dei ricoveri di pazienti non Covid-19, all’allontanamento delle persone dagli ospedali dati i loro timori di trasmissione di Covid-19, alla mancata ammissione dei parenti dei pazienti negli ospedali”²².

La particolarità della ricerca ha messo in evidenza che, se oggettivamente il fenomeno si fosse ridotto, gli infermieri che hanno preso parte allo studio, erano convinti che le tipologie di violenza fisica, verbale, emotivo-psicologica verso se stessi, fosse incrementata durante il periodo pandemico, “il che suggerisce la probabilità di aver sperimentato burnout”²². Infatti, come suggerito dalla letteratura scientifica, “il mobbing – comportamento che può avere valenza di violenza psicologica, abuso emotivo, umiliazione, danneggiamento dell’autostima, demotivazione... – è aumentato significativamente negli infermieri durante la pandemia”²².

1.7 Misure di sicurezza atte alla prevenzione della violenza

L'infermiere è il professionista della salute alleato al cittadino, “non un bersaglio, non un capro espiatorio, non un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione e inefficienza del sistema”¹⁰. La prevenzione degli episodi violenti a danno degli operatori sanitari richiede che l'organizzazione non solo identifichi i fattori di rischio per la sicurezza, ma che metta anche in atto le strategie organizzative, strutturali e tecnologiche più opportune al fine di ridurre gli atti di violenza nei servizi sanitari¹⁰, seguendo la cultura della Tolleranza Zero, che

sostiene la segnalazione (reporting) di qualsiasi violenza o aggressione percepita legata al lavoro^{5,18}.

Alcuni esempi di misure strutturali possono comprendere: l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti, luoghi d'attesa confortevoli e con minimizzazione dei fattori stressogeni, arredamento adeguato⁹. Tra le misure tecnologiche si possono valutare: la necessità di installare impianti d'allarme^{9,23}, la videosorveglianza (attraverso telecamere IP in aree strategiche per monitorare gli utenti in attesa di cure)²³, sistemi di notifica di massa, utili per trasmettere messaggi a tutta la struttura in caso di situazioni di emergenza²³. Tra le misure organizzative, riguardanti "le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative"⁹, si possono evidenziare: la promozione chiara di una cultura a Tolleranza Zero⁹, la sensibilizzazione alla segnalazione delle aggressioni/minacce⁹, l'assicurarsi del passaggio di informazioni precise agli utenti in attesa⁹, la predisposizione di un team appositamente addestrato alla gestione di situazioni critiche con pazienti aggressivi^{9,5}, il coordinamento con le Forze di Polizia⁹, il lavoro di equipe²³.

1.8 Approccio comunicativo e de-escalation per contrastare la manifestazione dell'aggressività

Se tutte le misure di sicurezza precedentemente descritte fanno tutte parte di una prevenzione primaria mirata a ridurre la probabilità di scatenare un comportamento violento, l'approccio comunicativo efficace, le abilità relazionali e la de-escalation sono le principali forme di prevenzione secondaria della violenza^{12,24}. Il concetto di de-escalation è stato introdotto a metà degli anni Ottanta, in riferimento alla prevenzione della violenza nell'assistenza sanitaria e sociale²⁴. Il termine viene descritto "come un intervento psicosociale [...] che comprende un'ampia gamma di elementi interconnessi: comunicazione, autoregolazione, valutazione, azione, mantenimento della sicurezza, il cui scopo è quello di ridurre l'aggressività del paziente indipendentemente dalla sua causa, migliorare le relazioni tra personale e utente ed eliminare o ridurre al minimo le misure di coercizione/restrizione"²⁴. Il pensiero clinico contemporaneo "approva

interventi meno coercitivi”²¹ possibile nella gestione dei comportamenti aggressivi da parte delle persone assistite, con la finalità di “*aiutare l’utente a tranquillizzarsi*”, ovvero di considerarlo come soggetto attivo, “partner collaborativo con i membri del personale nella gestione del proprio comportamento”²¹.

La de-escalation di successo è un processo lineare, secondo Bowers (2014) e Berring (2016), e “consiste in un flusso di azioni, che iniziano con la creazione di uno spazio sicuro, quindi stabilendo relazioni reciproche, seguite dall’uso della creatività per la risoluzione del problema”²⁴.

Esiste un’ampia variabilità di tecniche di de-escalation studiate e che trovano applicazione nella pratica clinica, aiutando a guadagnare la fiducia nei confronti dell’utente. Tuttavia, non tutte le strategie comunicative-relazionali con la persona aggressiva possono essere insegnate attraverso programmi di formazione, poiché parte di esse sono competenze già innate nell’individuo. In primis l’empatia, “di vitale importanza, perché fa sentire il paziente compreso, convalida le sue esperienze”²⁵: la capacità di ascoltare l’altro deve essere una caratteristica peculiare dell’infermiere, poiché sta alla base della relazione di cura con gli assistiti. La capacità empatica traspare sia con il linguaggio verbale, per esempio tramite “l’utilizzo di un tono di voce calmo e gentile”²⁵, sia con il linguaggio non verbale, ovvero “con una postura aperta all’ascolto, contatto visivo, prossimità, tatto e segni facciali”²⁶. In secondo luogo, anche “la promozione di un atteggiamento dedito al rispetto, può disinnescare un comportamento aggressivo esplosivo”²³. Uno studio evidenzia come anche l’ascolto del “proprio istinto, del proprio sistema di allarme interno, che ci suggerisce che qualcosa non va”²³, può essere utile nella gestione del potenziale evento aggressivo.

Una delle tecniche di de-escalation più importanti risulta essere la capacità di apparire calmi di fronte all’aggressività, che ha un duplice effetto positivo: da un lato “aiuta la persona a gestire i sentimenti di rabbia e frustrazione”, dall’altro “consente al professionista di prendere decisioni terapeutiche più idonee”²⁵. L’approccio con un paziente agitato non è per nulla semplice, quindi, anche il lavoro di squadra con un numero adeguato di operatori gioca un ruolo di primaria

importanza, al fine di “provvedere alla riduzione dell’escalation e mantenere la sicurezza se l’agitazione si trasforma in violenza”^{21,23}.

Il *Western Journal of Emergency Medicine*, ha distinto le tecniche di de-escalation in dieci domini²¹. Il rispetto dello spazio personale permette di mantenere la sicurezza sia per il professionista che per il paziente in condizione di vulnerabilità. Il mantenimento di un atteggiamento non provocatorio consente di ridurre la percezione della persona di sentirsi umiliata; il contatto verbale e fornire informazioni concise è importante per non confondere ulteriormente l’utente provocando escalation; tutte queste strategie sono conosciute con il termine di “Talk Down”¹⁰. L’espressione di sentimenti e desideri può aiutare per l’identificazione delle esigenze dell’individuo. L’ascolto attento e attivo permette al paziente di essere compreso e al professionista di avere una conferma di ciò che è stato comunicato. Il risolvimento del problema può essere raggiunto con un comune accordo, o con l’imposizione di alcuni limiti, ma mantenendo un approccio non direttivo, oppure fornendo molteplici alternative. Infine, il debriefing per il paziente consiste nel “ripristinare la relazione terapeutica alleviando la natura traumatica dell’evento coercitivo e per diminuire il rischio di violenza aggiuntiva”; il debriefing per gli operatori consente di riflettere sull’accaduto e sui momenti critici possibilmente prevenibili in futuro²¹.

Uno degli studi italiani più significativi in merito all’applicazione delle tecniche di de-escalation in alcune realtà di cura, è quello ideato da Biondi (2010): il Metodo END (Empatia, Normalizzazione e De-escalation)²⁶. La comunicazione empatica è utile per stabilire un “ponte” con l’altro, consente di assumere un atteggiamento non giudicante nei confronti delle emozioni provate dall’utente, dal dolore, alla preoccupazione, alla paura o disperazione. La normalizzazione aiuta a ridurre la preoccupazione, la rabbia, la tensione emotiva eccessiva collegata ad un particolare evento; pone, quindi, l’attenzione sull’aspetto umano della situazione e lo riporta alla comune esperienza. La comunicazione normalizzante può essere utile da applicare, per esempio, nel caso di accessi in DEA per tentato suicidio o per crisi di panico... Con comunicazione descalante, invece, si intende l’insieme dei comportamenti verbali e non verbali atti a ridurre la probabilità di innesco di risposte aggressive o violente. È un’arte complessa che si può apprendere e

mettere in atto con un adeguato addestramento. Lo scopo della de-escalation è quello di ridurre l'attivazione emotiva, l'aggressività, il bisogno di attaccare. L'impiego della de-escalation implica la ricerca di un punto di accordo da cui partire, evitando la contrapposizione, le posizioni rigide e il conflitto: si tende alla collaborazione, si è possibilisti e mentalmente aperti²⁶.

In ambito di emergenza uno degli approcci suggeriti, al fine di evitare il verificarsi degli episodi di violenza contro il personale sanitario, è "la regola delle 3A: prestare attenzione, ascoltando attivamente l'interlocutore (Attend), valutare lo stato emotivo attraverso l'empatia (Assess), orientare verso una soluzione soddisfacente (Address)"¹². Occorrono tempo, competenza, esperienza, controllo di sé e pazienza per essere abili nel gestire tali situazioni.

La chiave per un buon management dei potenziali agiti violenti, quindi, consiste nel ruolo infermieristico di "Mediatore, con solida preparazione nella comunicazione e con affinate abilità relazionali"¹². L'autoregolazione emotiva è considerata il pilastro fondamentale per l'esercizio della buona pratica infermieristica: più il professionista avrà la capacità di non lasciarsi travolgere dalle emozioni negative, meno saranno compromesse le sue abilità nell'erogazione delle prestazioni di cura²⁰.

