



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**Ricerca bibliografica sulle tecniche di  
de-escalation**

Relatore:

**Dott. Maurizio Ercolani**

Tesi di Laurea di:

**Cristina Capriotti**

Correlatore:

**Dott.ssa Mara Marchetti**

A.A. 2019/2020

## INDICE

1. ABSTRACT	
2. INTRODUZIONE.....	1
3. OBIETTIVO.....	2
4. MATERIALI E METODI.....	3
5. RISULTATI.....	5
6. DISCUSSIONE.....	6
6.1. ASPETTI GENERALI.....	6
6.2. CICLO DELL'AGGRESSIONE.....	11
6.3. CONTENZIONI.....	22
6.4. RUOLO DELL'INFERMIERE.....	25
6.5. L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE.....	33
6.6. TECNICHE DI DE-ESCALATION.....	34
6.7. TALK DOWN.....	37
6.8. STAY COOL.....	41
6.9. OODA LOOP.....	48
7. CONCLUSIONE.....	51
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	

## **ABSTRACT**

Le tecniche di de-escalation sono delle tecniche che l'operatore sanitario può utilizzare per gestire le situazioni di emergenza in cui si trova di fronte una persona che sta per entrare nella fase di crisi del ciclo dell'aggressività.

Nel corso di questa revisione della letteratura si cerca di far maggior chiarezza sull'utilizzo di queste tecniche in modo tale che tutti gli infermieri possano utilizzarle e di conseguenza evitare l'utilizzo di misure coercitive.

Gli articoli selezionati per questa revisione sono in totale venticinque e i motori di ricerca utilizzati sono: EBSCO host (medline-cinahl), Pubmed e Google Scholar. Sono stati analizzati esclusivamente gli articoli full text ambientati in strutture psichiatriche.

Queste tecniche, se utilizzate correttamente, migliorano l'assistenza e la relazione tra infermiere ed assistito, tutelano l'assistito garantendone la dignità. Inoltre, evitano l'utilizzo di misure coercitive.

Parole chiave: tecniche di de-escalation, aggressività, salute mentale, infermiere, assistito, contenzione.

## **INTRODUZIONE**

Le tecniche di de-escalation hanno come obiettivo quello di non far arrivare la persona assistita alla fase della crisi, evitare che la situazione possa sfuggire di mano a tutte le persone coinvolte nella relazione e di conseguenza tutte le parti siano costrette a dover prendere decisioni spiacevoli che si sarebbero potute evitare.

Nella tesi si affrontano questi argomenti (che non sono stati molto analizzati) perché ogni infermiere, quando svolge la propria professione e si trova in queste situazioni, dovrebbe affrontarle concentrandosi sul bene dell'assistito: deve cercare di non farlo arrivare all'apice della sua agitazione, di proteggerlo nei momenti in cui non è al massimo del suo benessere fisico, psicologico e sociale; cercando, però, di proteggere se stesso, i colleghi e tutte le altre persone che lo circondano.

Si utilizzano queste tecniche anche per dare maggiore sicurezza a tutti gli operatori che devono relazionarsi con persone che quando arrivano al culmine della loro agitazione possono svolgere delle azioni di cui poi si pentiranno in seguito.

È importante conoscere e saper utilizzare queste tecniche per evitare l'utilizzo di contenzioni fisiche e farmacologiche e tutte le problematiche che ne conseguono.

L'infermiere, in quanto responsabile del prendersi cura dell'altro, dovrebbe riuscire a gestire l'aggressività delle persone con cui lavora e ogni operatore sanitario nel corso della sua carriera si interfacerà spesso con persone aggressive e con l'utilizzo di questi interventi riuscirà a ridurre l'intensità dell'aggressività.

In questa tesi sono state descritte alcune tecniche di de-escalation quali "talk down", "stay cool" e "OODA Loop". Si è posta maggiore concentrazione negli articoli che avevano come setting le strutture che ospitano persone con malattie psichiatriche.

## **OBIETTIVO**

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di fare maggiore chiarezza sulla diffusione, conoscenza ed applicazione delle tecniche di de-escalation. Si vuole sottolineare l'importanza di una maggiore formazione che si deve fare per utilizzarle e la scarsità di letteratura in merito. Tutto ciò, si ritiene rilevante poiché l'infermiere le deve saper applicare per garantire dignità, sicurezza e rispetto per la persona assistita.

## **MATERIALI E METODI**

Da una libera ricerca sul web sono emerse le seguenti tecniche: talk down, stay cool, OODA Loop. Poi per la ricerca degli articoli sono stati usati i seguenti motori di ricerca: EBSCO host (medline-cinahl), Pubmed e Google Scholar.

- **TALK DOWN:**

Ebsco: talk down 22 risultati (selezionati 2 articoli ed un abstract)

Pubmed: talk down 3690 risultati, quindi si affina la ricerca, “talk down” 7 articoli

Google Scholar: talk down 3.690.000 quindi “talk down” 14.800; nuova ricerca "talk down" and escalation (2000 to 2020) no citazioni no brevetti 462 risultati, si analizzano solo i full text.

- **STAY COOL:**

Pubmed: stay cool 87, quindi “stay cool” 21 risultati

Google Scholar: stay cool 706000, quindi “stay cool” 10700, quindi “stay cool” and escalation no citazioni no brevetti (2000-2020) 206 vedremo solo i full text. Dato che con questa stringa di ricerca di 206 articoli solo 2 sono pertinenti, si usa la stringa “stay cool” and psichiatria 1340, quindi no citazioni no brevetti (2000 to 2020) 1090 (2010 to 2020) 693; “stay cool” and nurs\* (2010 to 2020) no citazioni no brevetti 64 articoli di cui analizzo solo i full text.

- **OODA LOOP:**

Pub med: “ooda loop” 7 articoli;

Google Scholar: ooda loop 8400 quindi “ooda loop” 6990 quindi aggiungo no citazioni no brevetti (2010 to 2020) 3870; quindi “ooda loop” and psychiatry no citazioni no brevetti (2000 to 2020) 180 articoli, analizzo solo i full text; “ooda loop” and “de escalation” no citazioni no brevetti (2010 to 2020) 29 articoli, non analizzo i libri; “ooda loop” and “mental health” no citazioni no brevetti (2010 to 2020) 125 risultati, analizzo solo i full text.

Tra gli articoli selezionati sono stati utilizzati venticinque articoli per lo sviluppo della revisione, perchè maggiormente pertinenti.

Inoltre, è stato utilizzato il materiale che i professori Maurizio Ercolani e Galli Francesco hanno utilizzato nel corso delle lezioni.

Il dott. Maurizio Ercolani è un docente di infermieristica in salute mentale dell'UNIVPM di Fermo e infermiere presso la S.R.R. "Il Gabbiano" di Falconara M.ma.

Il dott. Francesco Galli è un docente di infermieristica in salute mentale dell'UNIVPM di Ancona e infermiere presso i servizi territoriali per le dipendenze patologiche-centro di detossificazione ospedaliero.

## **RISULTATI**

Negli articoli analizzati è stato evidenziato che l'utilizzo delle tecniche di de-escalation nel momento di escalation migliora la relazione terapeutica tra l'infermiere e l'assistito. Inoltre, queste tecniche permettono all'individuo di sentirsi accettato, compreso, partecipe e non escluso nel processo decisionale che lo riguarda. La persona assistita si sente trattata come un essere umano e non come un oggetto.

L'infermiere non si sente un "carnefice", ma un professionista che si sta relazionando con una persona e che attraverso queste tecniche riesce a risolvere le situazioni di emergenza.

Il 14 Agosto 2020 è stata, inoltre, promulgata la legge n.113: Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

Al centro di tutto c'è l'assistito a cui deve essere garantito il benessere psico-fisico e ambientale, per questo si consiglia, prima di applicare misure coercitive e contenzioni, l'utilizzo delle tecniche di de-escalation.

Durante l'analisi degli articoli selezionati, per poter fare questa revisione, non sono stati rilevati studi che hanno monitorato a lungo termine cosa comporta l'utilizzo di queste tecniche, però negli studi sono stati descritti i pensieri e le opinioni degli assistiti e tutti preferiscono l'utilizzo del dialogo a quello delle contenzioni, poiché in questo modo non perdono le caratteristiche umane che li contraddistinguono.

Inoltre, il lavoro dell'infermiere è ridotto, poiché la persona assistita è autonoma e quindi non si deve sostituire a quest'ultima per svolgere i bisogni primari, ma deve supervisionare che vengano rispettati.

Per applicare correttamente queste tecniche l'infermiere deve conoscere il ciclo dell'aggressione e deve saper riconoscere la fase in cui si consiglia di applicarle, ovvero nella fase due dell'escalation.

Durante l'esame degli articoli è stato anche rilevato che non esiste una tecnica migliore delle altre, tutte possono essere utilizzate: l'importante è applicarle nel modo corretto.



## DISCUSSIONE

### ASPETTI GENERALI

Aggredire deriva dal latino “*ad gradior*”, “ad”: andare verso, contro; “gradior”: procedere, avanzare, assalire, intraprendere, cominciare, ottenere, andare verso. L’etologia, invece, distingue l’aggressività del mondo animale, dove l’istinto aggressivo ha la funzione di garantire la sopravvivenza dell’individuo e della specie (aggressività benigna) dall’aggressività dell’uomo (aggressività maligna) che si può definire come “la tendenza ad attaccare gli altri, a livello simbolico, gestuale, verbale o fisico, eventualmente in rapporto ad uno specifico vissuto emotivo di rabbia ed implica la distruttività e crudeltà e non è adattiva, ma priva di scopo e, se soddisfatta, provoca piacere.

L’aggressività può essere anche descritta come:

- “istinto”: tendenza a contrastare e combattere qualsiasi fenomeno minacci l’integrità dell’individuo o il suo spazio vitale;
- “emozione”: con sentimento reattivo ad un evento stressante e/o frustrante;
- “comportamento”: modalità di perseguire i propri interessi contro altri soggetti.

Questa ha un significato adattivo quando il soggetto esercita un controllo efficace sulle proprie tendenze aggressive, diventa espressione di un fenomeno patologico quando si manifesta in modo afinalistico, irrazionale, esplosivo, causando danno agli altri e al soggetto stesso. Si altera, quindi, l’equilibrio fra impulsi e controllo interno, aumentano gli impulsi aggressivi e diminuisce il controllo interno su di essi.

L’atto di aggredire, quindi, si può interpretare come: un muoversi (andare verso); verso qualcosa o qualcuno; per ottenere un obiettivo. L’aggressività umana può evolvere in condotte socialmente accettabili oppure in comportamenti violenti finalizzati al produrre sofferenza negli altri.

Nel mondo greco è positiva quando, al servizio della razionalità, diventava coraggio; invece, Seneca la considera un equivalente della follia. Nel periodo medievale diviene sinonimo di ira.

San Tommaso distingue l'ira in:

- ira biliosa: subito dopo aver subito un torto, nasce veloce e veloce si placa;
- iracundia: l'origine è nel passato e torna presente quando si pensi all'episodio scatenante;
- furore: emozione che si scatena nel momento stesso della vendetta.

Il filosofo britannico Thomas Hobbes afferma che una persona che sente di essere stata disprezzata passa alla condotta aggressiva quando nasce in lui il desiderio di vendetta nei confronti di chi ha scatenato la sensazione. Far del male all'altro è una peculiarità dell'essere umano riassunta nel famoso detto "*homo homini lupus*".

Per Cartesio la collera si scatena quando qualcuno subisce del male, provocato da un altro individuo. Quest'ultima è formata da due varianti: la collera subitanea (meno violenta) e la collera tardiva, che è (particolarmente violenta).

Il tedesco Schopenhauer definisce l'aggressività come endemica nell'essere umano, correlata con quello che avviene in natura, infatti è presente in tutte le specie animali.

Per il filosofo Nietzsche, invece, l'aggressività consiste in qualcosa di connaturato all'uomo che deriva dal condizionamento del Cristianesimo. L'uomo spesso la dirige verso se stesso, generando auto conflittualità; il superuomo la dirige fuori di sé (processo di apprendimento) esprimendola in azioni di guerra.

Molti scienziati nel corso della storia hanno cercato di studiare ed approfondire questo comportamento, in particolare il medico Cesare Lombroso (Verona, 6 novembre 1835 – Torino, 19 ottobre 1909) ha descritto delle caratteristiche fenotipiche che identificano i violenti.

Il medico ha cercato di studiare le peculiarità somatiche per la predisposizione a comportamenti delinquenti, all'aggressività ed alla violenza. Egli ha descritto che le persone aggressive hanno un cranio di dimensioni inferiori rispetto a quelle osservabili nella maggior parte degli individui, gli zigomi sporgenti, una fronte poco pronunciata, le sopracciglia molto folte e particolarmente evidenti, delle deformità a carico del naso, il labbro superiore quasi inesistente, le orecchie particolarmente sviluppate e a sventola, una

massa di capelli ricci e informi, la barba rada o completamente inesistente nei soggetti di sesso maschile (Gibson, 2004). Inoltre, studiando l'encefalo si è capito:

- ipotalamo: area fondamentale capace di evocare un comportamento di rabbia integrato;
- lobo temporale mediale (complesso amigdaloidale): l'amigdala, struttura limbica localizzata nel lobo temporale, ha un ruolo fondamentale nella regolazione dell'aggressività e nell'apprendimento e memoria di eventi emotivamente significativi;
- lobi frontali: pianificazione e regolazione del comportamento; funzione inibitoria e regolatrice. Lesioni dei lobi frontali determinano comportamenti impulsivi con indifferenza per le possibili conseguenze.

I comportamenti aggressivi possono far parte del corteo sintomatologico della gran parte dei disturbi mentali tra cui:

- ritardo mentale: discontrollo degli impulsi, labilità emotiva; fattore scatenante è spesso la bassa soglia alle frustrazioni;
- epilessia: impulsività, irritabilità, rabbia distruttiva con amnesia completa dell'episodio;
- demenze;
- delirium: c'è alterazione dello stato di coscienza oltre i sintomi cognitivi;
- disturbi psicotici;
- schizofrenia: l'aggressività è reattiva a fenomeni dispercettivi; ideazione persecutoria in cui l'agredito è identificato con il persecutore;
- disturbi dell'umore: l'aggressività è l'espressione dello stato di eccitamento con conseguente incapacità di tollerare ogni forma di limite;
- disturbi di personalità;
- disturbo borderline;
- disturbo antisociale;
- disturbi non organici e non psicotici.

Nei suoi famosi studi, che nel 1973 gli sono valsi il Premio Nobel per la fisiologia e la medicina, Konrad Lorenz considera l'aggressività un istinto animale innato (come la

fame, la sessualità e la fuga) che genera e dirige i comportamenti aggressivi per garantire l'adattamento della specie.

Questa forza interna viene attivata da: difesa del posseduto (materiale, emotivo, affettivo), lotta per il potere e bisogno di organizzare il proprio ambiente di vita.

All'interno delle sue argomentazioni, Lorenz distingue due diverse tipologie di comportamento aggressivo: quello "interspecifico", che si manifesta tra individui di specie diversa ed è finalizzato alla ricerca del cibo, e quello "intra-specifico", che si attua tra membri della stessa specie. Nell'aggressività tra specie diverse non c'è l'intenzione di far male, ad esempio quando un animale cerca il cibo, come un leone che attacca una gazzella, non manifesta un'espressione di rabbia e di ferocia. Solo l'aggressività "intra-specifica", quindi, dovrebbe essere considerata un comportamento aggressivo vero e proprio, in quanto intenzionale, ma anch'essa sarebbe legata a un istinto innato fondamentale per la conservazione dell'individuo e della specie (Portale filosofico, n.d).

Aggressività ritualizzata (L'anello di Re Salomone): questa pulsione aggressiva, essendo innata, non può essere annullata, per questa ragione nella nostra specie e in tutti gli animali superiori si sono sviluppati dei meccanismi che ne limitano la distruttività, in particolare la ritualizzazione e l'inibizione. Nel caso della ritualizzazione il "ridirezionamento" di un comportamento aggressivo permette di evitarne gli effetti negativi attraverso la realizzazione di rituali e cerimonie di significato prevalentemente simbolico. Hanno un significato inibitorio quegli atteggiamenti ritualizzati di pacificazione o di sottomissione (come il sorriso, il saluto, la stretta di mano) che, segnalando le proprie intenzioni pacifiche, svolgono la funzione di rivolgere l'aggressività verso altre direzioni. Questi comportamenti sono solitamente riservati ad alcuni membri del proprio gruppo sociale e non ad altri. In questo modo si stabilisce una differenziazione tra l'amico e lo sconosciuto. Gli stessi legami affettivi tra gli esseri umani, come l'amicizia e l'amore, sarebbero quindi in molti casi la conseguenza della ritualizzazione e dell'inibizione dell'aggressività (Portale filosofico, n.d).

Il fondatore della psicoanalisi Sigmund Freud definisce l'aggressività come l'origine istintuale, legata all'istinto di morte che coabita nell'individuo insieme all'istinto di vita. Deve essere indirizzata verso l'esterno affinché la persona possa conservare la propria integrità, canalizzandola in attività socialmente accettate, come quelle che caratterizzano

le rivalità fra i gruppi all'interno di un'organizzazione sociale, egemone in un contesto geografico.

Erich Fromm distingue due forme di aggressività: una benigna ed una maligna. La forma benigna permette di difendere la propria personalità e il proprio mondo; invece, la forma maligna determina la distruttività delle relazioni.

Nel 1941 gli psicologi Dollard e Miller pubblicano la "Teoria della frustrazione" dove spiegano che esiste un meccanismo di frustrazione alla base dell'aggressività. Questa emozione scaturisce nella persona quando si trova di fronte ad ostacoli che impediscono il raggiungimento degli obiettivi ed aumenta in maniera esponenziale quanto più si è vicini al raggiungimento dell'obiettivo stesso. Infatti, più siamo vicini all'obiettivo e più la frustrazione per gli ostacoli determina un aumento dell'aggressività. L'aggressività originata dallo stato di frustrazione non viene orientata verso coloro che hanno dato luogo alla frustrazione, ma verso coloro che, per minor potere o maggiore debolezza, possono facilmente divenire oggetto dell'aggressione. Secondo questa teoria, comunque, il passaggio all'atto è legato al vissuto in un ambiente aggressivo.

Leonard Berkowitz (1926-2016) è uno psicologo sociale americano noto per le sue ricerche sull'altruismo e l'aggressività umana. Secondo quest'ultimo la frustrazione non provoca immediatamente una risposta aggressiva, ma suscita nell'individuo uno stato di attivazione emotiva, la rabbia, che crea una condizione interna di preparazione al comportamento aggressivo.

Secondo la psicologia comportamentale, sviluppata da John Watson agli inizi del Novecento, l'aggressività è frutto del condizionamento operante. Il soggetto apprende e consolida i comportamenti aggressivi se da tali condotte, nel corso della sua storia, si sono creati dei vantaggi. Tende a consolidarsi e rinforzarsi come comportamento quando le ricadute positive sono maggiori rispetto alle negative.

La psicologia cognitiva, anche detta cognitivismo, è una branca della psicologia applicata allo studio dei processi cognitivi, teorizzata intorno al 1967 dallo psicologo statunitense Ulric Neisser. I processi cognitivi si attivano ogni volta che la persona attribuisce significati alle situazioni che vive. I processi di apprendimento, verificatisi nel corso della

vita, costruiscono la mappa cognitiva di riferimento del soggetto; attraverso l'osservazione di modelli di riferimento (apprendimento sociale).

È importante sottolineare che le persone affette da disturbi mentali commettono un numero di reati sostanzialmente uguale o inferiore a quello commesso da soggetti non affetti da alcuna patologia psichiatrica.

L'incidenza di comportamenti violenti negli individui con schizofrenia e maniacali in fase acuta è 5 volte superiore a quella della popolazione generale, e diventa 12- 16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze, evenienza oggi sempre più frequente. Nei dipartimenti di emergenza, il 55% degli operatori in un anno subisce aggressioni da parte di soggetti psichiatrici. Il 40-70% degli psichiatri ha subito un'aggressione fisica almeno una volta nella vita professionale. Gli psichiatri sono, comunque, la categoria meno a rischio: l'80% delle aggressioni fisiche riguardano gli operatori non medici, in particolare quelli di sesso femminile e con più scarsa formazione psichiatrica specifica.

Il 30% degli operatori che subisce un'aggressione fisica sviluppa una reazione sintomatica con ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità. Il 10% presenta un disturbo da stress post-traumatico. Significativa conseguenza, perdita di sicurezza sul lavoro, paura e senso di vulnerabilità, riduzione del senso di competenza professionale.

Ci sono soprattutto due sentimenti dominanti negli episodi di aggressività: la prima sensazione che interviene è la paura, l'altro sentimento che affiora è la rabbia.

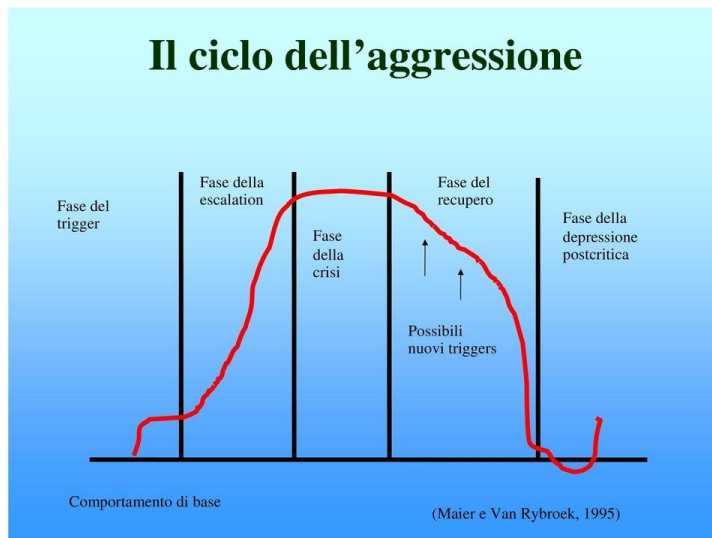
#### CICLO DELL'AGGRESSIONE

Il comportamento aggressivo si sviluppa attraverso cinque fasi sequenziali caratterizzate da segni emotivi, comportamentali e attivazione psicomotoria.

Per ciascuna delle fasi del ciclo dell'aggressione esistono specifiche possibilità di intervento, che però, per avere possibilità di successo, devono essere messe in atto al momento giusto. Le fasi sono:

- Fattore scatenante
- Fase dell'escalation
- Fase critica

- Fase del recupero
- Fase della depressione post-critica



(Figura 1)

#### FATTORE SCATENANTE

Inizia la percezione da parte della persona di mancanza di alternative al passaggio alla violenza, la presenza di fattori di provocazione (veri o presunti) come insulti o derisione, il recente verificarsi di eventi stressanti, come una perdita ed eventi catastrofici. Durante questa fase l'intervento è rappresentato dal riconoscimento del fattore scatenante e dal tentativo della sua rimozione. Non è sempre facile, ma in questa fase si dovrebbe cercare, per esempio, di far capire al soggetto che nessuno ha inteso deriderlo o insultarlo, o che la sua situazione ha ancora sbocchi di tipo negoziale; è fondamentale mantenere la calma, il controllo, non provocarlo, ascoltare in maniera attiva ed evitare posture autoritarie. Non è, invece, necessario né opportuno il semplice assecondamento dei desideri delle rivendicazioni dell'essere umano, anche per evitare il rischio di una sorta di rinforzo premiante dell'atteggiamento violento o minaccioso.

#### FASE DELL' ESCALATION

Durante l'escalation la necessità di interventi tempestivi è impellente perché è in aumento lo stato di agitazione psicomotoria. Inizia l'intervento che deve mirare ad avviare una negoziazione con la persona assistita. In questa fase simulare indifferenza può contribuire a rinforzare fattori scatenati. Occorre introdurre una forma di comunicazione che sia:

- DIRETTA

- SPECIFICA
- POSITIVA

È necessario porsi, quindi, in maniera non giudicante e tanto meno aggressiva; restare calmi con un atteggiamento tranquillo ed accogliente; parlare lentamente, a basso volume, con frasi corte, concetti semplici e concreti. Avvertire che la violenza non sarà tollerata e che sarà considerato responsabile delle azioni commesse, offrendo aiuto (es. sedativi) nel caso in cui non sia in grado di controllarsi. Durante il colloquio evitare di interrompere in modo autoritario e minaccioso utilizzando la mano, il dito puntato, alzando il volume della voce, avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente; di esprimersi in modo provocatorio, emettere giudizi e di formulare promesse che poi non possono essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrargli farmaci o di rimandarlo a casa nell'immediatezza).

#### FASE CRITICA

Ovviamente questo è il punto al quale si cerca sempre di non arrivare, ma quando ci si arriva l'attenzione di tutti deve essere focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze. Il comportamento solitamente segue un sistema continuo che dall'aggressività verbale cresce fino alla violenza fisica. A questo punto non sono possibili risposte fini o razionali, e le uniche opzioni sintetiche massimali sono il contenimento, la fuga e l'autoprotezione. In ogni caso non è il momento per interventi terapeutici in senso stretto, almeno non fino a quando, per esempio, non sia stata realizzata una contenzione.

#### FASE DEL RECUPERO

Alla fase critica segue quella del recupero, ma è una fase delicata perché interventi tempestivi, volti a troppo precoci tentativi di elaborazione dell'episodio, potrebbero scatenare una riacutizzazione della crisi. Vanno, quindi, decisamente evitati troppi stimoli alla persona assistita e soprattutto richieste di discutere l'accaduto o rimproveri. In questa fase si monitora l'assistito a debita distanza; si può effettuare un'osservazione esplicita e dichiarata; non simulare indifferenza o noncuranza (non sottovalutare la riattivazione).



## FASE DELLA DEPRESSIONE POST-CRITICA

Nell'autore della violenza possono comparire sentimenti di colpa, vergogna o rimorso. È il momento per eventuali confronti e discussione dell'accaduto. È necessario trovare lo spazio per l'elaborazione e la risoluzione dell'evento. In questa fase si può effettuare un confronto con la vittima per rielaborare l'evento; un confronto nell'equipe per accettare l'accaduto e si cerca di fare una rielaborazione mirata all'apprendimento per identificare strategie di evitamento o strumenti operativi.

Sia che l'intervento infermieristico avvenga in reparti di degenza o in ambito territoriale, l'atteggiamento del professionista deve essere improntato ad instaurare una efficace relazione terapeutica che rappresenta l'obiettivo primario che si deve raggiungere e che caratterizza l'operare in psichiatria come aspetto fondamentale infermieristico.

Gli individui di solito si sentono in colpa dopo aver colpito qualcuno e gli operatori si sentono in colpa quando arrivano allo scontro fisico, perché non sono riusciti ad evitarlo. È importante aiutarsi a vicenda, tra operatori, nel fare questo lavoro, perché chiunque si sia trovato protagonista di uno scontro sa quanto si stia male e si abbia bisogno di riparare all'errore e sa anche quanto ci si senta intimoriti all'idea di affrontare quella persona.