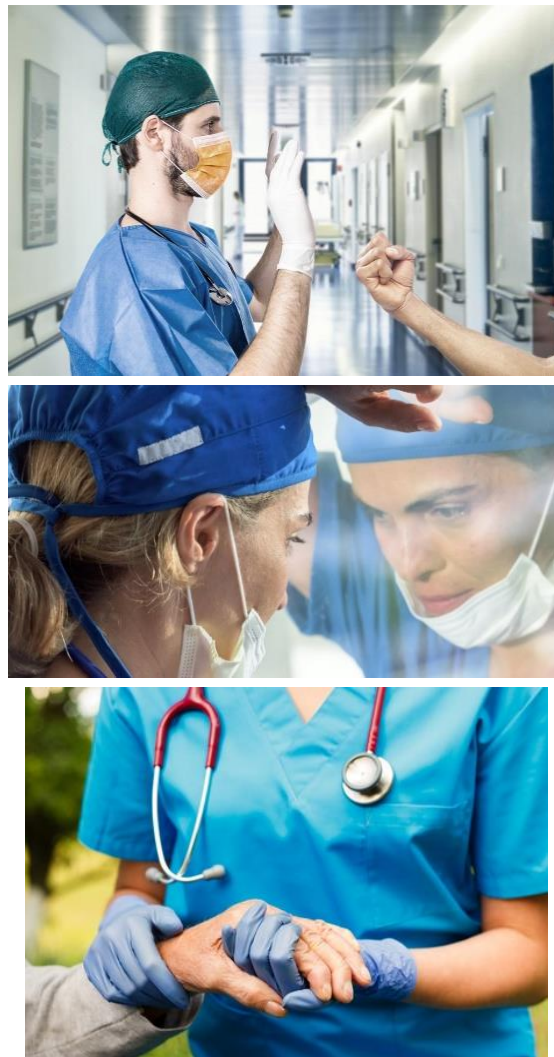
1.8.1 Limiti degli studi nell'ambito della de-escalation

Le ricerche riguardanti l'impiego, l'applicabilità e l'efficacia delle tecniche di de-escalation sono ancora oggi in via di evoluzione: "vi sono poche indicazioni chiare su ciò che costituisce la riduzione dell'escalation e nessuna buona pratica, linee guida basate sulle evidenze, su come dovrebbero essere insegnate le tecniche di de-escalation"^{21,24}. Alcuni studi, però, suggeriscono come la formazione possa aumentare la conoscenza e la fiducia sull'efficacia della de-escalation"²⁴.

Oltre alla mancanza di prove empiriche a sostegno degli studi condotti su quest'ambito, gli autori evidenziano che "la flessibilità nei diversi e singoli casi è più importante che basare la de-escalation su poche abilità ben esercitate o usare quelle abilità in un ordine predeterminato", poiché ciò che può essere

tranquillizzante/rassicurante per una persona, può non esserlo per un'altra, incrementando la rabbia e l'escalation²⁴.

“Le tecniche di de-escalation sono un fattore importante ma non unico”²⁵ per contrastare l'espressione di comportamenti aggressivi. “I dirigenti clinici dovrebbero mirare a fornire ambienti sicuri e strutturati con livelli di personale adeguati, mix di competenze e interazione positiva tra personale e pazienti. Oltre all'uso delle tecniche di de-escalation, gli infermieri devono raggiungere la consapevolezza di sé durante tutte le interazioni e concentrarsi sullo sviluppo di relazioni terapeutiche e di fiducia efficaci”²⁵.



CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo della ricerca

L'obiettivo dell'indagine esplorativa è quella di:

- Analizzare il fenomeno "Violenza" all'interno delle Unità Operative di Pronto Soccorso dell'ASST Franciacorta (presso le sedi di Chiari ed Iseo), focalizzando l'attenzione sulla percezione degli infermieri in merito allo stesso e sui motivi principali che possono indurre gli utenti alla manifestazione degli agiti aggressivi nel reparto di emergenza.
- Comprendere l'impatto emotivo e le sequele psicofisiche e professionali determinati negli infermieri coinvolti nell'indagine, in seguito alla manifestazione dell'evento aggressivo.
- Comprendere quali azioni e comportamenti vengono messi in campo dagli infermieri per gestire la situazione di violenza, raccogliendo informazioni riguardo all'efficacia dell'applicazione delle tecniche di de-escalation, identificando quelle maggiormente utilizzate dagli infermieri di Pronto Soccorso.
- Raccogliere narrazioni di esperienze vissute riportate dagli infermieri.

2.2 Ricerca bibliografica

Per definire il quadro teorico di riferimento è stata effettuata una revisione della letteratura volta ad analizzare e circoscrivere il problema, esplorandone tutte le sue variabili.

La ricerca bibliografica è stata condotta sul web nei mesi tra Aprile e Giugno 2021, partendo inizialmente da quesiti generali di background, per poi definire nello specifico quelli di foreground, in relazione al focus di approfondimento considerato (contesto di emergenza-urgenza).

Quesito generale di background: *"Come si sviluppa e in che modo può essere prevenuto/attenuato il fenomeno di violenza all'interno dei contesti lavorativi nei confronti dei professionisti della salute?"*

Quesiti di foreground:

- *“In quali modalità si manifestano gli episodi di aggressività/violenza nell’ambito dell’emergenza-urgenza? Chi sono i soggetti maggiormente coinvolti?”*
- *“Per quali ragioni il fenomeno è ampiamente diffuso in Pronto Soccorso?”*
- *“Esistono possibili modalità di prevenzione/protezione?”*
- *“Quali e come le strategie comportamentali possono essere utili per la prevenzione dell’escalation?”*
- *“Quali sono le conseguenze impattanti sulla sfera psico-fisica e professionale, derivanti dal fallimento nella gestione ottimale del fenomeno?”*

Per rispondere ai quesiti di background le fonti utilizzate sono state, nella fase iniziale: i libri di testo, le Raccomandazioni ministeriali sul tema, gli articoli pubblicati sulle riviste nazionali o enti di rilievo, il motore di ricerca Google Scholar (per una ricerca libera).

Per i quesiti di foreground, invece, definito il focus di approfondimento sono state utilizzate tali banche date di riferimento: Emcare e PubMed (versione gratuita di Medline).

2.2.1 Criteri per la selezione degli articoli

È stato utilizzato il metodo PIO e PICO per costruire le stringhe utili per la ricerca bibliografica specifica. I criteri di selezione sono stati:

- Abstract pertinente al tema;
- Lingua inglese e italiana;
- Articoli pubblicati dal 2000 ad oggi;
- Tipologia degli studi: tutti.

Si riportano alcuni esempi di domande specifiche ed elaborazione del PIO e del PICO:

- *“Quali strategie di comportamento descalante l’infermiere di Pronto Soccorso dovrebbe saper mettere in atto per la buona riuscita nella*

gestione e presa in carico dell'utente che manifesta agiti aggressivi/violenti?"

P: utenti che manifestano comportamenti aggressivi/violenti;
I: strategie di comportamento deescalante efficaci;
O: riduzione dell'aggressività/violenza dell'assistito.

- *“Quale formazione risulta essere efficace nell'aiutare gli infermieri di Pronto Soccorso a sviluppare delle buone competenze comunicative per migliorare l'assistenza complessiva all'utente aggressivo/violento?”*

P: infermieri che lavorano nell'area di Emergenza;
I: formazione tradizionale;
C: altro tipo di formazione;
O: capacità di comunicare efficacemente con il paziente aggressivo.

Di seguito elencate le stringhe di ricerca utilizzate, combinate con gli specifici operatori booleani (AND, OR, NOT):

- De-escalation AND Aggression.
- Aggression AND Violence training.
- Workplace violence AND Health care AND Communication AND Emergency.
- Nurses AND Workplace violence AND Covid-19.

2.3 Indagine esplorativa

2.3.1 Definizione del campione di ricerca

Per eseguire l'indagine sul campo si è proceduto con la selezione del campione dello studio, scegliendo di proporre un questionario per la raccolta dei dati agli

infermieri dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso presso i presidi di Chiari e Iseo (ASST Franciacorta).

Non sono state applicate delle limitazioni relative al grado di esperienza lavorativa in Pronto Soccorso dei singoli professionisti, poiché lo scopo della ricerca non è teso ad analizzare l'abilità d'azione del professionista esperto, ma è quello di andare ad indagare la percezione che gli infermieri hanno in merito al fenomeno Violenza e all'efficacia dello strumento di de-escalation, anche in riferimento al loro aggiornamento e formazione continui. Sono stati, quindi, coinvolti un totale di 58 infermieri (suddivisi in 39 infermieri presso il presidio di Chiari e 19 presso il presidio di Iseo).

Nel mese di Luglio 2021 si è proceduto con la richiesta di autorizzazione atta alla somministrazione del questionario al SITRA dell'ASST Franciacorta, che ha approvato la ricerca per scopi didattici, avvisando nel contempo i coordinatori infermieristici dei rispettivi Pronto Soccorso. Si procederà con una rilevazione dei dati e un'elaborazione delle informazioni in forma anonima, garantendo la massima riservatezza, ai sensi della normativa sulla Privacy e sulla protezione dei Dati Personali.

2.3.2 Strumento per la raccolta dei dati

Per la raccolta dei dati è stato costruito un questionario online a partire dalle informazioni presenti in letteratura (descritti da alcuni autori²⁷) e adattate al contesto.

Il questionario è composto da 19 domande a risposta chiusa di tipo binario (sì/no), a scelta multipla, oppure con scala Likert (con le diciture di: "per nulla", "poco", "abbastanza", "molto", "moltissimo"), volte ad indagare:

- Genere, età, anni di servizio prestati in Pronto Soccorso e formazione specifica.
- Parere degli infermieri sui fattori di rischio, manifestazione e luogo degli agiti violenti, fenomeno dell'Under-Reporting ed influenza della pandemia da Covid-19 sul fenomeno Violenza.

- Risposte ed interventi messi in atto o ritenuti efficaci per la prevenzione e/o gestione degli agiti violenti osservati e/o vissuti.
- Narrazione di un'eventuale esperienza vissuta concernente il fenomeno analizzato.

2.4 Metodologie di raccolta e analisi dei risultati

Il programma impiegato per la realizzazione del questionario online è stato “Moduli Google”. Con i dati ottenuti, si procederà con l'analisi quantitativa (statistica), ma anche qualitativa, per quanto concerne l'approfondimento delle domande aperte (15 e 19) riportate all'interno dello strumento di ricerca.

I risultati saranno presentati in forma aggregata sotto forma di grafici e/o tabelle, con l'impiego di Microsoft Excel; saranno poi riportati all'interno del successivo capitolo e confrontati nella discussione con la letteratura scientifica di riferimento.

CAPITOLO 3. RISULTATI

3.1 Quadro teorico di riferimento: risultati della ricerca bibliografica

Il quadro teorico di riferimento presentato è fondato sull'analisi della bibliografia selezionata e di seguito presentata:

RIVISTA – ANNO PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORI	TIPOLOGIA DI STUDIO
Psychology and Behavior Management (2016)	“Violenza sul posto di lavoro in diversi contesti e tra vari professionisti sanitari in un ospedale generale italiano: uno studio trasversale”	Ferri P. Silvestri M. Artoni C. Di Lorenzo R.	Studio trasversale
Clin Ter (2017)	“Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza”	Cannavò M. Fusaro N. Colaiuda F. Rescigno G. Fioravanti M.	Indagine retrospettiva
Advanced Emergency Nursing Journal (2008)	“The effect of ACT-SMART on nurses' perceived level of confidence toward managing the aggressive and violent patient”	Donna Cahill	Studio quasi sperimentale
Journal of Clinical Nursing Wiley (2021)	“Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the Covid-19 pandemic”	Sat S. O. Akbaş P. Sözbir S. Y.	Studio sperimentale
Scenario Aniarti (2012)	“Violence and aggression in the emergency department: an operative approach”	Ramacciati N. Ceccagnoli A.	Revisione della letteratura
Scenario Aniarti (2016)	“A questionnaire for the Italian National Survey 2016 violence towards emergency nurses: validation study”	Ramacciati N. Bambi S. Mezzetti A. Lumini E. Rasero L.	Studio di validazione

Rivista L'infermiere FNOPI (2020)	"Aggressione in pronto soccorso: il percepito dell'infermiere"	Thèodule A. Oriani R. Mastroianni F. Diano A.	
Rivista L'infermiere FNOPI (2012)	"Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari"	Fabbi P. Gattafoni L. Morigi M.	
International Association for Healthcare Security and safety Foundation (2017)	"Mitigating the risk of workplace violence in Health Care settings"	SIA health Care security Interest Group	Linee guida
International Emergency Nursing (2013)	"Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study"	Angrand S. Dowling M. Casey D.	Studio qualitativo
Politiche sanitarie (2018)	"La valutazione dell'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. Uno studio osservazionale"	Sanza M. Ceccarelli P. Ballanti L. Bruno A. lorio G. Loddo C. Polichetti I. Teodorani M.	Studio osservazionale prospettico
Western Journal of Emergency Medicine	"Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project BETA de-escalation workgroup"	Richmond J. Berlin J. Fishkind A. Holloman G. Zeller S. Wilson M.	Linee guida
International Journal of Mental Health Nursing (2012)	"Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis"	Price O. Baker J.	Revisione della letteratura

International Journal of Nursing Studies (2017)	“De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: concept analysis”	Hallet N. Dickens G. L.	Revisione della letteratura
International Journal of Nursing Studies (2017)	“Mental health nurses’ emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: cross sectional questionnaire survey”	Jalil R. Huber W. Sixsmith J. Dickens G. L.	Studio trasversale

3.2 Risultati dell’indagine esplorativa

3.2.1 Caratteristiche del campione

Il questionario è stato somministrato nel mese di Agosto 2021 agli infermieri Pronto Soccorso del PO di Chiari ed Iseo (ASST Franciacorta), attraverso la piattaforma online “Moduli Google”.

Il campione finale risulta costituito da 58 infermieri complessivi, dei quali hanno risposto 25 professionisti, con un tasso di risposta del 43,1% (poco meno della metà).

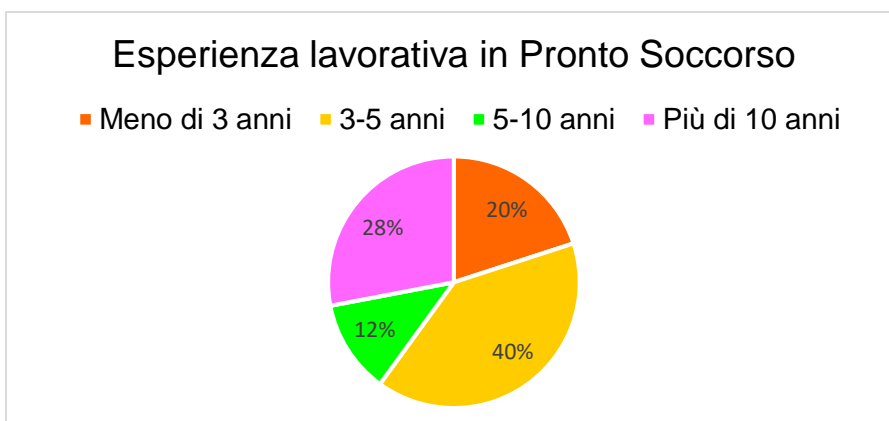
I partecipanti hanno un’età compresa tra <30 anni e >55 anni con la seguente distribuzione di genere: 56% (14 componenti) donne e 44% (11 componenti) uomini.

	<30 ANNI	31-40 ANNI	41-55 ANNI	>55 ANNI	Totale
Campione	36%	48%	12%	4%	100%
UOMINI	16%	20%	4%	4%	44%
DONNE	20%	28%	8%	//	56%

I. Tabella – Stratificazione per età e genere del campione

La classe di età più rappresentata è quella compresa tra i 31 e i 40 anni (percentuale corrispondente al 50%).

Per quanto concerne l'esperienza lavorativa la maggior parte del campione (40%) dichiara tra i 3 e i 5 anni di servizio, seguita dal 28% con oltre i 10 anni di servizio, il 20% con meno di 3 anni e infine il 12% tra i 5 e i 10 anni di servizio. Si riporta la rappresentazione grafica riguardante le percentuali appena descritte [II. Grafico].



II. Grafico

3.2.2 Episodi subiti e manifestazione di violenza in Pronto Soccorso

I risultati dell'indagine evidenziano che negli ultimi sei mesi di servizio l'84% degli infermieri di Pronto Soccorso dell'ASST Franciacorta sono stati loro stessi vittima e/o testimoni di aggressioni verbali ma anche di violenze sia fisiche che verbali. Tale percentuale può essere scissa nel 60% che ha dichiarato di aver subito solo aggressioni verbali e nel 24% che, invece, si reputa vittima sia di aggressioni fisiche che verbali. Nessun professionista ha dichiarato di essere stato aggredito esclusivamente a livello fisico, mentre il restante 16% ha esplicitato di non essere stato vittima e/o testimone di violenze sul luogo di lavoro [III. Grafico].

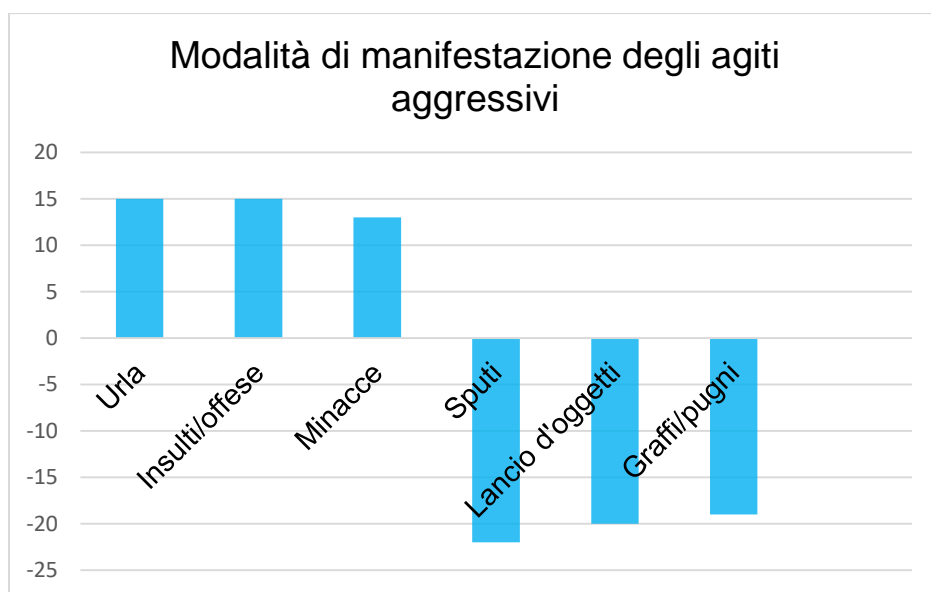


III. Grafico

Lo studio ha, inoltre, messo in rilievo, indagando la percezione degli infermieri in merito ai promotori degli agiti aggressivi, che la maggior parte delle aggressioni in Pronto Soccorso vengono perpetuate dai familiari/caregiver dei pazienti (68%), ancor prima degli stessi utenti (32%).

Un'altra importante informazione alla quale si è venuti a conoscenza grazie alle risposte ottenute dalla ricerca, riguarda l'area specifica entro la quale si svolge la gran parte delle aggressioni, ovvero il Triage (68%), seguita dalla sala d'attesa (28%).

In relazione all'esperienza dei candidati con il fenomeno aggressivo in Pronto Soccorso, si può evidenziare che la violenza verbale e psicologica si verifica molto più frequentemente rispetto a quella fisica. Dai dati a disposizione, infatti, emerge che le minacce (52%), gli insulti/offese (60%) e le urla (60%) sono considerati eventi rispetto ai quali i professionisti della salute si trovano spesso a dover fronteggiare (frequenza alta). Bassa o nulla frequenza, invece, è stata attribuita al lancio d'oggetti (80%), graffi/pugni (76%), sputi (88%) [IV. Grafico].

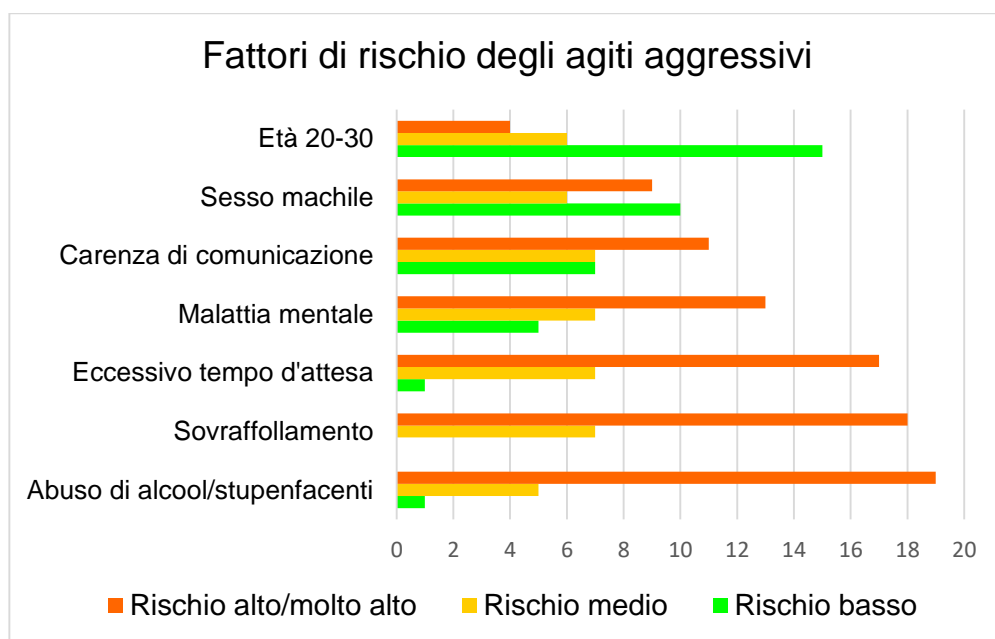


IV. Grafico

Un altro parametro analizzato dal questionario riguarda l'insieme dei fattori di rischio che sono maggiormente implicati nell'incremento di agiti aggressivi. Secondo la percezione e l'esperienza degli infermieri, l'abuso di alcool e stupefacenti (76%), il sovraffollamento del reparto di Emergenza (72%), l'eccessivo tempo d'attesa (68%), la presenza di malattia mentale (52%), sono

considerati i fattori di rischio preponderanti per la manifestazione di comportamenti aggressivi nei confronti dei sanitari.