Tabella 1. Tecniche di de-escalation nella gestione delle crisi (Vita et al., 2020)

<p><i>Fase 1 del trigger e fase 2 dell'escalation:</i> il ciclo inizia con un primo spostamento psico-emotivo dalla linea di base (condizione ordinaria). Comportamenti verbali ed espressivi rendono percettibile l'inizio del processo.</p>	<p><i>Interventi in fase di attivazione</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Riconoscere e rimuovere tempestivamente il fattore scatenante, al fine di evitare il rapido progresso della crisi; incoraggiare l'assistito. Movimento in un ambiente neutro (con meno stimoli).</li> <li>(2) Approccio attraverso una comunicazione diretta (es. Uso del nome proprio), basata sulle affermazioni esistenti, con frasi brevi e termini semplici, positiva (non giudicante e senza atteggiamento aggressivo, disponibile per chiarimenti), trasformando i contenuti di violenza ed espressioni dialettiche.</li> <li>(3) Lasciare che l'assistito, in presenza di personale sanitario e oggetti personali (es. Computer, libri, lettore musicale) che lo aiutino a calmarsi, a condizione che tali oggetti non compromettano la sicurezza sua o altrui.</li> <li>(4) Valutare se modificare la somministrazione della terapia, ad esempio proponendosi di anticipare i tempi, proponendo di prendere una terapia aggiuntiva secondo necessità o decidendo di somministrarla durante i cambi di turno (nel caso di persone assistite potenzialmente reattive la presenza di più</li> </ol>
---	--

	<p>operatori può essere una strategia utile per gestire meglio la tensione).</p> <p>(5) Possibilità di aumentare il personale in servizio in caso di necessità (es. Presenza di individui complessi).</p>
<p><i>Fase 3 della crisi (eccitazione):</i> punto culminante dell'eccitazione. È una fase di attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti fisici, emotivi e psicologici che portano a una situazione di minaccia reale o presunta.</p>	<p><i>Interventi in fase di crisi</i></p> <p>(1) Identificare chiaramente "chi fa cosa" nello staff, in particolare durante le emergenze, per gestire al meglio un attacco aggressivo.</p> <p>(2) Focalizzare l'intervento sulla sicurezza e la riduzione delle conseguenze, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori presenti.</p> <p>(3) Spostare l'interazione con un assistito, quando possibile, in un luogo con bassa stimolazione, con pochi oggetti potenzialmente dannosi.</p> <p>(4) Allontanarsi se la semplice distanza di sicurezza non garantisce la sicurezza.</p>
<p><i>Fase 4 del recupero:</i> ritorno graduale alla linea di base psico-emotiva, ma con un livello di eccitazione ancora alto e</p>	<p><i>Interventi in fase di recupero</i></p> <p>(1) Evitare le situazioni che possono riattivare la sequenza di eccitazione.</p> <p>(2) Continuare il monitoraggio attivo e il mantenimento della distanza di sicurezza.</p>

<p>potenzialmente reattivo. Una fase particolarmente delicata, poiché il paziente è molto ricettivo a eventuali nuovi trigger</p>	<p>(3) Evitare comunicazioni troppo presto o inadeguate, come rielaborazioni e giudizi, che potrebbero innescare nuovi stimoli.</p>
<p><i>Fase 5 della depressione post-critica:</i> rapido ritorno alla linea di base psico-emotiva, con deviazione dell'umore, sensi di colpa, vergogna e rimorso.</p>	<p><i>Interventi nella fase post-critica della depressione</i></p> <p>(1) Discussione di gruppo attiva all'interno dell'équipe e con l'assistito, supportando la revisione degli eventi anche a scopo preventivo.</p> <p>(2) Segnalare l'evento nella documentazione clinica, compilare i moduli relativi alla gravità dell'episodio e agli eventi sentinella.</p>

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la violenza è definita come l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione (World Health Organization, 2002).

Non è sempre immediatamente ovvio quando una persona sta diventando agitata o aggressiva. Gli umori possono passare da conformi a ostili o istantaneamente o gradualmente. Alcune persone si amplificano fino alla violenza, diventando visibilmente più arrabbiate come la situazione si intensifica. Altri potrebbero sembrare calmi al di fuori e ribollire all'interno finché non esplodono. La Joint Commission ha pubblicato un nuovo rapporto il 28 gennaio 2019 dove osserva che le strutture psichiatriche ospedaliere hanno

maggiori probabilità di avere assistiti che presentano comportamenti inclini al rischio come:

- aggressione verbale,
- tentativi di fuga,
- autolesionismo,
- rifiuto di mangiare o bere,
- mostrare aggressività verso oggetti o persone (Joint Commission, 2009).

I fattori di rischio associati alla violenza includono determinanti statici (ovvero variabili sociodemografiche, basso stato socioeconomico, diagnosi di schizofrenia o disturbo psicotico, disturbo antisociale di personalità in comorbidità, disabilità intellettiva, ammissioni involontarie, storia di violenza o comportamento autodistruttivo) e aspetti dinamici (mancanza di intuizione, basso controllo di impulsività, uso attuale di sostanze, non conformità al trattamento, contesto di pratica clinica e condizioni di vita). La presenza e influenza relativa di ciascun fattore può essere ampiamente variabile da caso a caso, portando all'esistenza di una popolazione ampiamente eterogenea di potenziali aggressori (Vita et al., 2020).

Una metanalisi ha dimostrato che la non aderenza alla terapia sia farmacologica che psicologica è uno dei fattori predittivi più forti di aggressività e violenza nelle gravi malattie mentali (Vita et al., 2020).

Una valutazione del rischio strutturato durante i primi giorni di trattamento può contribuire a ridurre la violenza e la coercizione nei reparti psichiatrici acuti (riduzione del rischio aggiustata del 41%) e ridurre la necessità di misure coercitive (riduzione del rischio aggiustata del 27%) (Abderhalden et al., 2008).

La letteratura presenta generalmente due tipi di gruppi di supporto: l'utilizzo di misure coercitive e non coercitive. Una misura viene definita coercitiva quando viene utilizzata per costringere la volontà e la condotta della persona, che è oppressiva o inibitoria. Tra le misure coercitive si ricorda: l'isolamento, il supporto fisico o meccanico e i trattamenti non farmacologici (Martínez de Musitu Santiago, 2018). Queste misure, tuttavia, si aggiungono alla violazione della libertà della persona; sono spesso applicate senza il

consenso degli assistiti, con le diverse conseguenze che ciò comporta. Sensazioni diverse sono apparse in letteratura: ingiustizia, perdita di dignità; sentimenti come “abbandono”, "vergogna" o "punizione", tra gli altri. Gli esperti rappresentano quanto segue: la privazione della libertà di mobilità, quella libertà di svolgere tutte le attività della vita quotidiana che si ritengono necessarie, causa disabilità (Martínez de Musitu Santiago, 2018). Il principio di autonomia compete con il principio di benessere. Libertà di decidere sulla propria salute, con professionisti sanitari che garantiscono il benessere dell'assistito. Inoltre, la misura coercitiva non rispetta il principio di giustizia se è eccessiva e non è appropriata nei casi in cui è o non è debitamente giustificata (Martínez de Musitu Santiago, 2018).

L'infermiere quando si trova costretto ad agire contro la volontà dell'individuo, viola la sua libertà. Questa violazione assistito-professionista è correlata a effetti avversi sulla relazione (Martínez de Musitu Santiago, 2018).

D'altra parte, le misure non coercitive hanno lo scopo di evitare o ridurre al minimo l'agitazione e l'aggressività: evitare situazioni di aggressione o violenza nella regolazione delle emozioni o nell'autogestione è un intervento basato sulle tecniche di de-escalation. Queste seconde misure presentano diversi vantaggi rispetto alle misure coercitive. Da un lato, si attengono ai diritti e ai principi della persona assistita, incoraggiandone la partecipazione attiva e cercando con lei un raggiungimento comune del controllo (Martínez de Musitu Santiago, 2018). Queste misure sottolineano il rispetto della dignità dell'individuo; garantiscono l'empowerment della persona assistita, sfruttando il suo processo decisionale e migliorando la relazione terapeutica tra l'infermiere e l'assistito. D'altra parte, aiutano a garantire la sicurezza dell'infermiere e di tutti coloro che lo circondano. Lo sviluppo di queste nuove strategie basate sull'evidenza migliora il campo della sorveglianza e garantiscono la migliore pratica clinica per la persona assistita. L'infermiere, inoltre, svolge la cura della persona in modo continuo (Martínez de Musitu Santiago, 2018).

Basandosi sulla teoria e sulla ricerca del programma di negoziazione della Harvard Law School, Ury (1991) ha identificato cinque barriere principali alla risoluzione costruttiva dei conflitti:

- reazioni naturali durante un'interazione sempre più tesa (ad es. Arrabbiarsi);

- emozioni negative su entrambi i lati del conflitto (ad es. Paura, sospetto o ostilità);
- attenersi alla propria posizione (inflexibilità riguardo al contenuto del conflitto);
- oggettivi conflitti di interesse;
- rifiuto di collaborare (Martínez de Musitu Santiago, 2018).

Queste reazioni naturali sono fisiologicamente mediate e innescate.

La de-escalation, quindi, è principalmente uno sforzo per far fronte a queste reazioni "naturali" ed emozioni. La de-escalation si concentra anche sugli evidenti conflitti di interessi. In altre parole, uno degli ingredienti principali della riduzione della concentrazione non è reagire come si vorrebbe. Le reazioni verbali immediate funzionano molto spesso come barriere comunicative che probabilmente aumenteranno il livello di aggressività. Le seguenti modalità di risposta si verificano frequentemente e sono ben note come ostacoli alla comunicazione:

- minaccioso
- dare ordini
- avviso
- moralizzante
- discutere (logicamente)
- incolpare
- stimolare la vergogna
- giudicare
- insulti
- analisi
- sondaggio
- ironia / sarcasmo
- elogi valutativi

- sminuimento
- interrogatorio eccessivo (Martínez de Musitu Santiago, 2018).

Secondo la legge il trattamento psichiatrico deve essere effettuato principalmente in collaborazione con l'individuo e volontariamente. Il diritto europeo dei diritti umani, gli accordi internazionali e i principi etici dell'assistenza psichiatrica impongono una riduzione sistematica della coercizione. Anche il Consiglio d'Europa: i rapporti di ispezione del Comitato contro la tortura sottolineano l'importanza di ridurre l'uso della coercizione. Ogni persona ha diritto a cure mediche e sanitarie di buona qualità. (Sezione 3 del Patient Status and Rights Act del 17 agosto 1992/785; National Institute for Health and Welfare: 2016, citati da Martínez de Musitu Santiago, 2018).



## LE CONTENZIONI

Nelle situazioni più critiche si può cercare di usare la relazione e il corpo dell'operatore come mezzo contenitivo per la persona e solo come ultima ratio va considerata la contenzione fisica meccanica. Il ricorso alla contenzione dovrebbe pertanto avvenire solo in casi eccezionali, quando non esiste più altro modo per gestire la situazione. La contenzione fisica di un assistito è un atto estremo che dovrebbe essere preso in considerazione solo quando ogni altra procedura è fallita e ogni tentativo di stabilire un rapporto con la persona o individuare soluzioni di compromesso è risultato vano. La contenzione può essere giustificata solo da una condizione di pericolo che espone la persona o altri presenti a rischiare la propria incolumità e se non appropriatamente contrastata, può esporre il personale sanitario a un giudizio di imprudenza o di omissione di soccorso. Da un'analisi della letteratura risultano due i filoni principali su cui agire:

- la prevenzione
- interventi comportamentali

La prevenzione, ossia la precoce identificazione delle situazioni di rischio. Relativamente alle procedure di prevenzione parliamo di triage psichiatrico, strumento organizzativo volto a selezionare e ordinare gli accessi nei servizi per acuti. La valutazione della persona all'ingresso in reparto, se fatta correttamente, permette di: identificare efficacemente le situazioni a rischio e mettere in atto azioni preventive e facilitare la trasmissione delle informazioni a tutto il personale.

Gli interventi comportamentali comprendono tutte quelle tecniche che permettono all'operatore di gestire il rapporto con l'individuo aggressivo-violento in termini di maggiore efficacia e sicurezza, allo scopo di diminuire la tensione e di recuperare la relazione con la persona assistita. Assumono particolare importanza le tecniche di ascolto, l'osservazione e l'interpretazione delle modalità comunicative verbali e non verbali.

Altre modalità di approccio presuppongono l'identificazione del problema, la definizione delle procedure per affrontarlo e per risolverlo, e la loro pianificazione: il problema viene definito attraverso le diagnosi infermieristiche utilizzando il NANDA (North American Nursing Association) che, oltre ai fattori di rischio, identificano gli obiettivi e i traguardi da raggiungere a breve e lungo periodo.

La pratica della contenzione fisica deve sempre basarsi su specifici protocolli di appropriatezza e di qualità, nel rispetto della sicurezza dell'individuo e del personale, ma soprattutto per prevenire gli abusi o per sopperire a carenza di personale.

Alcuni punti da considerare come basilari e presenti in tutti i protocolli operativi sono:

- utilizzo di pratiche sicure per l'assistito e gli operatori;
- uso di tecniche o ausili appropriati da parte degli operatori opportunamente addestrati;
- un sistema di monitoraggio e revisione continuo;
- coinvolgimento attivo e continuo della persona nelle decisioni connesse al trattamento;
- individuazione e rispetto di specifici bisogni dell'individuo (sesso, età, religione ecc.);
- rispetto della dignità della persona atta a ridurre intrusioni nella privacy personale.