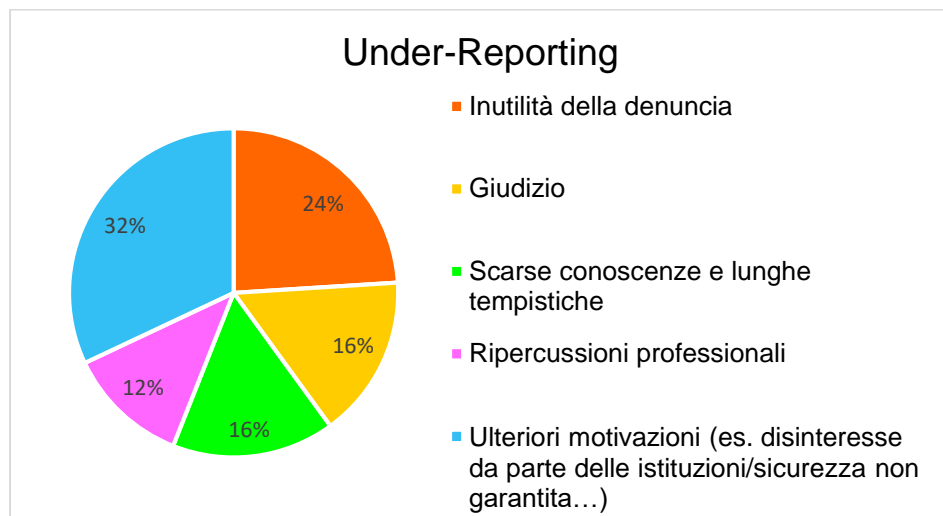
In merito al fattore comunicativo ed informativo tra professionisti ed utenti/familiari, si presentano opinioni discordanti: le percentuali mostrano che il 44% dei partecipanti ha riscontrato nella carenza del passaggio di informazioni un potenziale fattore di rischio per l'insorgenza di fenomeni violenti, mentre il 28% non ha attribuito una particolare rilevanza. Anche sulla questione del sesso maschile dell'utente si registrano risposte dicotomiche: tra chi ritiene che il sesso maschile sia maggiormente incline allo sviluppo di comportamenti violenti (36%) e chi non lo considera tra i maggiori fattori di rischio (40%). L'età compresa tra i 20 e i 30 anni del soggetto è stata considerata dalla maggior parte dei candidati (60%) un fattore di rischio non così significativo come quelli citati in precedenza [V. Grafico].



V. Grafico

Un ulteriore punto su cui riflettere concerne il fenomeno di Under-Reporting, per il quale sono state riportate diverse motivazioni della risaputa sotto-segnalazione del fenomeno di violenza sul posto di lavoro. Tra le alternative proposte il 24% ha sottolineato la diffusa percezione sull'inutilità di perseguire la denuncia, il 16% ha evidenziato un proprio timore nel giudizio che potrebbe derivare dall'avvenuta segnalazione, un altro 16% ritiene che vi siano scarse conoscenze sugli strumenti

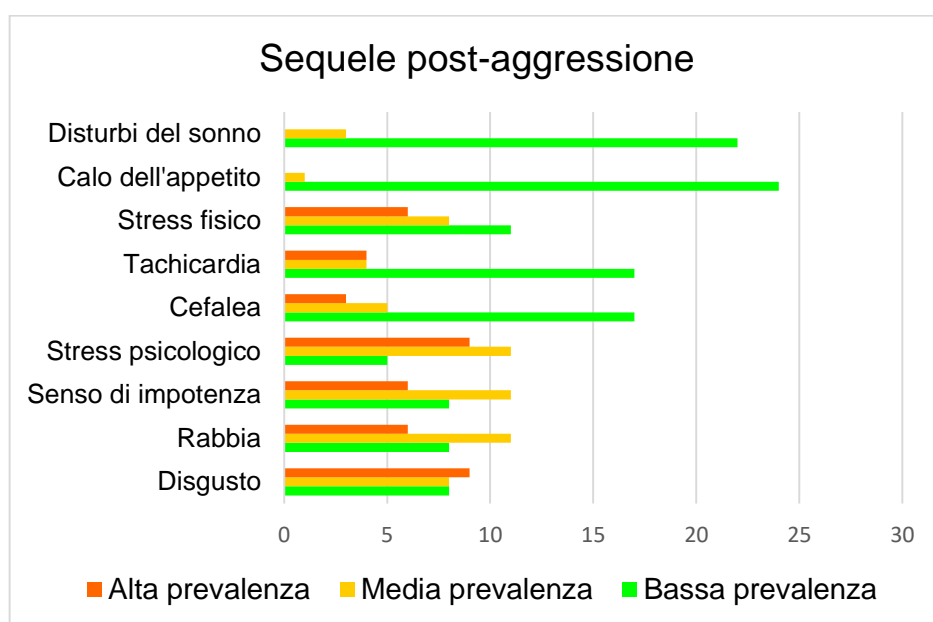
e che le tempistiche siano eccessivamente lunghe, il 12% ha timore di avere ripercussioni sulla propria carriera professionale [VI Grafico].



IV. Grafico

3.2.3 Sequele post-aggressione

I sintomi psicologici rispetto a quelli fisici sono stati evidenziati dai professionisti come quelli che hanno avuto un impatto maggiore. Tra essi quelli che hanno una prevalenza medio-alta provati dagli infermieri vittime o testimoni di agiti aggressivi sono: il disgusto, la rabbia, il senso di impotenza e lo stress psicologico. I sintomi fisici post-aggressione, invece, sono stati meno riscontrati: il calo dell'appetito e i disturbi nel sonno non si sono mai o quasi mai verificati negli intervistati, una bassa percentuale ha riportato cefalea, tachicardia e stress fisico [VII. Grafico].

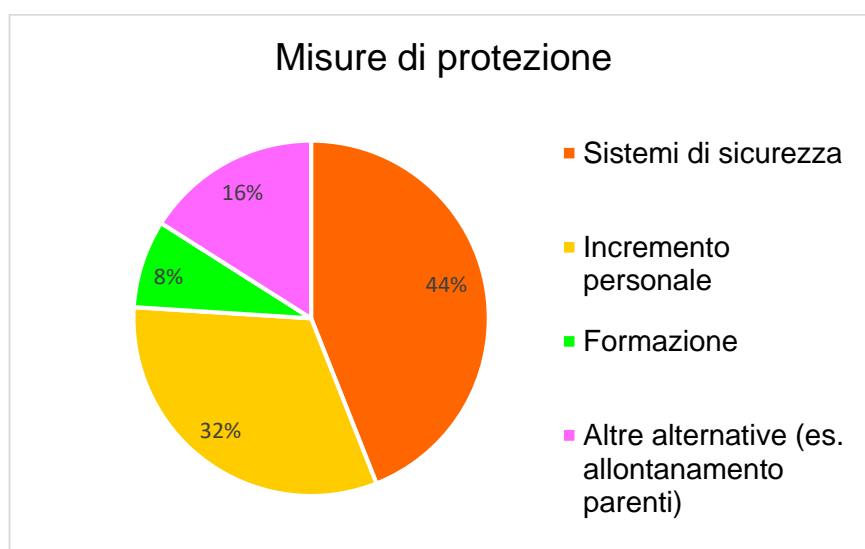


VII. Grafico

Ciò che merita attenzione riguarda l'influenza dell'agito aggressivo subito sull'agire professionale dell'operatore: la gran parte dei partecipanti ha messo in rilievo la difficoltà nel mantenimento del livello di concentrazione dopo essere stato vittima o testimone dell'aggressione (percentuale medio-alta riportata: 40%).

3.2.4 Misure di protezione e strategie applicabili contro il fenomeno violenza

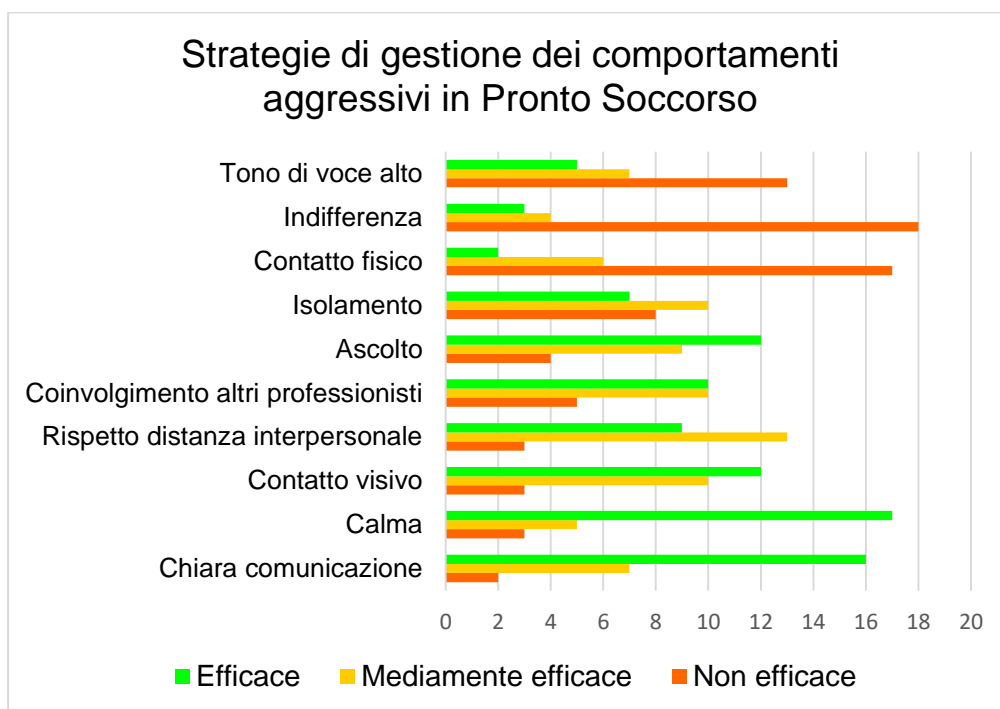
Dallo studio condotto il 44% dei candidati ha considerato l'intensificazione dei sistemi di sicurezza (allarmi, videocamere...) come la misura più funzionale per ridurre il fenomeno di violenza in Pronto Soccorso, il 32% l'incremento del personale durante i turni di lavoro; solo l'8% ha indicato l'accuratezza della formazione ed addestramento del personale, nonostante ben il 76% abbia segnalato di non aver partecipato ad alcun evento formativo in tema di violenza sul lavoro nell'ultimo anno [VIII. Grafico].