Durante il periodo di contenzione l'assistito deve essere controllato ogni trenta minuti dal personale infermieristico e almeno ogni otto ore dal personale medico. Bisogna garantire alla persona assistita la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte. La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni tre, quattro ore. Il comfort e la sicurezza della persona sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione. È indicato l'utilizzo di un registro dove annotare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati. Oltre le ventiquattro ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della trombosi venosa profonda.

Pur non potendo affermare che la contenzione è un mezzo efficace in maniera scientifica, si deve mettere in risalto il ruolo dannoso che essa può avere sulla salute fisica e psicologica dell'individuo, in particolare se anziano.

Traumi meccanici:

- strangolamento
- lesioni tessuti molli superficiali
- asfissia da compressione della gabbia toracica.

Malattie organiche e funzionali:

- aumento dell'osteoporosi
- incontinenza
- infezioni
- lesioni da decubito
- diminuzione della massa, del tono, e della forza muscolare.

Sindromi della sfera psicosociale:

- paura e sconforto
- depressione
- umiliazione
- stress
- sfiducia.

I messaggi che arrivano alla persona soggetta a contenzione sono:

- pericolosità;
- dipendenza: dipendere dall'infermiere che deve rispondere ad ogni bisogno;
- spersonalizzazione: privazione della libertà che può inficiare la ristrutturazione del proprio io.

A livello normativo molte leggi sono state emanate, tra cui si ricordano:

- Articolo 13 della Costituzione Italiana: la libertà personale è inviolabile. Non ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi restrizione della libertà personale, se non per atto motivato delle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge.
- Art 35 del Codice deontologico delle professioni sanitarie: L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e

monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

- Articolo 54 del Codice penale: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.
- Articolo 605 del Codice penale sequestro di persona: «chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni».

Il termine “contenzione fisica” entra nel sistema legislativo giurisprudenziale con la sentenza Mastrogiovanni nel novembre 2018.

In altri Paesi la contenzione è gestita diversamente; da pratica terapeutica è divenuta, nel tempo, pratica assistenziale; ad esempio in Inghilterra il ricorso alla contenzione non viene deciso dal medico, ma proposto da due membri dell'equipe (che possono anche non essere medici), e deve essere avvallato dal caposala.

L'uso della contenzione è sempre vietato nei soggetti in età pediatrica (carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale–Consiglio d'Europa).

## RUOLO DELL'INFERMIERE

L'assistenza infermieristica si basa sulle esigenze psicologiche specifiche di ogni assistito e si svolge attraverso la relazione terapeutica che si fonda su competenza e professionalità (Squillace, 2018). Il fondamento del lavoro infermieristico in psichiatria sta nella relazione interpersonale d'aiuto, che viene descritta nel testo “Interpersonal Relation in Nursing” scritto nel 1952 da Hildegard Peplau, esperta in Nursing psicodinamico nell'ambito della psichiatria. La Peplau definisce il Nursing come "un significativo processo terapeutico interpersonale" e vede quindi la pratica infermieristica come un processo interdisciplinare nel quale sia infermiere che persona assistita giocano un ruolo di pari importanza per quanto riguarda l'interazione terapeutica. Secondo l'autrice è compito dell'infermiere essere di aiuto all'individuo nell'identificazione e definizione del problema di salute (Squillace, 2018). L'infermiere è dinamico nell'espletare il suo ruolo che si costituisce dei seguenti punti:

- ruolo del curante estraneo, in grado di accettare l'assistito privo di pregiudizi;
- ruolo di sostegno, l'infermiere è una risorsa importante capace di rispondere ai bisogni del degente coinvolgendolo attivamente e fornendo le nozioni di cui necessita in modo adatto, svolgendo quindi anche il ruolo di educatore all'interno della relazione interpersonale;
- ruolo di persona di fiducia e consulente, in grado di consigliare e instaurare un rapporto di fiducia. L'infermiere aiuta la persona assistita e a comprendere la sua situazione e quello che gli accade;
- ruolo sostitutivo per quanto riguarda il soddisfacimento delle esigenze che la persona non è in grado di supplire autonomamente;
- ruolo di leadership e guida, l'infermiere supporta nella presa di decisioni della persona, in un rapporto di collaborazione e partecipazione atto al raggiungimento dei suoi obiettivi (Squillace, 2018).

Hildegard Peplau definisce, inoltre, la "relazione terapeutica" come l'essenza del processo infermieristico (Higgins et al. 1999, citato da Rose et al., 2015).

La relazione è lo strumento operativo di cui l'infermiere dispone, egli si pone come tramite, come appiglio per la persona sofferente con lo scopo di recuperare una relazione soddisfacente con "il mondo della vita" (Galli, 2019/2020).

Il rapporto infermiere – assistito ha un importante significato che le parole, i gesti, le espressioni non verbali contribuiscono a creare (Galli, 2019/2020).

La relazione tra i due ha di per sé un valore terapeutico che risiede nella disponibilità al dialogo disposto a tollerare le sofferenze dell'altro per capirle ed elaborarle (Galli, 2019/2020).

Spetta all'infermiere fare in modo che i suoi rapporti con il malato siano, agli occhi di quest'ultimo, una relazione d'aiuto, la qualità dell'incontro infermiere - assistito costituisce l'elemento determinante dell'efficacia dell'assistenza (Galli, 2019/2020).

La relazione terapeutica è caratterizzata da tre fasi: orientamento, operativa e conclusiva (Galli, 2019/2020).

Nella fase di orientamento si cerca di conoscere l'assistito, i suoi timori e bisogni; l'infermiere illustra le regole, raccoglie informazioni, formula obiettivi, si chiariscono gli scopi alla persona assistita; l'infermiere e la persona assistita trovano un accordo sul lavoro da svolgere insieme. L'obiettivo principale di questa fase è stabilire un rapporto di fiducia (Galli, 2019/2020).

La fase operativa è quella che dura più a lungo e si sviluppa giorno dopo giorno; anche qui l'obiettivo principale è stabilire un rapporto di fiducia (Galli, 2019/2020).

La fase conclusiva consiste nella risoluzione in cui c'è sia la valutazione dei risultati che lo svincolo della relazione (Galli, 2019/2020).

La relazione terapeutica permette di: individuare il problema, esplorarlo e gestirlo attraverso la condivisione di bisogni, pensieri ed emozioni nel rispetto del timore dell'individuo, ascoltando le sue paure, concedendo spazio per l'elaborazione delle emozioni (Galli, 2019/2020).

È necessario essere attivi, cioè bisogna saper dirigere una scena caotica, saper prendere decisioni, facendo domande appropriate, facendo parlare uno alla volta, ascoltando tutto e tutti attentamente: è necessario senza l'ausilio dei farmaci, saper contenere un livello di ansia solitamente, in situazioni di crisi, molto alto; inoltre, è essenziale essere disposti ad assumersi rischi calcolati infatti, nelle situazioni di crisi spesso l'infermiere si può trovare a dover agire senza i rassicuranti supporti ambientali, legali e professionali; può, cioè, trovarsi a dover districare il nodo composto dal diritto alla libertà di ogni cittadino e dallo stato di necessità. Si consiglia anche di essere calmi e controllati poiché è necessario non farsi trascinare nell'estrema confusione che spesso regna durante i momenti di crisi: l'atteggiamento dell'infermiere, come tutte le sue azioni, la postura, le parole, sono spesso un modello per l'assistito, il quale alla agitazione dell'operatore reagirà con maggiore agitazione; se quest'ultimo spaventa l'infermiere è necessario dirglielo, ma sempre mantenendo calma e controllo. È basilare essere garantiti da un sistema sia fisico che psicologico di supporto dal momento in cui in ogni situazione d'urgenza bisogna aver cura, pur colloquiando con una persona assistita in una stanza vuota, di avere in prossimità colleghi capaci di prestare man forte; inoltre, per rafforzare un'idea o una frase detta può essere necessario l'intervento di un secondo o terzo collega, oppure dei familiari, o ancora dagli agenti di polizia o di operatori dei servizi sociali, a conferma che quanto detto viene

condiviso dall'intero sistema di supporto, e non è frutto della volontà di persecuzione di un singolo operatore. In aggiunta, bisogna essere capaci di capire lo scopo di ogni intervento perché durante la crisi di un soggetto noto al servizio è necessario, attingere (dove possibile) alla cartella prima ancora di interferire e contraddire eventuali decisioni prese dall'equipe curante. L'infermiere, inoltre, deve essere in grado di distinguere la crisi da altro: la vera crisi non dipende dalla gravità del problema o dal suo grado di pericolosità, ma dalla sua insorgenza nuova e recente; se una persona si presenta con un'ansia forte dovuta ad un problema recente, allora si tratta di una crisi; diverso è se una persona si presenta con un attacco di ansia che si trascina da anni; nel primo caso si tratta di crisi d'ansia, nel secondo si interviene con un programma terapeutico atto a risolvere lo stato di crisi costante.

Il ruolo dell'infermiere specializzato nell'area di psichiatria e salute mentale riguarda, la promozione della salute, la riabilitazione, la prevenzione e la gestione quotidiana dei momenti critici dell'utente (Squillace, 2018). Nella pratica clinica l'infermiere attua progetti di prevenzione primaria e di educazione terapeutica nell'ambito della salute mentale in collaborazione con altre figure professionali; gestisce situazioni complesse nella loro globalità a livello intra ed extraistituzionale; è capace di prevenire e gestire situazioni patologiche o di disagio sociale, promuove la riabilitazione e il reinserimento sociale di persone con problemi psichiatrici e fornisce consulenza specialistica e sostegno a persone e équipe. («SUPSI, Formazione Continua, DAS Salute mentale e psichiatria», s.d., citato da Squillace, 2018). La persona con disturbo psichico è portatrice di bisogni e problematiche multidimensionali, da ciò ne consegue che l'infermiere che opera nel campo della salute mentale svolge un ruolo che interessa diverse aree della vita della persona sofferente. La particolarità del lavoro in psichiatria sta nel delicato ambito degli sconfinamenti delle competenze professionali che quotidianamente si verificano nella pratica professionale. Un piano di assistenza personalizzato presuppone la messa in campo di abilità e conoscenze non solo intrinseche al ruolo professionale ma anche all'integrazione interprofessionale e alla sfera dello sviluppo umano personale del professionista (Squillace, 2018). L'autoconsapevolezza interiore dell'infermiere professionista che si occupa di bisogni delle persone, che attraverso la capacità di riflessione sul proprio operato (elaborato, modificato ed infine valutato se i risultati del progetto assistenziale corrispondano all'obiettivo preposto). Questo in area psichiatrica,

rappresenta il simbolo di come la professionalità e gli aspetti di ricchezza individuale debbano essere miscelati con attenta consapevolezza. (Ferruta & Marcelli, 2004, citati da Squillace, 2018).

Nel gestire l'agitazione di un assistito le priorità dovrebbero essere la sua sicurezza e quella delle persone nelle vicinanze nell'ambiente fisico. Il personale deve evitare di mettersi in situazioni pericolose, vanno quindi, rimossi oggetti potenzialmente pericolosi e va mantenuta una distanza di sicurezza dall'individuo agitato e bisogna garantire sempre il rispetto del suo spazio personale. Evitare il contatto intenso diretto e prolungato, fare attenzione al linguaggio non verbale del proprio corpo che può essere percepito come minaccioso. Evitare se possibile di trattare l'assistito singolarmente (Squillace, 2018).

La strategia più efficace per migliorare la sicurezza dell'operatore è anticipare la potenziale aggressività (Novitsky et al., 2009).

Il comportamento del personale è il punto cruciale dove è iniziata la prevenzione della violenza. Molti operatori di salute mentale devono affrontare un enorme carico di lavoro e una pressione organizzativa e, quindi, si sentono molto angosciati; la gestione dello stress e la gestione della rabbia sono la base per applicare efficacemente le abilità di de-escalation (Richter, 2006).

La prima regola di base sottolinea l'atteggiamento generale nei confronti della persona assistita e della sua aggressione. L'atteggiamento dovrebbe essere di empatia, preoccupazione, rispetto, sincerità ed equità. Questo atteggiamento dovrebbe essere accompagnato da un'intenzione premurosa e terapeutica.

La seconda regola della gestione dei conflitti è quella di valutare i rischi associati con ogni opzione disponibile. Può questa situazione può davvero essere padroneggiata senza opzioni fisiche? Se il personale non si sente abbastanza sicuro per gestire questa situazione solo con opzioni non fisiche dovrebbe passare al piano B, ovvero alla preparazione di interventi fisici.

La terza regola di base non è controllare l'individuo, ma controllare la situazione. La gestione dei conflitti all'interno di un'interazione ha l'obiettivo di ottenere il meglio della situazione per entrambe le parti. L'obiettivo di evitare la violenza dipende da entrambe le parti. Se la persona ha l'impressione che il personale stia cercando di controllare o



addirittura costringendolo a comportamenti specifici, è molto probabile che emergano reazioni ostili. Pertanto, il comportamento del personale non dovrebbe essere troppo invadente o provocatorio.

In quarto luogo, nei casi in cui ciò sia possibile, valutazione del rischio, processo decisionale, responsabilità e azioni dovrebbero essere condivise con i colleghi. Sebbene la de-escalation funzioni meglio nell'ambito di un'interazione individuale, i compagni di staff dovrebbero conoscere il piano, dovrebbero cercare di calmare gli altri degenti e dovrebbero essere consapevoli di possibili interventi di crisi per salvare i partecipanti da infortuni.

In quinto luogo, la de-escalation funziona in modo più efficace quando viene eseguita come primo intervento.

In sesto luogo, uno dei principali subgoal nella de-escalation è guadagnare tempo. Molto spesso, la comunicazione interpersonale è aggressiva, ad esempio ci sono accuse e urla. L'eccitazione emotiva rende molto probabili le risposte rapide e i partecipanti si sentono soggettivamente sotto pressione per rispondere in modo che l'avversario non abbia l'impressione di aver ceduto. La ricerca psicologica sperimentale, tuttavia, ha dimostrato che la pressione del tempo porta a un'elaborazione delle informazioni meno accurata e, di conseguenza, decisioni inadeguate. (De Dreu, 2003; Van Cleef, De Dreu e Manstead, 2004, citati da Richter, 2006). Un guadagno di tempo può non solo portare a decisioni migliori, ma ridurrà anche la tensione interpersonale.

Settimo, le considerazioni spaziali sono ugualmente importanti e il mantenimento della distanza tra il personale e l'assistito ha diversi vantaggi. L'eccitazione ansiosa può essere indotta da avvicinarsi l'uno all'altro, il che a sua volta può portare ad azioni difensive. Un altro vantaggio riguarda la sicurezza personale: spazio sufficiente per salvaguardarsi da colpi o colpi immediati.

Ottavo, gli interventi di de-escalation devono essere applicati con apparente auto-fiducia e certezza, senza essere provocatori. Se lo staff mostra troppo compiacimento, può essere considerato arrogante e provocatorio (Richter, 2006).

Il personale dovrebbe essere consapevole delle questioni generali di sicurezza. Situazioni aggressive spesso si verificano in ambienti dove ci sono molte altre persone. La sicurezza

di colleghi, degenti o personale inesperto deve essere sempre tenuta presente (Richter, 2006).

La letteratura esistente riconosce l'importante ruolo che la "causa" e l'"effetto" dell'aggressività ha sugli infermieri, evidenziando che spesso può influenzare le decisioni riguardo a come gli operatori intervengono per gestire l'aggressività; inoltre, le cause dell'aggressività possono fornire situazioni dalle quali gli infermieri possono imparare e diventare più abili nel riconoscere e prevenire potenziali fattori scatenanti (Mc Carron, 2016).

Gli episodi di aggressione possono essere verbali o fisici; il personale sanitario sperimenta più spesso l'aggressività verbale, ma circa un terzo del personale della salute mentale ha segnalato episodi di violenza fisica contro di loro. La violenza porta a danni fisici e psicologici a breve e lungo termine tra cui il burnout, aumento dell'assenteismo e cura della persona assistita interrotta. Potrebbe anche avere un impatto sull'uso e sui costi dell'assistenza sanitaria. Dal punto di vista dell'assistito, l'aggressività può causare ricoveri ospedalieri, lunghe degenze ospedaliere e accresciuta stigmatizzazione (Vita et al., 2020).

L'empatia è un'altra caratteristica che l'infermiere deve avere per poter svolgere al meglio le sue funzioni.

Il ruolo dell'empatia del personale nei confronti dell'utente del servizio in una situazione aggressiva è un fattore importante nella riduzione di un episodio aggressivo con successo. Si sottolinea che l'importanza dello sviluppo di una stretta relazione terapeutica con l'utente del servizio consente al personale infermieristico di acquisire una comprensione di questo permettendo così loro di interagire in modo più efficace (Mc Carron, 2016).

Ci sono quattro punti che sono più frequentemente menzionati dagli esperti in termini di atteggiamento dell'infermiere nei confronti dell'assistito:

- Empatia: è una trasformazione che si ripete costantemente in letteratura. "È la capacità di mettersi nei panni dell'altra persona, rendendo l'emozione o l'azione dell'altra tua." "È una risorsa di comunicazione che include una vasta gamma di interventi che può essere migliorato attraverso la formazione".

- Autenticità: quando si stabilisce una relazione basata sull' autenticità, la comunicazione terapeutica è ricevuta dagli individui in un modo più ricettivo.
- La mancanza di autoritarismo: il comportamento autoritario è stato percepito come un errore dai professionisti non solo nei vari studi condotti, anche dal punto di vista delle persone assistite; inoltre, in un atteggiamento non autoritario e permissivo permette all'infermiere di avvicinarsi all'assistito ed esprimere le proprie preoccupazioni.
- Rispetto: c'è stato anche un parere unanime su questo punto. Price e Baker hanno confermato nel 2012 che “trattare l'individuo con rispetto e garantire la sua dignità ridurrà l'aggressività.” (Martínez de Musitu Santiago, 2018)

Le strategie utilizzate più frequentemente sono state:

- rispettare la dignità della persona;
- avvicinarsi all'individuo con rispetto, apertura, e sincerità;
- mostrare esplicitamente rispetto; concentrandosi sul problema attuale;
- prestare attenzione alla comunicazione non verbale, essendo paziente, agendo con empatia;
- chiedere le esigenze e i reclami della persona assistita;
- condividere informazioni con l'assistito e cercando di capire la prospettiva di quest'ultimo (Richter, 2011).

Gli infermieri sono i professionisti che sono in prima linea con la probabilità di confrontarsi e affrontare la violenza, con la responsabilità di intervenire, definire e attuare strategie nella loro gestione, spetta a loro avere un'attenzione più umanizzata ed etica che guidi i loro interventi a favore del bene, sapendo che le loro decisioni influenzano in modo significativo la vita delle persone. Pertanto, gli interventi infermieristici devono essere realizzati con la preoccupazione di difendere la libertà e la dignità della persona umana, (Ordem dos Enfermeiros, 2015, citato da Bessa, 2017).

## L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

Il modo in cui i professionisti affrontano il comportamento aggressivo dipende dal livello di istruzione che hanno, il modo in cui lo percepiscono e il loro atteggiamento prima di quest'ultimo (Jansen, Middel & Dassen, 2005). Quindi si riconosce che la conoscenza, la

formazione, l'esperienza, il comportamento e l'attitudine dei professionisti possano contribuire al rischio di implodere questi comportamenti (Bessa, 2017).

Uno degli interventi più citati corrisponde alla necessità di sviluppare piani di formazione rivolti agli operatori sanitari, in particolare agli infermieri, al fine di consentire loro di prevedere i rischi attraverso l'identificazione precoce dei segnali di pericolo e gestione di diverse situazioni (Needham et al., 2004; Sande et al., 2011, citati da Bessa, 2017). Da questi studi emerge l'importanza del livello di abilità dei professionisti di affrontare la situazione, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza dell'aggressività e la necessità che professionisti qualificati agiscano nel modo migliore (Bessa, 2017).

Francis Mc Carron (2015/2016) supporta l'erogazione di questa formazione citando il miglioramento della sicurezza e conoscenza personale. Pertanto, l'autore può vedere dalla letteratura il valore nell'erogare una formazione di riduzione dell'escalation che è accuratamente studiata e strutturata e può aiutare a migliorare la fiducia del personale.

Le linee guida per la gestione a breve termine del comportamento disturbato / violento in contesti psichiatrici e di emergenza ospedalieri dovrebbero essere consultive, informative e regolarmente aggiornate. Il personale addetto alla formazione ha un effetto positivo sulle competenze e aumento della fiducia per far fronte alle situazioni di violenza. A questo proposito, si suggerisce di programmare corsi di formazione sulle tecniche di de-escalation, condivisi in modo diffuso e continuo. La formazione dovrebbe coinvolgere tutto il personale medico, infermieristico e di supporto, con l'intento di cambiare la clinica e la cultura organizzativa, il supporto e l'incoraggiamento della riflessione interna sulle pratiche professionali e le disposizioni per la revisione o lo sviluppo di un protocollo per la gestione di comportamenti aggressivi. Tuttavia, la formazione da sola non ha un forte impatto sulla riduzione degli episodi di aggressione. La formazione infatti, deve essere aggiunta a progetti di miglioramento della qualità a livello organizzativo e clinico. (Vita et al., 2020).

## TECNICHE DI DE-ESCALATION

La de-escalation è la risposta di prima linea raccomandata a potenziali violenze e aggressioni in ambito sanitario. L'attività accademica correlata è aumentata esponenzialmente dagli anni '80, ma esiste scarsa ricerca sulla sua efficacia e nessuna guida su ciò che costituisce il gold standard per la pratica (Hallett & Dickens, 2017).

Il termine de-escalation è stato usato per la prima volta nei discorsi sulla prevenzione della violenza in ambito sanitario e sociale a metà degli anni '80 (Infantino e Musingo, 1985, Kaplan e Wheeler, 1983, citati da Hallett & Dickens, 2017). Era successo nella letteratura sulla salute prima di questo per descrivere un inseguimento di uno qualsiasi di una serie di comportamenti o situazioni verso l'eventuale estinzione, ad esempio "uso di oppiacei" o "crisi". Tuttavia, nel contesto della violenza, il termine era stato ampiamente utilizzato nelle opere accademiche per descrivere la risoluzione geo-politica dei conflitti (Azrael, 1978, citato da Hallett & Dickens, 2017); in particolare la riduzione del coinvolgimento militare occidentale all'estero (Darling, 1969, Tierney, 1969, citati da Hallett & Dickens, 2017) e negoziazione delle concessioni degli avversari attraverso azioni unilaterali nelle discussioni sulle armi nucleari (Muro, 1977, citato da Hallett & Dickens, 2017). Alla fine degli anni '70 il termine era usato nel contesto dell'addestramento della polizia nella gestione di violenza domestica (Bell, 1979, citato da Hallett & Dickens, 2017). Nell'assistenza sanitaria, l'uso del termine è cresciuto e ha soppiantato altri termini per la gestione delle aggressioni, come "controllo e moderazione", un approccio utilizzato nei programmi di formazione prima nelle carceri e successivamente nei servizi di salute mentale nel Regno Unito e in Canada incentrati su autodifesa, uso di punti di pressione e tecniche di tenuta e contenimento influenzate dalle arti marziali (Ryan, 2010, citato da Hallett & Dickens, 2017). Dal punto di vista della salute pubblica, la riduzione dell'escalation è stata definita come la principale forma di prevenzione della violenza secondaria, che si verifica a fronte di un'aggressione imminente (Hallett & Dickens, 2017).

La de-escalation è descritta come un intervento psicosociale, che dovrebbe essere usato come risposta di prima linea alla violenza e alle aggressioni (National Institute for Clinical Excellence, 2005, citato in Hallett & Dickens, 2017).

Le linee guida di NICE per quanto riguarda la gestione a breve termine del comportamento violento / disturbato in degenza ed emergenza (National Institute for Clinical Excellence, 2005, citato da Squillace, 2018) ha descritto la de-escalation come l'uso di varie tecniche a breve termine che mirano a calmare e prevenire comportamenti violenti /disturbati. Queste linee guida sottolineano la necessità di osservare e riconoscere i segni premonitori di rabbia e agitazione, avvicinando l'assistito con modalità calma e controllata dando alternative di scelta e garantendo in ogni momento la dignità dell'individuo (NICE, 2015, citato da Squillace, 2018).

Alcuni scrittori sostengono che le qualità di de-escalation sono innate (Kindy et al. 2005, citato in Hallett & Dickens, 2017) mentre altri affermano che il loro uso e la loro efficacia si sviluppano attraverso l'esperienza (Johnson e Hauser, 2001, citato in Hallett & Dickens, 2017), o può essere appreso attraverso la modellizzazione dei ruoli e l'educazione (Beech and Leather, 2006, Kaufman e McCaughan, 2013, Pestka et al., 2012, citato in Hallett & Dickens, 2017).

L'escalation è stata criticata come forma di lavoro perché si basa esclusivamente su tecniche comunicative e cognitive (Sutton et al., 2013, citati da Seierstad, 2018). Inoltre, mancano prove empiriche che indicano che le tecniche sono efficaci e teoricamente fondate. L'aggressività risulta carente in molti studi (Robertson et al, 2012, citati da Seierstad, 2018).

Una conseguenza diretta della de-escalation (Fingfeld-Connett, 2009, citato in Hallett & Dickens, 2017), è che essa aiuta le persone assistite a sviluppare sentimenti di speranza, sicurezza e accettazione di sé, rispetto a più risposte autoritarie che possono portare queste ultime a perdere la fiducia nei servizi e impedire loro di sviluppare modi adattivi di risposta. Le conseguenze positive della de-escalation sono anche descritte da numerosi autori, in particolare riducendo l'aggressività dell'essere umano, prevenendo la violenza e riducendo la necessità di interventi restrittivi. Ciò che non è stato dimostrato in letteratura è quali attributi della riduzione dell'escalation siano più efficaci, né come le persone diventano efficaci "de-escalators" (Hallett & Dickens, 2017).

Quando si utilizza questo tipo di tecniche, il cliente può anche viaggiare in un altro spazio (desincronizzazione), in modo da consentire una maggiore interazione (impegno) e privacy (Nizza, 2004, citato da Bessa, 2017). Queste tecniche psicosociali mirano a

calmare / rompere il comportamento alterato della persona ed evitare il possibile aspetto di un comportamento aggressivo, e dovrebbero essere mantenute come misure di sostegno durante l'intervento ((Royal College of Nursing, 2005; Silva et al.2010, citati da Bessa, 2017).

I risultati della de-escalation:

- prevenire comportamenti violenti;
- evitare l'uso di restrizioni;
- ridurre la rabbia e la frustrazione dell'assistito;
- mantenere la sicurezza del personale e dei degenti;
- migliorare le connessioni staff-persone assistite;
- consentire agli assistiti di gestire le proprie emozioni e riprendere il controllo personale;
- aiutare gli individui a sviluppare sentimenti di speranza, sicurezza e accettazione di sé (Abderhalden et al., 2008).

## TALK DOWN

“Talk down” è il tentativo di calmare verbalmente la persona assistita parlando con lei in modo amichevole, con tono uniforme e mantenendo un contatto colloquiale (Adams, 2016).