VIII. Grafico

Tra le strategie deescalanti che sono state considerate dagli infermieri tra le più utili ed efficaci al fine di placare le tensioni create con il paziente/familiare, sono state messe in evidenza l'utilizzo di una chiara comunicazione (64%), il mantenimento di un atteggiamento calmo (68%), il contatto visivo (48%) e l'ascolto (48%). Come strategie mediamente utili troviamo il rispetto della distanza interpersonale (52%) e il coinvolgimento di altre figure professionali (40%).

Risposte discordanti emergono in merito all'isolamento dell'interessato in una zona sicura (priva di distrazioni), secondo cui il 32% è una misura da evitare, mentre per il 40% può essere considerabile come misura mediamente efficace. L'indifferenza, il mantenimento del contatto fisico e l'impiego di un tono di voce alto, sono le accezioni che hanno riportato una maggiore percentuale di risposte negative (inefficacia di tali interventi) [IX. Grafico].



IX. Grafico

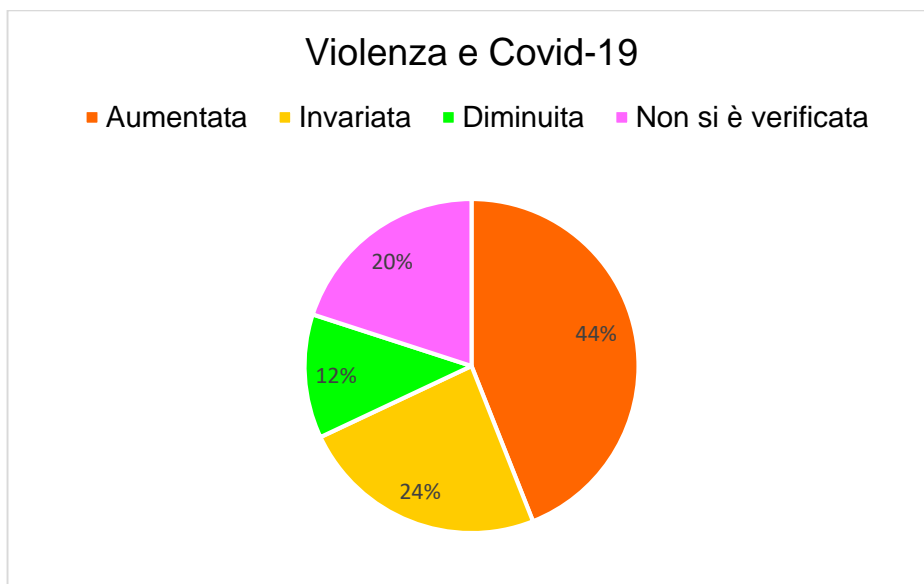
All'interno dello strumento di ricerca, inoltre, è stata data la possibilità ai candidati di raccontare (all'interno di una domanda aperta) una loro esperienza vissuta ritenuta significativa per la gestione efficiente o inefficiente di un comportamento aggressivo. Ecco alcuni dei riscontri:

- *“Sono riuscita ad ridurre la rabbia di un utente offrendogli tempo e spiegazioni sulla sua condizione di salute. Ho avuto successo nel gestire la situazione con calma e controllo. Il non sapere è causa di aumento di tensione e rabbia.”*
- *“Si presenta in PS un paziente psichiatrico in abuso di sostanze. Come equipe non siamo riusciti ad entrare in relazione; è stato gestito con l'aiuto della forza pubblica e necessariamente con rapida sedazione-contenzione.”*

- *“Durante il servizio 118 in automedica, il figlio di una signora con sintomi di ictus non ha voluto trasportare la madre in PS, nonostante gli fosse stato spiegato il rischio a cui poteva incorrere. Il parente era visibilmente alterato e ha litigato anche con la mia collega, diventando intrattabile. Mi sono avvicinato e parlandogli tranquillamente sono riuscito a calmarlo e spiegare la situazione. Alla fine del discorso ci siamo addirittura stretti la mano, ci ha ringraziati e si è scusato per l'accaduto. Dal punto di vista relazionale mi sono sentito sollevato.”*

3.2.5 Violenza in Pronto Soccorso durante la pandemia da Covid-19

All'interno del questionario è stata dedicata anche una sezione riguardante il fenomeno di violenza durante il periodo pandemico di Covid-19. I dati hanno riportato che quasi la metà dei professionisti che hanno partecipato alla ricerca (44%) ritiene che la violenza sul posto di lavoro sia aumentata rispetto al periodo pre-pandemia, il 24% ha evidenziato che l'incidenza degli episodi aggressivi siano rimasti invariati, mentre il 32% ritiene che i fenomeni violenti siano diminuiti o non si siano verificati durante la pandemia [X. Grafico].



X. Grafico

Il quesito aperto inserito in seguito, concernente la giustificazione alla domanda precedente, ha fornito un importante aiuto nella comprensione delle risposte ottenute sul rapporto violenza-periodo pandemico. Di seguito alcune delle risposte di coloro che hanno indicato un aumento del fenomeno:

- *“Le persone durante il periodo di pandemia e andando sempre più avanti sono diventate sempre più pretenziose.”*
- *“L’atteggiamento violento è in funzione ad una persona di natura già violenta che ha come risposta risolutiva la violenza; non è la pandemia che ha cancellato tale modo di agire, anzi sotto certi aspetti lo ha amplificato.”*
- *“L’utenza ha subito e subisce continuo stress e frustrazione per il fatto che i loro cari non possono far loro visita.”*

Tra le motivazioni di coloro che, invece, hanno riportato una riduzione/assenza del fenomeno:

- *“Durante la pandemia gli accessi al PS erano quasi esclusivamente per problematiche di salute gravi o molto gravi. Quando il paziente sta male è più compliant poich  percepisce di avere un effettivo bisogno di cure che non pu  trovare altrove, quando la problematica   banale, il tempo d’attesa per accedere alla visita medica viene considerato «troppo lungo» per la banalit  del problema.”*
- *“Durante il periodo Covid in PS vi erano solo pazienti che necessitavano di cura, non vi erano n  utenti con necessit  trascurabile, n  tantomeno i familiari.”*
- *“I parenti non erano ammessi ed i pazienti erano molto provati fisicamente.”*

CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione dei risultati

Dall'indagine condotta risulta che meno della metà, esattamente il 43,1% dei partecipanti, ha risposto al questionario. Le ragioni che giustificerebbero tale risultato potrebbero essere diverse:

- L'indagine aveva lo scopo di esplorare la percezione degli infermieri su una tematica di grande attualità, che però la letteratura mostra essere sottostimata dalla maggior parte degli operatori sanitari, e che potrebbe essere stata poco presa in considerazione anche da parte del campione selezionato.
- Alcuni quesiti richiedevano ai professionisti di esprimere le proprie emozioni ed il proprio vissuto in merito a fenomeni aggressivi subiti, per i quali i soggetti coinvolti avrebbero potuto avere difficoltà o non disponibilità a condividerli.
- Il questionario è stato somministrato nel mese di Agosto 2021, periodo di ferie di buona parte del personale: i soggetti sono stati contattati attraverso mail, ma non tutti potrebbero aver visionato l'invito di partecipare all'indagine.

I risultati ricavati sono presentati in forma aggregata per area tematica.

4.1.1 Frequenza e caratteristiche degli agiti violenti nelle realtà indagate

Confrontando i dati ottenuti dall'indagine sul campo con quelli riportati dalla letteratura scientifica, riguardo all'incidenza del fenomeno, alla tipologia di violenza e ai luoghi nei quali si manifesta maggiormente, si evidenziano notevoli concordanze.

La violenza sul posto di lavoro, nei confronti degli infermieri, è un evento ampiamente diffuso nell'area dell'emergenza-urgenza: le informazioni provenienti

dalla ricerca condotta sul campo mostrano che più dell'80% dei partecipanti sia stato vittima o testimone negli ultimi 6 mesi di aggressioni perpetuate da parte dell'utenza, dato che corrisponde perfettamente con quanto affermato dalla letteratura scientifica. A tal proposito, diversi studi italiani^{7,10} analizzati in letteratura, evidenziano l'elevata incidenza del fenomeno studiato nei confronti del personale ospedaliero.

Focalizzando, invece, l'attenzione sull'evento Violenza in relazione al periodo di pandemia da Covid-19, la letteratura scientifica ha evidenziato una ridotta incidenza del fenomeno, sebbene alcuni studi riportino opinioni e percezioni di sanitari che ritengono di aver subito un aumento di aggressività nei loro confronti durante la pandemia. Dalle risposte ottenute dal questionario online la percezione evidenziata da quasi la metà del campione (44%) ha rilevato un incremento degli agiti aggressivi in Pronto Soccorso rispetto al periodo pre-pandemia, che vedono come promotori i pazienti "frustrati per l'assenza dei loro cari e sempre più pretenziosi".

Il Triage del Pronto Soccorso è considerato l'area nella quale si verifica la maggior parte delle aggressioni al personale. Ponendo una riflessione in merito, spesso il luogo di accoglienza, con le caratteristiche di sovraffollamento, ritmo frenetico, assenza di un clima accogliente e confortevole, può risultare altamente frustrante per i clienti che accedono al Pronto Soccorso ed incrementare la condizione di stress. Pensare, invece, al triage come un luogo di accoglienza positiva, nel quale venga garantito il comfort delle persone da assistere (ad esempio posizionando un buon numero di postazioni a sedere), venga meglio gestito il tempo d'attesa (ad esempio attraverso schermi appositi), venga garantita la presenza di un operatore che possa fornire adeguate informazioni e sostegno relazionale, potrebbe essere la chiave per ridurre l'elevata incidenza del fenomeno di violenza.

È, inoltre, assodato (sia dai dati provenienti dalla letteratura che da quelli risalenti all'indagine sul campo) che le aggressioni verbali e psicologiche siano un fenomeno più frequente rispetto a quelle fisiche; gli insulti e le offese, al pari delle urla, spiccano come eventi di maggiore incidenza. Ne consegue che le denunce derivanti dall'aver subito violenza verbale sono nettamente inferiori rispetto alle

segnalazioni perseguite in caso di violenza fisica (spesso grave); tale fenomeno, conosciuto come Under-Reporting, è stato anche oggetto di studio all'interno del questionario somministrato. Si riporta, infatti, che una buona parte degli infermieri concepisce la segnalazione inutile, forse a causa della difficoltà di perseguire tale pratica, o per l'inconsapevole giustificazione/tolleranza attribuita alle aggressioni psicologiche, o forse per la possibilità di avere delle sequele negative in ambito professionale e personale, oppure per il timore nutrito nei confronti degli stessi aggressori.

Sotto il profilo delle cause scatenanti comportamenti aggressivi, lo studio sul campo si mostra in linea con ciò che viene descritto dalla letteratura scientifica. I risultati sottolineano che le caratteristiche intrinseche dell'utente siano i primari fattori di rischio predisponenti la violenza, tra cui si riconoscono l'abuso di alcool/stupefacenti e la presenza di malattia mentale. In secondo luogo, sono presi in considerazione i fattori ambientali: il sovraffollamento dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso e l'eccessivo tempo d'attesa. Sebbene anche la letteratura riporti i medesimi parametri, considera tuttavia i fattori ambientali come quelli di maggiore interesse per l'area di emergenza-urgenza, e quindi quelli sui quali si dovrebbe agire prevenendoli e/o correggendoli. Rispetto ai fattori legati alle persone assistite, quelli ambientali possono essere più facilmente modificabili e, pertanto, più controllabili in una prospettiva di prevenzione, di cui parleremo più avanti.

4.1.2 Effetti della violenza subita sugli intervistati

Gli infermieri che hanno aderito alla ricerca, hanno riportato come conseguenze delle aggressioni subite sintomi emotivi e cognitivi, rispetto che sintomi somatici. I disturbi del sonno ed il calo dell'appetito sono sintomi fisici che non si sono registrati con frequenza in seguito all'aggressione, secondo quanto riportato dai dati del questionario; la tachicardia e la cefalea, invece, hanno avuto una mediocre frequenza. In accordo a quanto descritto in letteratura, sono principalmente i sintomi emotivi (tra cui il disgusto, la rabbia e il senso di impotenza) e quelli cognitivi (difficoltà nel mantenimento della concentrazione), che determinano un pesante stress psichico nei confronti della vittima di violenza.

Questo aspetto è estremamente importante, poiché potrebbe compromettere il benessere degli infermieri coinvolti e, di conseguenza, esporli alla possibilità di non riuscire a mettere a disposizione dell'utente tutte le risorse emotive (empatia, capacità d'ascolto, dialogo...) e cognitive (attenzione, pensiero critico, decision making...) utili per gestire in sicurezza i problemi della persona che accede al Pronto Soccorso.

4.1.3 Strategie di prevenzione

Sulla base di quanto descritto, esistono delle misure di protezione e di prevenzione primaria, atte alla riduzione degli agiti violenti, per le quali la letteratura identifica da un lato strategie organizzative e tecnologiche orientate a garantire la sicurezza dei professionisti, e dall'altro l'informazione, la formazione e l'aggiornamento. Dall'analisi dei risultati del questionario somministrato, solamente le misure organizzativo-gestionali, quali ad esempio l'intensificazione dei sistemi di sicurezza e l'incremento del personale durante i turni di lavoro, sono state ritenute dagli infermieri dell'ASST Franciacorta quelle più utili ed efficaci per proteggere dalle manifestazioni aggressive.

È possibile pensare che la presenza di misure di protezione sotto il profilo organizzativo-gestionale (ad esempio sistemi d'allarme, videocamere...), costituiscano un elemento che infonde maggiore sicurezza agli operatori che, in modo coerente con quanto afferma la letteratura sul fenomeno di Under-Reporting, percepiscono la violenza come qualcosa di "inevitabile" e che può essere maggiormente tenuta sotto controllo da impianti tecnologici esterni. Tale aspetto può essere compreso anche in riferimento all'opinione espressa dai partecipanti rispetto alla formazione che non viene mediamente percepita come una misura di sicurezza valida. Questo dato si discosta nettamente da quanto affermato dalla letteratura scientifica, che riconosce, invece, nella formazione e nell'aggiornamento continuo un vantaggio significativo che permette al professionista sanitario di acquisire un bagaglio di competenze comunicative e relazionali, che possono aiutarlo nell'instaurare un'alleanza terapeutica ed un rapporto di fiducia con i pazienti ed i caregivers, disinnescando il fenomeno dell'escalation. Sarebbe necessario poter comprendere meglio quanto dichiarato

dagli intervistati, specificando cosa intendere quando si parla di “*prevenzione* degli agiti violenti” e quando si parla di “*protezione* dagli agiti violenti”. Nel primo caso, risulta sicuramente necessario agire sulla percezione del rischio e sulla presa in carico della persona che manifesta segnali di escalation.

In accordo con quanto affermato dalla revisione della letteratura pubblicata l'Agosto 2021, elaborata da Wirth e Peters, si potrebbe suggerire un programma di formazione educativa dei professionisti che tenga conto di programmi ibridi, ovvero l'impiego di piattaforme online integrate con l'addestramento in aula (in gruppo)²⁸. Questa tipologia di formazione può essere utile da un lato per promuovere l'ampliamento delle conoscenze e dall'altro l'applicazione di esercizi interattivi renderebbe più efficace l'apprendimento, soprattutto per quanto concerne le non-technical skills. Secondo quanto riportato dagli studi, inoltre, è importante prevedere una formazione semestrale del personale, poiché è stata osservata una significativa riduzione degli episodi violenti contro i sanitari, quando questi erano stati addestrati nei precedenti 90-150 giorni, ma non per periodi di tempo più lunghi²⁸.

Se la formazione e le misure di sicurezza vengano considerate mezzi di prevenzione primaria, l'approccio comunicativo e la capacità di utilizzo delle tecniche di de-escalation sono dei veri e propri strumenti di prevenzione secondaria. La carenza di comunicazione tra professionisti e pazienti/familiari, è considerata dalla letteratura come uno dei fattori scatenanti aggressività ed irritabilità, poiché influenza significativamente il grado di soddisfazione in merito all'assistenza erogata. Ciò che emerge dall'indagine sul campo, invece, considera tale tematica non tanto come fattore di rischio che può indurre l'attivazione dell'escalation, quanto la comunicazione chiara intesa come una delle più affidabili strategie di prevenzione secondaria per la gestione del comportamento violento. A tal proposito, sarebbe opportuno comprendere il significato che ogni professionista attribuirebbe al concetto di “comunicazione chiara”, quando si tratta di avvicinarsi ad una persona con tendenza all'aggressività.

Inoltre, in accordo con la letteratura, il mantenimento di un atteggiamento calmo, il contatto visivo e l'ascolto, sono le strategie più efficaci considerate dagli infermieri, atte ad aiutare l'utente a tranquillizzarsi.

Opinioni discordanti evidenziate dal questionario in merito agli strumenti deescalanti, riguardano il coinvolgimento di altre figure professionali durante la manifestazione di agiti aggressivi. Il 20% considera tale misura non efficace o addirittura ostacolante; una possibile giustificazione a riguardo potrebbe essere a causa di eventuali esperienze passate in cui l'interazione professionale non ha avuto particolare successo. La letteratura riporta, d'altro canto, come l'approccio con il paziente aggressivo sia davvero complesso, caratterizzato da diverse variabili, per le quali il lavoro multiprofessionale potrebbe aiutare la buona riuscita dell'intervento assistenziale.

4.2 Conclusioni e suggerimenti per migliorare la pratica clinica

4.2.1 Punti di forza dell'indagine

L'indagine svolta ha dato risposta alla maggioranza degli obiettivi prefissati: ha fornito una visione generale del concetto di violenza e di come questo sia significativamente diffuso all'interno dell'area di Pronto Soccorso. Indagando la percezione degli infermieri, sono state anche fornite delle indicazioni generali sull'insieme di azioni e comportamenti efficaci atti alla gestione dell'aggressività, evitando di andare incontro all'escalation. Sono state, inoltre, analizzate le conseguenze psicologiche, cognitive e somatiche derivanti dall'aver subito agiti aggressivi, nonché il fenomeno dell'Under-Reporting.

4.2.2 Punti di criticità dell'indagine

L'indagine condotta ha presentato alcuni limiti:

- Il campione ridotto: i dati raccolti, tuttavia sono risultati sufficienti per approfondire l'argomento, poiché legati ad un contesto molto specifico; hanno, quindi, permesso di scattare una fotografia utile per migliorare la gestione del problema indagato.

- L'indagine sul campo ha analizzato il fenomeno concentrandosi solamente su una specifica categoria di professionisti, ovvero la figura infermieristica, quale la più coinvolta e soggetta ai fenomeni di aggressione. Un punto da considerare riguarda il fatto che in Pronto Soccorso il lavoro è molto integrato con altri professionisti, per cui la ricerca può essere ampliata e rivolta anche ad altri operatori della salute, verificando i punti di convergenza e le dissonanze che possono emergere.

4.2.3 Implicazioni e consigli per la pratica

L'elaborato di tesi ha permesso di comprendere il fenomeno Violenza all'interno del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, approfondendone i diversi aspetti e mettendo in evidenza gli elementi utili a fornire suggerimenti orientati a migliorare la presa in carico con persone che giungono in Pronto Soccorso e che manifestano tendenza all'aggressività.

Ruolo della formazione

Nella gestione dell'utenza portata alla manifestazione di comportamenti aggressivi e/o violenti, è possibile agire su alcuni aspetti che ne possono costituire la causa scatenante. Da un lato vi sono interventi legati ad aspetti organizzativi-gestionali-ambientali, dall'altro quelli legati agli operatori coinvolti. Rispetto a quest'ultimo punto, la formazione rappresenta sicuramente una strategia vincente, non solo nell'ottica di incrementare il bagaglio conoscitivo sulle dinamiche, le motivazioni e le caratteristiche che portano una persona all'insorgenza dell'aggressività, ma anche sull'implementazione di abilità comunicativo-relazionali a partire dall'esperienza maturata.