Questo modello sottolinea l'importanza di autocoscienza ed empatia per la de-escalation dell'episodio aggressivo; è un processo per risolvere gli episodi aggressivi che si distingue in tre fasi: delimitazione (valutazione della sicurezza della situazione), chiarire (sviluppando una comprensione del perché l'utente del servizio è stato aggressivo) e risolvere (per cercare di trovare una soluzione tra il personale e l'utente del servizio) (Mc Carron, 2016).

I componenti essenziali di un trattamento efficace includono l'instaurazione di una relazione stabile e fiduciosa con l'assistito e la capacità di "talk down" degli individui agitati con calma e pazienza. Una decisione rapida e inequivocabile sul trattamento, inclusa la considerazione delle opzioni disponibili per un'efficace farmacoterapia, di solito migliora rapidamente le manifestazioni dell'acuto. È necessario un trattamento immediato contro le manifestazioni acute, sia per migliorare i sintomi soggettivi dell'assistito sia per prevenire comportamenti che potrebbero danneggiare la persona assistita o altri (Mavrogiorgou, 2011).

Prima proteggit:

Gli infermieri addestrati o altro personale dovrebbero essere presenti al primo contatto con un assistito aggressivo e teso. Il comportamento degli individui assistiti nelle emergenze è imprevedibile, né la loro forza è facile da valutare; il primo dovere dell'esaminatore è di provvedere alla propria sicurezza (Mavrogiorgou, 2011).

Contatto iniziale:

Gli operatori che stabiliscono il contatto iniziale con persone gravemente malate di mente dovrebbero mostrare orientamento all'obiettivo, razionalità ed empatia. Questo è un primo passo importante verso un trattamento efficace (Mavrogiorgou, 2011).

In una situazione di emergenza, il medico deve stabilire un contatto colloquiale con l'individuo e prendere la storia più rapidamente e in modo più strutturato rispetto a un



colloquio psichiatrico o medico non di emergenza, sia a causa dell'intensità dello stato della malattia dell'assistito sia a causa del possibile pericolo per quest'ultimo o altre persone. Oltre a rilevare le principali lamentele soggettive dell'assistito, l'esaminatore deve osservare attentamente il comportamento dell'individuo mentre lo esamina, prestando attenzione ai movimenti spontanei e a qualsiasi segno di agitazione psicomotoria, tensione o impulsività. Se persone diverse dalla persona assistita potessero fornire ulteriori anamnesi, l'esaminatore dovrebbe chiedere loro in modo specifico il comportamento dell'individuo o le anomalie di qualsiasi altro tipo prima che si verificasse la situazione di emergenza (Mavrogiorgou, 2011).

L'impostazione per l'esame iniziale dovrebbe essere scelta per massimizzare la sicurezza dell'assistito e dell'esaminatore. Stabilire strutture chiare, incluso dire alla persona assistita quale tipo di comportamento ci si aspetta da lui o lei, è un approccio più sensato e probabilmente più efficace della semplice applicazione di misure restrittive senza alcun pensiero critico. La fermezza, l'orientamento agli obiettivi, la razionalità e l'empatia sono molto importanti quando si ha a che fare con persone con grave disagio psichico e questo atteggiamento di base dovrebbe essere comunicato all'individuo sia verbalmente che non verbalmente attraverso il comportamento dell'esaminatore. L'instaurazione di un approccio personale nei confronti di una persona fortemente eccitata, o paurosa e suicida, attraverso un atteggiamento amichevole, empatico, rispettoso e comprensivo è una componente vitale del trattamento iniziale e apre la strada ai passi terapeutici che saranno attuati in seguito (Mavrogiorgou, 2011).

Gli interventi che utilizzano strategie di talk-down durante questo periodo di escalation spesso evitano comportamenti violenti (Overlack, 2016).

Il comportamento minaccioso di una persona assistita è comunemente una reazione eccessiva a sentimenti di impotenza e umiliazione percepita o effettiva. Un clinico che incontra un individuo minaccioso dovrebbe evitare di diventare verbalmente o fisicamente aggressivo nei confronti di quest'ultimo. Gli psichiatri che rispondono a persone minacciose con aggressività fisica o verbale hanno significativamente più probabilità di essere feriti o di avere proprietà distrutte rispetto a quelli che riconoscono la loro paura ma esprimono anche il desiderio di aiutare l'individuo. Un intervento minaccioso, tuttavia, è in contrasto con la dinamica della violenza in quanto evoca una

sensazione di impotenza o umiliazione nell'assistito e aumenta il rischio di violenza (Overlack, 2016).

Usando una voce assertiva e frasi brevi, l'operatore può determinare rapidamente se la persona assistita presterà attenzione. Volume, tono e frequenza del parlato devono essere inferiori a quelli dell'individuo aggressivo, sebbene se troppo basso, la persona può percepirlo come una minaccia. Il clinico dovrebbe parlare con la persona assistita concordando con lei e senza discutere. È importante non rispondere al contenuto del discorso dell'assistito (Overlack, 2016).

Un individuo in escalation deve essere avvicinato dalla parte anteriore o laterale poiché un approccio da dietro è estremamente minaccioso e il medico non deve mai voltare le spalle alla persona agitata o minacciosa (Overlack, 2016).

Quando una persona è arrabbiata e turbata, è importante spiegarle quello che ci si aspetta da lei in modo da non fraintendere ciò che le viene detto e non lo accetta come una provocazione. Sebbene le malattie degli assistiti possano variare in gravità, la maggior parte di loro può controllare il proprio comportamento. Pertanto, le conversazioni con la persona assistita inizialmente devono essere chiare e avere un obiettivo (Snorrason, 2010).

Può essere utile invitare la persona assistita a bere qualcosa come un bicchiere d'acqua o qualcos'altro che è appropriato per distogliere l'attenzione da ciò che sta succedendo o per suggerire altri modi per farle esprimere la sua rabbia (Snorrason, 2010).

Nello studio di Johnson e Delaney (2006) hanno scoperto che gli infermieri raramente hanno alzato la voce quando parlano con gli assistiti; nel rapporto di un infermiere in uno studio di Johnson and Hauser (2001) è emerso che utilizzare un tono di voce calmante è molto importante per tranquillizzare una persona.

Cowin e i suoi colleghi (2003) dicono che prima di iniziare a calmare una persona assistita con le parole, si dovrebbe agire posizionandosi in modo tale che questa veda una persona in una posizione rilassata e confortevole senza però invadere la sua area personale. È così che l'espressione del corpo e l'espressione orale vanno sempre insieme quando si cerca di calmare un individuo.

Un corretto orientamento della conversazione è rappresentato da silenzi e ripetizioni, frasi semplici e corrette, domande aperte, parafrasi, sintesi e linguaggio naturale. È importante essere in grado di elaborare ciò che è stato detto e concedere il tempo di cercare una risposta, cioè rispettare i silenzi. D'altro canto, per far sì che gli assistiti comprendano o ascoltino qualcosa, dovranno ripeterlo più volte. Dovrebbero essere usate frasi semplici e corrette perché quelle più complesse possono aumentare la confusione e causare una maggiore escalation dell'assistito. In generale, in letteratura si raccomandano frasi e domande aperte. L'uso della parafrasi e del riassunto indicheranno un livello maggiore di comprensione per l'infermiere nei confronti dell'assistito (Martínez de Musitu Santiago, 2011).

Questa tecnica / strategia prevede diversi interventi psicosociali a breve termine, tecniche per calmare il comportamento dirompente e prevenire il verificarsi di quest'ultimo, con l'utilizzo di risposte verbali e non verbali, "talk down"; usa una voce calma e ascolta la persona al centro del conflitto (Bessa, 2017).

## STAY COOL

Negli Stati Uniti, circa il 40% di tutti gli infermieri è stato esposto a violenza fisica e il 70% a violenza di tipo non fisico. Una recente revisione sistematica e una metanalisi hanno rivelato che quasi il 20% delle persone ricoverate in reparti psichiatrici acuti può comportarsi in modo violento. Per le organizzazioni sanitarie e il personale, eventi violenti che coinvolgono gli assistiti possono comportare spese mediche, potenziali spese legali, congedi per malattia e un alto tasso di turnover. Per i degenti, questi eventi possono comportare periodi di permanenza più lunghi, un uso più elevato dei farmaci e più riammissioni. Gli eventi violenti possono anche avere un impatto sul benessere degli infermieri sotto forma, ad esempio, di sintomi post-traumatici, paura, stress correlato al lavoro, ansia, colpa e la sensazione di essere insultato. Un'alta prevalenza di eventi violenti può anche compromettere il clima generale del reparto e quindi erodere la qualità dell'assistenza alle persone assistite. Prove preliminari mostrano che in un ambiente non ideale, ad esempio quando c'è il sovraffollamento negli ospedali psichiatrici, può aumentare il rischio di violenza nei confronti del personale (Adams, 2016).

È stato proposto che le tecniche utilizzate dagli infermieri per prevenire la violenza degli assistiti siano limitate e che siano necessari metodi più completi per affrontare la violenza di questi ultimi. Più recentemente, sono state effettivamente sviluppate misure meno restrittive e coercitive (Adams, 2016).

Precedenti studi hanno dimostrato che un clima di lavoro positivo è utile nel prevenire incidenti di aggressione dei ricoverati nei reparti. Le stesse persone assistite sono anche più soddisfatte della natura del trattamento nei reparti in cui il numero di eventi violenti è basso. Si ritiene che si possa ottenere un ambiente positivo attraverso la formazione continua e il supporto manageriale, una migliore gestione medica degli assistiti e / o una migliore gestione dei problemi interpersonali con una maggiore flessibilità riguardo alla fissazione di limiti (Adams, 2016).

Le esperienze degli infermieri di eventi violenti includono una varietà di segnali di avvertimento e situazioni ad alto rischio che li aiutano a prevedere la violenza imminente. Gli eventi violenti istigati dal degente sono stati descritti come situazioni complicate che coinvolgono sia gli infermieri che questi ultimi. Quando i reparti sono sovraccarichi di lavoro o di emozioni, o se gli infermieri sono diventati cinici nel gestire tali eventi, il

benessere degli infermieri risulta compromesso e le cure infermieristiche diventano complicate. Sono stati identificati i suggerimenti per la prevenzione della violenza, che includono, ad esempio, un'interazione più qualificata tra infermieri e persone assistite e un aumento del contatto tra infermieri e ricoverati nel reparto (Adams, 2016).

I segnali di avvertimento relativi all'individuo assistito sono, ad esempio, provocazioni verbali generali, grida o tono della voce elevato, gesti, tipi speciali di movimento (disordini, avvicinarsi troppo) o espressioni facciali. Gli infermieri hanno spiegato che i segni dei degenti sono più facili da interpretare quando gli infermieri li conoscono. Altri segnali possono essere: sbattere le palpebre più spesso o pavoneggiarsi (Adams, 2016).

Una recensione degli studi sulla previsione del comportamento aggressivo degli assistiti psichiatrici in base ai loro sintomi e aspetto ha rivelato un alto tasso di falsi positivi (Whittington & Richter, 2005, citato da Drach-Zahavy et al., 2012). L'ambiguità risultante da questi studi suggerisce che sebbene rappresentino le caratteristiche dei clienti un fattore significativo nel rischio di aggressione, non lo è necessariamente il principale antecedente (Duxbury) (Drach-Zahavy et al., 2012).

Le situazioni ad alto rischio sono correlate a restrizioni, ad esempio quando i ricoverati non possono uscire dal reparto o ricevere visitatori o telefonate. Altri esempi di restrizioni che potrebbero portare a reazioni violente includono l'assunzione di un farmaco da parte dell'assistito contro la sua volontà o l'informazione di un degente sulla degenza ospedaliera forzata. In queste situazioni, è stato negato qualcosa, che ha provocato l'individuo ad eventi violenti (Adams, 2016).

Se si deve informare una persona su cose che non gli piaceranno, si può prevedere che potrebbe provocare comportamenti violenti (Adams, 2016).

Le azioni degli infermieri sono state descritte come tentativi di risolvere un evento violento evitando danni extra a persone e cose. Di solito, la risposta immediata di un infermiere è quella di tentare di assumere il controllo dell'evento allarmando l'altro personale e cercando ulteriore aiuto. Prendersi cura degli altri ricoverati in eventi violenti è una parte essenziale della risposta di un infermiere, oltre a mantenere la calma. Gli infermieri hanno descritto come tentano di usare interventi meno restrittivi ed evitano di usare le stanze di isolamento degli assistiti. Ad esempio, possono dare alla persona

assistita la possibilità di ritirarsi dalla situazione, consentirgli di entrare nella propria stanza e rimanere lì per un periodo di tempo specifico, andare nella stanza di isolamento con le porte aperte o assumere farmaci per via orale. Gli infermieri hanno anche descritto l'uso di tecniche di gestione delle aggressioni (principalmente restrizioni fisiche), che ritenevano più sicuri sia per lo staff che per i degenti. Un'altra opzione, come descritto dagli infermieri, è quella di provare ad avere una conversazione rilassante con la persona. Questo metodo prevede di intervenire sulla violenza dell'assistito senza ferire nessuno (Adams, 2016).

Quando gli individui violenti sono isolati, il carico di lavoro aumenta, colpendo diversi infermieri, complicando l'assistenza infermieristica e causando un'atmosfera di lavoro stressante. Agli infermieri viene detto che non hanno tempo per prendersi cura degli altri ricoverati, il che può portare a nuovi tipi di eventi imprevedibili (Adams, 2016).