Si potrebbe teorizzare un percorso di base da proporre in prima istanza al personale infermieristico neo-assunto e agli studenti, essendo esposti al rischio di una malgestione qualora si verificasse il fenomeno. L'altro livello di formazione, che potrebbe coinvolgere gli infermieri che hanno maturato una maggiore esperienza sul campo, è volto a riflettere e migliorare la comunicazione e la relazione che si trasmette all'utenza, allo scopo di acquisire una miglior padronanza e controllo di fronte all'individuo di difficile gestione, che manifesta il

problema. Ad oggi non esistono ancora delle linee guida o buone pratiche operative in riferimento all'applicazione delle tecniche di de-escalation, ne consegue che una tecnica può essere ritenuta più efficace rispetto ad un'altra, in base al bagaglio esperienziale vissuto dal professionista. Tuttavia, se attraverso la formazione, gli operatori della salute venissero educati ed addestrati sulle molteplici tecniche esistenti, ad esempio sviluppando quelle innate e sperimentandosi in quelle nuove apprese, si potrebbero notare dei risultati soddisfacenti nella gestione di queste situazioni che si possono verificare nella pratica clinica.

Grazie alla formazione il professionista è in grado di comprendere precocemente i segni che possono determinare l'escalation ed agire per attenuarli; diventa anche abile nell'instaurare relazioni di fiducia con gli utenti e, nel caso sia stato vittima di violenza fisica e/o verbale importante, è portato a segnalare il fatto, ritenendo al tempo stesso il debriefing una misura utile in questo percorso.

Metodo END: applicabilità in emergenza?

Focalizzando l'attenzione sull'importanza del corretto approccio comunicativo con il paziente aggressivo, dalle esperienze raccolte nella ricerca svolta sul campo e anche dall'analisi del vissuto della sottoscritta, si può evidenziare come la teoria fondata da Biondi, il Metodo END, possa trovare applicazione anche nel mondo dell'emergenza-urgenza, soprattutto nel caso di utenti con acuzie mentali e tendenza all'aggressività.

Spesso i professionisti dell'area di emergenza vengono visti da parte dell'utenza come privi di empatia, distaccati, indifferenti, forse a causa del ritmo frenetico presente in Pronto Soccorso, o per le notevoli molteplici urgenze alle quali devono far fronte. A tal proposito, se preceduto da un'accurata informazione e formazione, le strategie adottate dal Metodo END possono determinare nei professionisti sanitari lo sviluppo di una più proficua abilità comunicativa con i pazienti. La comunicazione è alla base dell'interazione e della relazione tra individui; va intesa in tutte le sue dimensioni, a partire dal linguaggio verbale, fino al non verbale. La comunicazione empatica, la normalizzazione e la de-escalation, sono le strategie su cui riflette il Metodo END.

Una situazione a cui frequentemente si potrebbe assistere in Pronto Soccorso riguarda l'informazione dei pazienti o dei loro caregivers accolti, in merito alla propria condizione di salute o sui tempi di gestione del problema manifestato (visita, esami richiesti, procedure diagnostiche...). Potrebbe capitare che a causa dell'eccessiva pressione sul Pronto Soccorso, dovuta per esempio al sovraffollamento o alla carenza di personale, il tipo di comunicazione e relazione messa in atto dai professionisti, magari troppo frettolosa o distaccata, possa non rispondere ai bisogni espressi dall'utente dal punto di vista informativo e di supporto empatico. La reazione conseguente che si scatena nel paziente/familiari, potrebbe portare allo sviluppo di comportamenti aggressivi, causati dalla frustrazione derivante dal fatto di non sapere.

Il Metodo END identifica, attraverso molteplici esempi risalenti alla pratica assistenziale, delle frasi utilizzabili dall'operatore nel momento in cui si trova in difficoltà nella gestione dell'utente che manifesta aggressività:

Buona comunicazione ma non empatica	Comunicazione empatica	Comunicazioni descalanti
"Stia tranquillo" "Non si preoccupi" "Sono qui per lei" "La aiuteremo"	"Dev'essere complicato attraversare questo periodo per lei" "Forse è un po' sotto pressione adesso, le posso essere d'aiuto?"	"Sono qui, la ascolto, per quanto possibile cercherò di aiutarla" "Apprezzo che lei abbia accettato di parlare"

Gli interventi che il Metodo END suggerisce per far fronte e gestire l'aggressività, che possono risultare applicabili nella pratica assistenziale, sono:

- Imparare a riconoscere i primi segnali di discontrollo: mimica facciale, sguardo, verbalizzazioni, mutamenti nella voce, atteggiamenti del corpo che si preparano alla lotta...
- Capire il motivo dell'insorgenza dell'emozione negativa (rabbia).

- Non ostacolare, contrastare, trattenere; mantenere la distanza; lasciare parlare; mantenere la calma ed offrire il proprio aiuto; comunicare (utilizzando un approccio descalante).



L'approccio del Metodo END offre, quindi, importanti spunti per la buona riuscita nella gestione di situazioni di contrasto. Nel contesto di emergenza-urgenza tale teoria potrebbe essere impiegata come tecnica d'approccio insieme alla regola delle 3A (Attend, Assess, Address) che, in quanto strategia costruttiva attiva, mira a salvare la relazione interpersonale prima ancora di risolvere il problema primario da cui è nata la discussione.

Progetti a supporto degli infermieri

Mettere in atto delle strategie per aiutare gli infermieri ad esprimere il proprio vissuto in relazione ad un episodio di violenza che li ha coinvolti in prima persona, possiede dei vantaggi al fine di preservare il benessere psicofisico del professionista stesso. Uno degli aiuti considerati tra i più validi per l'operatore della salute nella fase post-aggressione è sicuramente il debriefing, che permette alla persona di raccontare il proprio vissuto e le proprie emozioni, sfogarsi, essere ascoltato dal gruppo, ottenere dei consigli per attuare possibili soluzioni al problema. Si pensi, per esempio, al sollievo di confidarsi con i colleghi di lavoro ed al conseguente supporto psicologico che questi possono offrire. Come ulteriore

suggerimento in merito, si potrebbero consigliare delle attività di svago, atte a mettere da parte per un attimo le vicende lavorative e concentrarsi sul benessere personale. Degli esempi potrebbero riguardare l'esecuzione di attività rilassanti (camminate all'aria aperta), o lo sport (yoga).

Tutti questi suggerimenti variano a seconda dell'individuo e del proprio modo di elaborare il fatto, esternando il vissuto. Punto non indifferente è tenere in considerazione che tutti, in quanto esseri umani, abbiamo bisogno di supporto: a volte basta chiederlo.



“Certi rapporti sembrano anonimi. La competenza comunicativa, riconosce l'individuo, rispetta e riconosce l'altro come persona; questo permette di dare un volto proprio a chiunque.”

Dal Libro: “Comunicazione con il paziente: il Metodo END; Empatia, Normalizzazione, Descalation in crisi ed emergenza”, Massimo Biondi

Danioli Alice

BIBLIOGRAFIA

- 1 Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), "Quaderni di Sanità Pubblica. World Report on Violence and Health"
- 2 Théodule A., Oriani R., Mastroianni F., Diano A. (2020), "Aggressione in pronto soccorso: il percepito dell'infermiere", Rivista L'infermiere FNOPI, 57:3, 8-12
- 3 National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Aprile 2002, "Violence – Occupational Hazard in Hospitals"
- 4 Cashmore A. W., Indig D, Hampton S. E., Hegney D. G., Jalaludin B. B. (2012), "Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records", BMC Health Serv Res.
- 5 NSW Department of Health (28 Luglio 2003), "Zero tolerance: Policy and Framework Guidelines. North Sydney: NSW Department of Health"
- 6 American Association of Colleges of Nursing (2000), "Position statement, Violence as a public health problem", Journal of Professional Nursing
- 7 Ferri P., Silvestri M., Artoni C., Di Lorenzo R. (23 settembre 2016), "Violenza sul posto di lavoro in diversi contesti e tra vari professionisti sanitari in un ospedale generale italiano: uno studio trasversale"
- 8 Veronico L., Brusco A., Bucciarelli A., Mignacca F. R., Frusteri L. (Ottobre 2020), "Dati INAIL – Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Le aggressioni sul lavoro nella sanità e assistenza sociale", n°10
- 9 Ministero della Salute (novembre 2007) – "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", Raccomandazione n°8
- 10 FNOPI (Audizione Camera 22 Gennaio 2020), Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Camera 2117 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"

- 11 Cannavò M., Fusaro N., Colaiuda F., Rescigno G., Fioravanti M. (2017), "Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza", Clin Ter 168 (2)
- 12 Ramacciati N., Ceccagnoli A. (8 Febbraio 2012), "Violence and aggression in the emergency department: an operative approach", Scenario Aniarti 2012, 29 (2), 32-38
- 13 Schablon A., Zeh A., Wendeler D., et al. (2012) "Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study", BMJ Open, 2(5): e001420
- 14 Wolf L. A., Delao A. M., Perhats C. (2014), "Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care", J. Emerg Nurs., 40(4): 305-310
- 15 Fabbri P., Gattafoni L., Morigi M. (2012), "Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari", Rivista L'infermiere FNOPI, n°4
- 16 Morrison L. J. (1999), "Abuse of emergency department workers: an inherent career risk or a barometer of the evolving health care system?" CMAJ, 161(10): 1262-3
- 17 Angland S., Dowling M., Casey D. (20 Settembre 2013), "Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in emergency department: a qualitative study", International Emergency Nursing 22, 134-139
- 18 Donna Cahill, RN, MSN, CNS, CEN (2008), "The effect of ACT-SMART on nurses' perceived level of confidence toward managing the aggressive and violent patient", Advanced Emergency Nursing Journal Vol. 30, No. 3, 252-268
- 19 Sanza M., Ceccarelli P., Ballanti L., Bruno A., Iorio G., Loddo C., Polichetti GB I., Teodorani M. (Gennaio-Marzo 2018), "La valutazione dell'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. Uno studio osservazionale", Vol. 19 N° 1, Politiche Sanitarie
- 20 Jalil R., Huber J. W., Sixsmith J., Dickens G. L. (2017), "Mental Health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive

measures: cross sectional questionnaire survey”, International Journal of Nursing Studies

21 Richmond J. S., Berlin J. S., Fishkind A. B., Holland G. H., Zeller S. L., Wilson M. P., Rifai M. A. (Febbraio 2012), “Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup” Western Journal of Emergency Medicine, Volume XIII NO 1, 17-25

22 Özkan Şat S., Akbaş P., Sözbir S. Y. (10 Marzo 2021), “Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic”, Journal of Clinical Nursing WILEY

23 SIA Health Care Security Interest Group (Agosto 2017), “Mitigating the risk of workplace violence in Health Care settings”, International Association for Healthcare Security & Safety Foundation

24 Hallett N., Dickens G. L. (2017), “De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: concept analysis”, University of Birmingham

25 Price O., Baker J. (2012), “Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis”, International Journal of Mental Health Nursing (2012) 21, 310-319

26 Biondi M. (2014), “Comunicazione con il paziente: il Metodo END”, Roma: Alpes

27 Ramacciati N., Bambi S., Mezzetti A., Lumini E., Gili A., Rasero L. (2016), “A questionnaire for the italian national survey 2016 violence towards emergency nurses: validation study”, Scenario Aniasi 2016, 33 (3), 22-26

28 Wirth T., Peters C., Nienhaus A., Schablon A. (Agosto 2021), “Interventions for Workplace Violence prevention in Emergency Departments: a systematic review”, International Journal of Environmental Research and Public Health

SITOGRAFIA

www.who.int

www.istat.it

www.fnopi.it

www.pubmed.org

www.emcare.com

www.ilministerodellasalute.it

www.cdc.gov

ALLEGATI

ALLEGATO I.