Il clima del reparto durante eventi violenti è carico di diversi tipi di emozioni. Si dice che essere "sovraccaricati" compromettesse il benessere sul lavoro, la qualità delle cure e avesse anche un impatto negativo sul tempo libero degli infermieri. Gli infermieri hanno descritto la tensione anticipatoria, aspettando solo l'episodio successivo. Gli eventi causano tensione, anche descritta come una "paura salutare", e la necessità di essere sempre vigili nei reparti con degenti violenti. Gli infermieri preferiscono l'espressione "essere vigili", anziché "paura" e sono piuttosto riluttanti a considerare le proprie emozioni come paura. La tensione preventiva o la paura legate al clima del reparto sono qualcosa che non deve essere visibile a una persona assistita violenta. Inoltre, gli infermieri hanno sottolineato che la paura costante renderebbe impossibile il lavoro (Adams, 2016).

Sono stati proposti alcuni suggerimenti: formazione in servizio, interazione competente, presenza di infermieri e miglioramenti della sicurezza. Gli infermieri hanno affermato che una formazione in servizio di alta qualità per tutto il personale renderebbe le politiche di trattamento più coerenti, mentre i miglioramenti della sicurezza della struttura fisica del reparto renderebbero più semplice l'osservazione dei degenti. Tuttavia, gli infermieri sentono di poter fare di più come professionisti. Hanno ritenuto che l'interazione competente fosse un modo per prevenire l'escalation di eventi violenti e che anche solo essere presenti per gli assistiti avrebbe fatto la differenza (Adams, 2016).

S-Stand: Stare a distanza: 2 metri. Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia.

T-Talk: Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte.

A-Ask: Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere alla persona assistita di dire la sua, acconsentendo a dissentire.

Y-Yellow: Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto. Meglio essere imbarazzati che percossi.

C-Concise: Non sprecare fiato con gli agitati. Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario.

O-Observational awareness: Consapevolezza di ciò che si osserva. Vigilare sui segnali emotivi e comportamentali.

O-Options: Offrire alternative. Offrire dell'acqua, il linguaggio universale dell'accoglienza.

L-Look/Listen: Essere rispettosi. Mantenere il contatto visivo è importante, ma non fissare negli occhi un soggetto potenzialmente aggressivo. Mantenere un'espressione neutrale. Negoziare.

Per attuare al meglio la tecnica "Stay cool" si consiglia:

- modellare una postura rilassata;
- utilizzare l'impatto della posizione del corpo;
- invitare l'altro a sedersi se entrambi siete in piedi. Immediatamente questo riduce la tensione fisiologica. Se l'altro rifiuta, sedersi e usare un suggerimento condizionale;
- rilassarsi e provare a respirare più lentamente, ritmicamente poichè è molto probabile che l'altro copi ("passo") ciò che l'infermiere fa;
- rendere i propri gesti più fluidi e rilassati;
- mantenere la distanza: non avanzare verso l'altra persona, mantenersi ad almeno due o tre metri, come ci si avvicina aumenta il rischio di aggressione;

- non "Stairstep" la propria voce - Se gli altri iniziano ad aumentare il tono della voce, l'infermiere mantiene lo stesso livello di voce normale o diventa un po' più morbido;
- evitare "scalini": quando la voce dell'altro diventa più forte, non bisogna farla intensificare, ma invece si dovrebbe mantenere il livello o addirittura abbassare la voce;
- se la rabbia continua ad intensificarsi, chiamare uno "Stop" - "Lei è molto arrabbiato e fuori controllo in questo momento e penso che dovremmo parlare più tardi.";
- chiedere con calma un chiarimento: chiedere ad altri ulteriori informazioni: ciò permette di smorzare l'eccitazione e pianificare una strategia;
- mirroring: ripetere l'essenza di ciò che l'altro ha detto; lui / lei può sentire l'impatto dell'infermiere;
- spostamento del contenuto da elaborare: chiedere all'altro di fare una pausa in modo da poter discutere su come migliorare la conversazione: concentrarsi sul processo di comunicazione. Potrebbe averne bisogno;
- accordo di fatto: concordare rapidamente con qualsiasi cosa si possa essere d'accordo;
- accordo di principio - Pur non concordando con la specifica accusa che qualcuno fa, colui che applica la tecnica di de-escalation è d'accordo con il principio alla base (Nay, 2017).

L'infermiere se riesce a tenere sotto controllo l'evento aggressivo, può modificarlo o prevenirlo. Gli infermieri hanno a disposizione diversi mezzi di autodifesa contro l'aggressione dei ricoverati, tra cui "gli occhi nella parte posteriore della testa "e, come affermato da un altro operatore," non camminare mai da solo, non voltare mai le spalle ai degenti, avvicinati alle pareti e prenditi sempre cura degli assistiti in presenza di altri membri dello staff. " Questi comportamenti per mantenere il controllo rappresentano un aspetto fondamentale dell'essere un operatore sanitario nei reparti psichiatrici (Adams, 2016).

L'infermiere deve, in aggiunta, ascoltare, usare l'empatia e tentare di far de-escalizzare l'evento aggressivo: prima di tutto, si dovrebbe parlare con l'assistito, per cercare di



chiarire se qualcosa lo disturba; affrontarlo potrebbe risolvere il problema; si potrebbe mandare in isolamento, oppure a fare una passeggiata intorno al giardino, così non sarà nelle immediate vicinanze degli altri ricoverati, ma in un'area più spaziosa. La comunicazione assistito-operatore è estremamente importante nel processo di de-escalation. In parecchi casi quando si ha a che fare con persone aggressive, si può provare a dire: "Guarda, è importante che tu ne parli, è importante lasciare che la tua rabbia venga fuori. ". È importante imparare a tenere bassa la voce, saper parlare con la persona assistita all'altezza degli occhi: "Non sono né più grande né più piccolo di te. Noi siamo nella stessa barca." (Adams, 2016). Questo processo di comunicazione si può sintetizzare con l'ascolto attivo:

- posizione del corpo: se possibile, seduto e rivolto verso l'altro, evitare di violare lo spazio personale;
- gesti del corpo: movimenti fluidi, evitando comportamenti di distrazione (ad es. scuotimento della gamba, braccia incrociate, movimento della testa in disaccordo, comportamenti di distrazione, ecc.);
- espressione facciale: mostrando interesse, significativo contatto visivo senza fissare, evitare di aggrottare le sopracciglia o reagire immediatamente quando si è in disaccordo. Il 55% del messaggio è in faccia;
- voce: ben modulata mostrando l'intervallo di interesse (non monotono), mantenere il volume a livello della conversazione (evitare il ritmo quando si risponde), evitare l'uso del sarcasmo;
- comportamenti: non interrompere, mostrare interesse e non essere impaziente di parlare, riflettere i sentimenti, porre domande chiarificanti senza cambiare argomento, parafrasate ciò che è stato sentito (Nay, 2017).

L'ascolto attivo / empatico riesce a migliorare la fiducia e la comprensione reciproca, gestendo al contempo le emozioni. L'ascolto attivo contiene le seguenti tecniche:

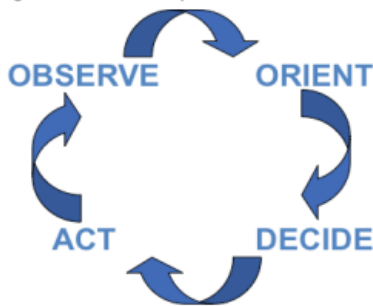
- migliorare l'autostima e la fiducia dell'individuo attraverso un giudizio non critico;
- ascoltare sia il contenuto che il significato;
- rispondere al messaggio emotivo;
- rispondere onestamente;

- parafrasare il messaggio dell'assistito per indicare la propria comprensione;
- non interrompere mentre la persona sta parlando;
- non dare consigli;
- non scartare i sentimenti dell'individuo;
- indicare un chiaro interesse per l'opinione dell'assistito e riconoscere posizione; ("Capisco cosa intendi"; "Mi piacerebbe saperne di più"). In caso di reclami o attacchi verbali l'obiettivo dovrebbe essere quello di disinnescare i forti emozioni legate alle affermazioni verbali;
- non difendersi o giustificarsi a questo punto;
- provare a gestire le emozioni della persona assistita (le urla si verificano perché l'assistito non pensa di essere ascoltato): "Posso vedere quanto sei arrabbiato", ecc.;
- riconoscere la posizione dell'assistito (che non significa accettarlo). Anche se a volte è difficile da fare, in situazioni speciali è del tutto appropriato concordare con i reclami o gli argomenti della persona (Richter, 2006).

## OODA LOOP

OODA Loop è un approccio al processo decisionale che prevede l'osservazione delle informazioni, l'orientamento o l'interpretazione delle informazioni, la scelta di un corso d'azione e infine l'azione.

Figure 1. The OODA Loop



(Figura 2; Higgins & Freedman, 2013)

Utilizzando il modello OODA Loop, i responsabili delle decisioni, cioè gli infermieri o coloro che si avvicinano ad utilizzare questa tecnica devono:

- raccogliere tutte le informazioni pertinenti disponibili nel loro orizzonte temporale decisionale nel modo più completo e disciplinato possibile (Osservare);
- utilizzare tali informazioni per stabilire e mantenere una comprensione tanto completa quanto pratica della situazione esistente (Oriente);
- prendere la decisione usando le tecniche appropriate (Decidi);
- eseguire la decisione al momento giusto (Act);
- monitorare i risultati dell'esecuzione delle decisioni (Osservare - essenzialmente tornare indietro al passaggio di raccolta delle informazioni sopra). (Higgins & Freedman, 2013).

La struttura fu sviluppata dall'ufficiale dell'Aeronautica in pensione diventato teorico militare John Boyd (23 gennaio 1927-9 marzo 1997) sulla base delle sue esperienze come pilota da combattimento durante il conflitto coreano nel 1952-53. Nella sua teoria Boyd osservò l'effetto che le "manovre transitorie veloci" avevano sui piloti nemici. Con il pieno sistema di controllo del volo idraulico e migliore visibilità della cabina di pilotaggio della Sabre F-86, caccia americano i piloti hanno superato di gran lunga i loro avversari comunisti che volavano con gli aerei MiG-15 tecnicamente superiori. In combattimento, i piloti statunitensi avrebbero iniziato una manovra, aspettando che il nemico reagisse, e

quindi eseguire manovre successive che i piloti nemici non potevano contrastare. Questa realizzazione ha portato Boyd a sviluppare un modello che affermava che tutto il comportamento umano poteva essere descritto come un processo continuo e interattivo di osservazione, orientamento, decisione e azione: comunemente noto come OODA Loop. Usando questo modello, Boyd ha spiegato il successo dei piloti americani F-86 in Corea in termini di capacità di completare l'OODA Loop più velocemente dei loro avversari. L'OODA Loop rappresenta il comportamento deliberato come una serie di quattro compiti correlati. Al posto degli eventi e della percezione, la teoria di Boyd usa il termine di osservazione più inclusivo. L'orientamento è sinonimo di tutto il processo importante di memoria e cognizione: l'attività che fornisce il contesto ambientale e le aspettative individuali. Nel descrivere il processo di confronto cognitivo, l'OODA Loop usa il termine Decisione. Infine, il comportamento risultante è semplicemente chiamato Azione. Nello sviluppo di questa teoria, Boyd non ha semplicemente spiegato il successo in combattimento di un gruppo di piloti di caccia su un altro (Plehn, 2000).

L'OODA Loop, sebbene utilizzato principalmente dai militari, si adatterebbe perfettamente alla gamma di azioni umanitarie come un quadro decisionale partecipativo in emergenze complesse, non solo disastri. Il ciclo OODA è applicabile ai vari ambienti operativi in quanto esistono parallelismi tra la natura del conflitto di tipo militare e le conseguenze delle catastrofi naturali e provocate dall'uomo. Sia l'azione militare che quella umanitaria generano grandi quantità di dati e informazioni che devono essere raccolti, analizzati e compresi contestualmente (Adams, 2001; Bryant, 2006; L'umanitarismo nell'età della rete 52, 2012, citati da Overlack, 2016).

L'osservazione o la prima fase del ciclo è dove inizia la raccolta di dati e informazioni. Gli autori spiegano che durante questa fase vengono raccolti vari input di dati e informazioni. Ciò include input interni ed esterni costituiti dalla situazione attuale, dati grezzi dal campo, dati di base prima dell'evento e altri dati e informazioni sociali, contestuali e operativi che possono essere raccolti. La raccolta di dati e informazioni diventa un ciclo continuo man mano che le informazioni vengono trasmesse e utilizzate nelle fasi successive e analizzate attraverso la sua interazione con l'ambiente operativo. Ciò si verifica contemporaneamente mentre altri dati e informazioni rilevanti vengono raccolti, assemblati e trasmessi per analisi e azioni. La fase di osservazione diventa sia un punto di raccolta che un mezzo per fornire validità interna dell'accuratezza dell'azione

durante le fasi precedenti. Gli autori sottolineano anche che è qui che si producono per la prima volta conoscenze fruibili. È a questo primo momento che l'affidabilità, la qualità e l'accuratezza dei dati e delle informazioni sono fondamentali per fornire interventi efficaci e appropriati (Patricelli et al., 2009; Ezard & Lewis, 2012, citati da Overlack, 2016), nonché indicatori con cui misurare l'efficacia degli interventi e l'importanza della comprensione del contesto operativo (Grais et al, 2009; Garfield et al., 2011, citati da Overlack, 2016).

Per realizzare correttamente questa fase l'operatore può porsi alcune domande come:

- Cosa sta succedendo nell'ambiente che mi riguarda direttamente?
- Cosa sta succedendo che mi riguarda indirettamente?
- Cosa sta succedendo che potrebbe avere effetti residui in seguito? (Bundrick & Cowger, n.d.)

La seconda fase o orientamento del ciclo OODA è quella in cui le informazioni e le conoscenze fruibili dalla fase di osservazione vengono analizzate e valutate in termini di come questo interagisce con le pratiche sociali e culturali della comunità ospitante. Inoltre, vengono rivedute tutte le nuove informazioni, la precedente storia pertinente o l'esperienza di circostanze simili. Ciò costituisce quindi la base o l'ipotesi di interventi attuabili nella terza fase. In questa fase si analizzano le tradizioni culturali, il patrimonio genetico, il sistema familiare; sono importanti anche l'esperienza precedente e la capacità di analizzare e sintetizzare gli stimoli (Bundrick & Cowger, n.d.).

La terza fase coincide con il processo decisionale: le decisioni si basano sulle osservazioni fatte e sull'orientamento che stai utilizzando (Bundrick & Cowger, n.d.).

La fase n°4 è quella dell'attuazione: si concretizza la decisione. Quindi, si può tornare al livello Observe e si valutano gli effetti dell'azione (Bundrick & Cowger, n.d.).

Il ciclo OODA fornisce un quadro decisionale completo che aiuta ad affrontare alcune delle esigenze informative identificate dell'azione umanitaria. Tuttavia, deve essere modificato per includere un approccio più definito, collaborativo e partecipativo con le parti interessate locali e nazionali nell'area delle operazioni. Una critica fondamentale dell'azione umanitaria è stata la mancanza di consultazione con le popolazioni locali per quanto riguarda la valutazione, l'analisi, la comprensione del contesto situazionale e le

strategie di intervento appropriate, come evidenziato dai rapporti dell'Indice di risposta umanitaria per le inondazioni del Pakistan del 2010 e il terremoto di Haiti del 2010 (HRI 2011, Focus on Pakistan; HRI 2011, Focus su Haiti, citati da Overlack, 2016). La necessità di raccogliere, analizzare, decidere e agire rimane la stessa e la capacità di variare la velocità del ciclo per produrre azioni adeguate al tempo fornisce la direzione e la flessibilità necessarie attraverso lo spettro degli interventi umanitari (Overlack, 2016).

Gli obiettivi che si cercano di raggiungere utilizzando questa tecnica sono:

Obiettivi per l'assistito:

- rallentare l'impulsività e il processo decisionale della persona assistita per un breve intervento, in particolare esorta a lasciare il trattamento;
- utilizzare come strumento educativo per migliorare la consapevolezza (Bundrick & Cowger, n.d.).

Obiettivi dell'infermiere o chi applica la tecnica di OODA Loop:

- consentire all'operatore di effettuare valutazioni rapide del processo decisionale dell'assistito;
- incontrare la persona assistita dove sono nel qui e ora;
- fornire nuove opzioni da considerare per le persone assistite (Bundrick & Cowger, n.d.).

## CONCLUSIONE

Le tecniche di de-escalation, dunque, sono dei metodi che possono utilizzare gli infermieri per poter svolgere al meglio il loro dovere e garantire la dignità dei loro assistiti. Queste tecniche possono essere utilizzate solamente nella fase di escalation dell'aggressività, altrimenti sono inutili: per questo è importante che l'infermiere riconosca precocemente in che fase del ciclo dell'aggressione si trova la persona.

Le varie tecniche di escalation analizzate in molti casi si sovrappongono; poi sarà la formazione nella singola realtà operativa a dover far fronte a qual è il miglior comportamento in quella situazione, il quale dovrà essere condiviso anche con gli operatori del percorso formativo.

L'infermiere per far sì che ogni persona attorno a lui sia soddisfatta deve:

- garantire la sicurezza per se stesso, i suoi colleghi e le altre persone presenti nella scena;
- con calma e sicurezza deve avvicinarsi all'individuo in fase di escalation;
- capire cosa sta succedendo: quindi è necessario che ascolti l'assistito, che con lui crei un rapporto di fiducia in modo tale che questo non si senta solo;
- se l'infermiere riesce, deve provare a far distrarre la persona (facendogli bere un bicchiere d'acqua, oppure facendogli fare una passeggiata all'esterno o cambiando location);
- a questo punto l'operatore applica una delle tecniche che conosce e cerca di far calmare la persona assistita.

Nel frattempo, i colleghi devono essere in allerta e pronti ad intervenire per ogni evenienza.

È importante che tutti gli operatori (soprattutto quelli che lavorano in ambito psichiatrico e nel dipartimento di emergenza-urgenza) siano formati su questo aspetto: sono fondamentali dei corsi di formazione che coinvolgono in maniera attiva l'intera equipe, così tutti sanno gestire una situazione di emergenza.

È necessario approfondire l'utilizzo di queste tecniche e i cambiamenti che comportano poiché in materia c'è poca letteratura. La formazione deve essere incentrata non solo sulla

gestione dell'aggressività del soggetto ma anche sulla risposta emotiva dell'operatore perché spesso e volentieri è l'operatore che sbaglia la modalità di risposta al soggetto aggressivo e stimola a sua volta l'aggressione; è importante capire se l'operatore è in grado di gestire i suoi comportamenti e di conseguenza riuscirà a gestire anche quelli della persona assistita.

La formazione deve mirare a far sì che tutte le varie tecniche di de-escalation costituiscano una tecnica unica su cui sono formati tutti gli operatori di quel servizio (ad esempio con un protocollo o una linea guida), ma soprattutto la formazione deve formare gli operatori in modo che siano in grado di gestire le proprie emozioni all'interno della relazione di cura.

L'infermiere deve cercare in tutti i modi di fare delle scelte insieme all'assistito (riguardanti il suo trattamento) anche nei momenti in cui questo è violento; per fare questo si consiglia l'utilizzo delle tecniche di de-escalation.

Per concludere l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile del prendersi cura dell'assistito, di creare una relazione terapeutica con lui, di ascoltarlo, di entrare in empatia con lui, di parlare e non far sentire solo l'assistito. Inoltre, l'infermiere è responsabile di far sentire sempre il suo assistito una persona; infatti, come afferma il Codice deontologico dell'infermiere (2019):

#### Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.



## BIBLIOGRAFIA

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50.
- Adams, C. E. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study.
- Bessa, A. M. D. C. P. CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.
- Bundrick, J., & Cowger, E. About the Presenters.
- Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., Granot, M., Hirschmann, S., & Kostintski, H. (2012). Control: patients' aggression in psychiatric settings. *Qualitative Health Research*, 22(1), 43-53.
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International journal of nursing studies*, 75, 10-20.
- Hannah, K. J., Hussey, P., Kennedy, M. A., & Ball, M. J. Introduction to Nursing Inform.
- Hentunen, L. (2019). Rauhoittumistilat ja rauhoittumismenetelmät psykiatrisissa sairaaloissa.
- Higgins, G., & Freedman, J. (2013). Improving decision making in crisis. *Journal of business continuity & emergency planning*, 7 1, 65-76.
- Joint Commission. (2019, Maggio). Talk down: Joint Commission on de-escalation. *Briefings on Hospital Safety*, 12-17.
- Martínez de Musitu Santiago, O. (2018). Jatorri psikiatrikoa duen agitazio psikomotorearen maneiua de-eskalatze teknika ez hertsatzailearen bitartez: definizioa eta deskribapena.
- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. (2011). The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(13), 222.
- Mc Carron, F. (2016). An Evaluation of the Impact of the " Talk downs" Model on~ Self-perceived Confidence of Nurses for Descalating Potential Aggressive Episodes.

- Mehtonen, E., & Niittyoja, S. (2017). Rauhanturvaajana psykiatrisella osastolla: Puheella rauhoittaminen.
- Nay, W. R. (2017). Passive Aggression, Sarcasm, Cold Anger, Hostility and Aggression: Brain-Based Advances in Managing Anger and Who Stays Well.
- Novitsky Jr, M. A., Julius, R. J., & Dubin, W. R. (2009). Non-pharmacologic management of violence in psychiatric emergencies. *Primary Psychiatry*, 16(9).
- Overlack, D. J. (2016). Using explicit knowledge models and best practice guidelines to improve humanitarian outcomes through the development of a knowledge tool for international health workers (Doctoral dissertation, Curtin University).
- Plehn, M. T. (2000). Control Warfare: Inside the OODA Loop. AIR UNIV MAXWELL AFB AL SCHOOL OF ADVANCED AIRPOWER STUDIES.
- Richter, D. (2006). Nonphysical conflict management and deescalation. In *Violence in mental health settings* (pp. 125-144). Springer, New York, NY.
- Richter, D. (2011). 5 How to de-escalate the use of coercion. *Coercive Treatment in Psychiatry*, 57.
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(1), 90.
- Seierstad, A. (2018). De eskalering i akutpsykiatrisk avdeling (Master's thesis, OsloMet-storbyuniversitetet).
- Snorrason, J. Aðferðir sem starfsfólk geðdeilda notar til að róa reiða og spennu sjúklinga (Doctoral dissertation).
- Squillace, F. (2018). La gestione infermieristica dell'aggressività dei pazienti con disturbo mentale nell'ambito della psichiatria acuta: una revisione della letteratura (Doctoral dissertation, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)).
- Vita, A., Stanga, V., Ceraso, A., Deste, G., & Barlati, S. (2020). Non-pharmacological Approaches to Violence Among People with Severe Mental Disorders. In *Violence and Mental Disorders* (pp. 269-295). Springer, Cham.

## SITOGRAFIA

- Federazione Nazionali degli ordini delle professioni infermieristiche. (2019). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.
- Figura 1:  
<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.it%2F11148192-Manifestazioni-dell-aggressivita-aggressivita-nelle-varie-patologie-psichiatriche.html&psig=AOvVaw1YQXVYFkyRmdgizriYPl8&ust=1602924771027000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhqFwoTCMDop6PeuOwCFQAAAAAdAAAAABAJ>
- Galli, F. (2019/2020). 6. Ruolo e competenze dell'infermiere nella riabilitazione psichiatrica. Slide Power Point.  
[https://learn.univpm.it/pluginfile.php/174752/mod\\_folder/content/0/6.Relazione%20e%20comunicazione%20terapeutica.ppt?forcedownload=1](https://learn.univpm.it/pluginfile.php/174752/mod_folder/content/0/6.Relazione%20e%20comunicazione%20terapeutica.ppt?forcedownload=1)  
[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf)
- Portale filosofico. (n.d.). Lorenz e le sue tesi sull'aggressività.  
<http://www.portalefilosofico.com/portale/lorenz.pdf>
- World Health Organization. (2002). World Report on Violence and Health.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_ita.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf?ua=1)

## **RINGRAZIAMENTI**

Con questa tesi termina il mio percorso universitario: vorrei dire grazie a tutti coloro che mi hanno aiutata a raggiungere questo traguardo.

Vorrei ringraziare il mio relatore, il professore Maurizio Ercolani, che mi ha aiutata a scrivere questa tesi, sempre disponibile nel rispondermi per portare a termine al meglio questo lavoro. Inoltre, vorrei dire grazie alla mia correlatrice, la professoressa Mara Marchetti, che è sempre stata pronta a darmi una mano.

Vorrei ringraziare i miei genitori e i miei fratelli che mi hanno sopportata e supportata in ogni momento di sconforto, hanno gioito con me per ogni traguardo raggiunto, che hanno saputo quando era il momento di lasciarmi stare perché ero troppo concentrata a studiare e non volevo distrazioni ma nonostante tutto non mi hanno mai lasciata sola.

Vorrei ringraziare i miei nonni Emidio e Annamaria che hanno sempre creduto in me, la mia bisnonna Pierina che mi ha sempre incoraggiata ad andare avanti e non mollare. Poi un ringraziamento speciale va anche ai nonni Mario e Lisetta che dall'alto mi hanno sempre protetta.

Un pensiero speciale anche per i miei amici: che nonostante i numerosi impegni che questo corso di studi richiedeva non mi hanno mai lasciata sola e hanno fatto di tutto per essermi vicina.

Devo ringraziare le mie coinquiline che mi hanno aiutata a raggiungere il mio obiettivo e che mi sono sempre state vicine; Federica e Claudia con cui ho condiviso il percorso di studi e che sapevano sempre i timori, la stanchezza, la gioia che si prova durante un tirocinio, che sono sempre state pronte a sopportare tutte le mie pazzie e mi sono sempre state vicine.

Un grazie speciale va a Federica: amica, compagna di stanza e di corso che è sempre stata lì pronta a sostenermi nei momenti di sconforto, stanchezza e con la quale ho condiviso tutte le gioie, i pianti, le risate e i dolci di questi tre anni.

Vorrei ringraziare tutte le cugine che mi hanno sempre sostenuta per non mollare sia durante i pranzi della domenica dai nonni che con una semplice chiacchierata tra le scale, in particolare devo dire grazie a Barbara, che mi ha aiutata ad affrontare questo percorso

e sapeva sempre cosa stessi vivendo perché ci era già passata. Un grazie anche a tutti gli zii che mi hanno sempre incoraggiata.

Vorrei ringraziare i miei vicini: che anche nei momenti più bui erano pronti a strapparmi un sorriso e a farmi andare avanti.

Un pensiero va anche a Silvia che mi è sempre stata vicina, sia con il pensiero che con i fatti.

Vorrei ringraziare tutti i miei colleghi di università con i quali ho condiviso questo percorso intenso e bellissimo ed in particolare Simona con cui ho creato anche un rapporto di amicizia, supporto e condivisione; i tutor Palumbo, Giambartolomei e Falcetelli che ci hanno dato tutte le basi per poter affrontare questo percorso universitario; inoltre, un pensiero anche al mio presidente di corso Sandro Ortolani, che ci ha sempre supportati ad andare avanti e non mollare perché questa scelta ci darà tante soddisfazioni.

Devo dire grazie anche a me stessa che con la mia caparbia non mi sono fermata davanti alle difficoltà ma sono andata avanti e ho avuto molte soddisfazioni.

Vorrei ringraziare tutte le persone che non ho nominato ma che mi sono state vicine con il pensiero e che mi hanno sempre sostenuta.