Domande del questionario online:

QUESTIONARIO RIVOLTO AGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO
LEGATO ALLA PERCEZIONE DELLA VIOLENZA E APPLICAZIONE DELLE
TECNICHE DI DE-ESCALATION

1) Genere:

- Maschio Femmina

2) Età:

- <30 31-40 41-55 >55

3) Da quanti anni lavora in Pronto Soccorso?

- Da meno di 3 anni
 Da 3 a 5 anni
 Da 5 a 10 anni
 Da più di 10 anni

4) In relazione alla Sua esperienza in Pronto Soccorso, con che frequenza si è trovato a gestire le seguenti situazioni aggressive?

Parametri: *Per nulla; Poco = 1 volta in un mese; Abbastanza = 2-3 volte in un mese; Abbastanza frequentemente = 3-5 volte in un mese; Molto frequentemente = più di 5 volte in un mese*

- Lancio di oggetti
 Graffi/pugni
 Sputi
 Spintoni
 Offese/insulti
 Urla
 Minacce

5) Chi sono più frequentemente i promotori degli agiti aggressivi in Pronto Soccorso?

- Utenti che accedono al servizio

- Familiari o caregivers degli utenti
 - Altri operatori accompagnatori (es. personale dell'ambulanza)
 - Personale del Pronto Soccorso
- 6) In quale area del Pronto Soccorso si svolgono maggiormente le aggressioni?
- OBI
 - Sala d'attesa
 - Triage
 - Sala visita
- 7) Secondo Lei, i seguenti fattori aumentano maggiormente il rischio di una reazione aggressiva o violenza da parte dell'utente nei confronti degli operatori del Pronto Soccorso?
- Parametri: *Per nulla; Poco; Abbastanza; Molto; Moltissimo*
- Sesso maschile dell'utente
 - Età compresa tra 20 e 30 anni
 - Abuso di alcool e stupefacenti
 - Presenza di malattia mentale
 - Eccessivo tempo d'attesa
 - Sovraffollamento del Pronto Soccorso
 - Scarso tempo da poter dedicare all'utente per sovraccarico di lavoro
 - Carenza di informazioni/comunicazione
 - Non poter avere accanto i propri familiari
- 8) È a conoscenza del fenomeno di Under-Reporting? (Mancata denuncia dei casi di violenza/aggressività ai quali sono esposti i professionisti)
- Sì No
- 9) Per quale motivo, secondo Lei, il fenomeno viene sotto-segnalato?
- Paura del giudizio
 - Timore di avere ripercussioni sulla propria carriera professionale
 - Timore di subire denunce da parte dell'utente/familiari
 - Altro (specificare)

10) Negli ultimi 6 mesi Le è capitato di essere vittima o testimone di aggressioni fisiche e/o verbali?

- Sì (solo aggressioni fisiche)
- Sì (solo aggressioni verbali)
- Sì (sia aggressioni fisiche sia verbali)
- No

11) Ripensando ad un evento nel quale ha avuto la percezione di aver gestito bene la situazione riuscendo a contenere e ridurre il livello di aggressività della persona, quale strategia utilizzata, secondo Lei, si è rilevata efficace?

Parametri: *Per nulla; Poco; Abbastanza; Molto; Moltissimo*

- Rispetto della giusta distanza interpersonale
- Isolamento/spostamento dell'interessato in una zona sicura (priva di distrazioni, lontano dagli altri utenti...)
- Utilizzo di una comunicazione chiara
- Impiego di un tono di voce alto perché l'utente comprenda meglio
- Mantenimento di un atteggiamento calmo e controllo di sé
- Dedicare tempo aggiuntivo
- Mantenere un contatto visivo
- Contatto fisico
- Coinvolgimento di altre figure professionali
- Ascolto
- Indifferenza/evitamento

12) Ripensando ad un evento aggressivo subito, con quale intensità prova i seguenti sintomi psico-fisici (emozioni, stati d'animo, malessere fisico)?

Parametri: *Per nulla; Poco; Abbastanza; Molto; Moltissimo*

- Rabbia
- Paura
- Disgusto
- Indifferenza
- Odio nei confronti dell'aggressore
- Senso di impotenza

- Stress fisico
- Stress psicologico
- Cefalea
- Tachicardia
- Disturbi del sonno
- Calo dell'appetito

13) Ripensando ad un evento aggressivo subito, con quale intensità ritiene che il suo esercizio professionale sia stato influenzato?

Parametri: *Per nulla; Poco; Abbastanza; Molto; Moltissimo*

- Aumento del rischio di errore
- Riduzione dell'autostima
- Riduzione della capacità di empatia
- Difficoltà nel mantenere la concentrazione
- Difficoltà nella presa di decisioni

14) Ripensando al periodo di pandemia da Covid-19, ritiene che:

- La violenza nei confronti degli infermieri sia aumentata
- La violenza nei confronti degli infermieri sia diminuita
- La violenza sia rimasta invariata rispetto al periodo pre-pandemia
- La violenza nei confronti degli infermieri non si è verificata durante il periodo pandemico

15) Se ne ha la possibilità, provi a giustificare la sua risposta alla domanda precedente:

[*Quesito aperto*]

16) Quale misura reputa maggiormente funzionale al fine di ridurre l'incidenza del fenomeno in Pronto Soccorso?

- Intensificazione del sistema di sicurezza (es. allarmi, videocamere...)
- Formazione ed aggiornamento più accurati del personale
- Incremento del personale (numero di professionisti) durante i turni di lavoro
- Altro (specificare)

17) L'azienda sanitaria nella quale è inserito promuove percorsi formativi atti alla minimizzazione della violenza nei luoghi di cura e alla preparazione/gestionale delle situazioni di emergenza comportamentale?

Sì No

18) Se sì, nell'ultimo anno a quanti corsi formativi sulla gestione della violenza e sulla comunicazione difficile ha partecipato?

Nessuno 1 2 Più di 2

19) Se la sente di raccontare un'esperienza vissuta, che ritiene particolarmente significativa in cui ha avuto successo o insuccesso nella gestione di un comportamento aggressivo?

[*Quesito aperto*]

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato ci tenevo a ringraziare di cuore tutte le persone che mi hanno sostenuto in questo percorso di crescita personale e professionale.

Innanzitutto ringrazio la mia relatrice, la Dottoressa Maria Grazia Ghitti, che con i suoi preziosi consigli e suggerimenti, ha saputo guidarmi nelle ricerche e nella stesura di questo elaborato.

Un grazie speciale va ai miei genitori, per aver sempre creduto nelle mie capacità e potenzialità, per avermi permesso di conseguire il mio sogno, per essermi stati sempre accanto anche nei momenti di sconforto, per tutto l'affetto che ogni giorno mi donate. In particolare, grazie a mamma, il mio esempio di vita, la persona più forte, determinata ed amorevole che io conosca, che, fin da piccola, mi ha aperto gli occhi sulla bellezza del "prendersi cura dell'altro", nonostante le domeniche e le festività passate al lavoro, e mi piace pensare a come questa sua passione sia in qualche modo diventata anche la mia! E grazie a papà, che con la sua energia positiva è capace di trasformare tutti i miei bronchi in sorrisi, che mi ha trasmesso i suoi valori e mi ha appoggiata nelle scelte importanti.

Ringrazio mia nonna Teresina, che ad ogni esame universitario mi ha sempre pensata intensamente e protetta con le sue preghiere. E ringrazio anche mia nonna Emilia, che dal cielo veglia su di me, ed è bello immaginare a come sarebbe felice del traguardo raggiunto dalla sua nipotina.

Ringrazio i miei compagni di corso, miei alleati, con i quali ho condiviso tante gioie, dubbi, ansie, lacrime e momenti meno felici. In particolar modo, ci tenevo a dire grazie a Valeria e a Valentina, con le quali, in questi tre anni, ho instaurato un'amicizia vera e autentica, che mi auguro perduri anche in futuro. Oltre che valide confidenti, le considero un po' come le mie due sorelle maggiori, quelle su cui puoi contare, perché sono sempre pronte ad ascoltarti senza giudicarti.

Grazie anche alle mie fantastiche amiche, Lara, Khaoula, Miriam e Sara, che nonostante non veda o senta tutti i giorni, so con certezza che mi sono vicine, pronte a supportarmi e offrirmi i loro più preziosi consigli. Ci tenevo, in particolare,

a ringraziare Lara, amica d'infanzia, persona vera, leale e gentile, con la quale ho condiviso e condivido tutt'ora segreti, consigli, gioie, preoccupazioni... E Khaoula, amica sin dal periodo adolescenziale, che mi capisce dal solo sguardo senza il bisogno di parole, che mi dona affetto nei momenti di sconforto e mi prende in giro per il resto del tempo, che ad ogni evento deve farsi aspettare almeno dieci minuti fuori casa, che solleva il morale con la sua risata contagiosa. Grazie per credere in me, per avere una grande capacità di ascolto e comprensione, per essere sempre dalla mia parte.

Un ultimo grazie speciale va al mio ragazzo, Nicolas, che durante questi tre anni mi è stato tanto vicino, che ha trasformato le mie fragilità in punti di forza ed è riuscito a dare una luce di positività al mio persistente pessimismo. Grazie, quindi, per aver gioito insieme a me nei momenti di felicità ed avermi tranquillizzata in quelli di difficoltà, per aver condiviso le mie innumerevoli ansie, per avermi fatto da cavia nei primi prelievi, per riempirmi di domande ed essere curioso rispetto a ciò che ho studiato e che ho applicato, per avermi sempre detto "Andrà tutto molto bene, ne sono sicuro" prima di ogni esame...

Vorrei, infine, dedicare questo traguardo a me stessa, per tutti i sacrifici e per la tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui e coronare il mio sogno; che possa essere l'inizio di una brillante carriera professionale!