A mia madre,

ai suoi sacrifici e privazioni, e alla sua costante dedizione nel rendermi felice.

Spero sempre di renderti orgogliosa di me, come oggi.

A me stessa,

al mio essere così insicura ma determinata, che mi ha sempre permesso di raggiungere ogni mio obiettivo.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	3
1.1 AGGRESSIVITA': STATO DELL'ARTE	3
1.2 GESTIONE CLINICA DELLA PERSONA AGGRESSIVA: IL CICLO DELL'AGGRESSIVITA'	4
1.3 STRUMENTI DI VALUTAZIONE	7
CAPITOLO 2	9
2.1 LE TECNICHE DI DE-ESCALATION	9
2.2 LA COMUNICAZIONE	12
CAPITOLO 3	15
3.1 LA SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO	15
3.2 RIFERIMENTI NORMATIVI	18
4 OBIETTIVO DELLO STUDIO	22
5 MATERIALI E METODI	22
5.1 DISEGNO DELLO STUDIO	22
5.2 TIMING DELLO STUDIO	22
5.3 CRITERI DI INCLUSIONE	22
5.4 CRITERI DI ESCLUSIONE	23
5.5 CAMPIONAMENTO	23
5.6 STRUMENTO DI RACCOLTA DATI	23
5.7 PROCEDURA DI STUDIO	25
5.8 CONSIDERAZIONI ETICHE	25
6. ANALISI DEI DATI	26
7. RISULTATI	26
7.1 LIMITI DELLO STUDIO	33

8. DISCUSSIONE 35

9. CONCLUSIONE 37

10. PROGETTO FORMATIVO DI MIGLIORAMENTO “TECNICHE DI DE-ESCALATION NELLA PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE NELLE ACUZIE PSICHIATRICHE ETEROAGGRESSIVE” 38

MAPPATURA DEI BISOGNI FORMATIVI 38

OBIETTIVI FORMATIVI 39

DESCRIZIONE DEL PROGETTO 39

BIBLIOGRAFIA 43

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO 45

ALLEGATO 2: PROTOCOLLO AST ASCOLI PICENO 51

ALLEGATO 3: AUTORIZZAZIONE DELLO STUDIO 52

ALLEGATO 4: PROPOSTA DI PROGETTO 55

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Le tecniche di de-escalation consistono in una serie di interventi comunicativi e comportamentali mirati a prevenire l'escalation nelle acuzie eteroaggressive. L'implementazione di tali tecniche si configura come una strategia di prevenzione fondamentale per migliorare le competenze dei professionisti sanitari nella gestione efficace e sicura dei pazienti in condizioni critiche. L'obiettivo dello studio consiste nell'individuare il grado di conoscenze teorico-pratiche delle tecniche di de-escalation degli infermieri afferenti l'U.O.C. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC), le U.O.C. dei Centri di Salute Mentale (CSM) e le U.O.C. Pronto Soccorso (PS) dell'AST di Ascoli Piceno.

MATERIALI E METODI: È stato condotto uno studio esplorativo di tipo osservazionale monocentrico, tramite la somministrazione di un questionario conoscitivo autocompilato. Lo studio ha arruolato gli infermieri delle U.O.C. SPDC, CSM e PS dell'AST di Ascoli Piceno ed ha restituito 92 unità statistiche, adattando il livello di confidenza al 95%. I dati sono stati raccolti nel periodo compreso tra il 10 Luglio 2024 e il 1° settembre 2024.

RISULTATI: Dei 92 infermieri inizialmente arruolati, 76 hanno risposto al questionario, con un Response Rate (RR) pari al 82,6%. Il 56,6% del campione ritiene "molto utile" fare esperienza nei setting psichiatrici mentre il 3,9% ritiene che non sia "per nulla" utile. La maggioranza del campione riconosce di saper individuare strategie comportamentali durante la fase di escalation dell'aggressività. Difatti, ben il 66,7% del campione coinvolto ha implementato un modus operandi competente nella gestione degli agiti aggressivi e, pertanto, ritiene attuale il tema e la formazione dell'aggressività nel setting sanitario.

DISCUSSIONE: La presente indagine ha analizzato il profilo degli infermieri dell'AST Ascoli Piceno e la loro esperienza nella gestione dell'aggressività in contesti psichiatrici ed emergenziali. La maggior parte del campione presenta un buon livello di formazione, ma un'esperienza limitata in ambito psichiatrico. Il 67,4% degli infermieri conosce la scala M.O.A.S., mentre il 28% non ha mai partecipato a corsi specifici sugli agiti aggressivi. La ricerca evidenzia la necessità di rafforzare la formazione continua tramite progetti formativi e protocolli aziendali volti a migliorare la sicurezza dei professionisti sanitari a rischio di acuzie eteroaggressive.

CONCLUSIONI: L'indagine ha evidenziato un campione infermieristico dotato di una buona preparazione accademica, ma con margini di miglioramento nella gestione dell'aggressività nei contesti psichiatrici e di emergenza. L'esperienza limitata e la scarsa partecipazione a corsi specifici suggeriscono di instaurare una solida partnership con la dirigenza sanitaria affinchè si potenzino le competenze dei professionisti sanitari, la sicurezza nei setting lavorativi e la qualità assistenziale. A sostegno di quanto emerso, si propone un progetto formativo aziendale mirato ad incrementare la formazione di tutti i professionisti sanitari sulle tecniche di de-escalation nelle acuzie eteroaggressive.

KEYWORDS: Aggressività, Tecniche di de-escalation, Infermieri, Prevenzione;

INTRODUZIONE

L'aggressione nei confronti degli operatori sanitari è un fenomeno preoccupante e sempre più diffuso, che rappresenta una significativa sfida per il sistema sanitario. Gli infermieri, in particolare, sono spesso esposti a comportamenti aggressivi da parte di pazienti e familiari tali da compromettere la sicurezza del personale e la qualità delle cure elargite. L'aggressione può manifestarsi in varie forme, da quella verbale a quella fisica, e può essere scatenata da molteplici fattori, non sempre legati all'assistenza ma alla gestione stessa della relazione assistenziale e della presa in carico come l'ansia di ricevere assistenza, lunghe code di attesa nell'accesso ai servizi da parte dell'utenza, diffusione virale di una cattiva informazione da parte delle testate giornalistiche, mancanza di tempo e pazienza degli utenti, scarso riconoscimento professionale nei confronti degli operatori, frustrazione e disturbi psicologici dei pazienti. (Morphet, 2014)
Questi episodi causano inevitabilmente conseguenze emotive e fisiche per chi li subisce, con ripercussioni a livello assicurativo, come, ad esempio, le reiterate assenze dal lavoro. Tuttavia, è importante sottolineare che la maggior parte degli episodi potrebbe essere evitata attraverso una gestione appropriata e una formazione adeguata.

Svolgere la professione di infermiere nell'area della salute mentale aumenta di oltre quattro volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti.

Le tecniche di de-escalation rappresentano una strategia fondamentale per gestire e ridurre l'incidenza di tali comportamenti aggressivi. Queste tecniche includono una serie di interventi comunicativi e comportamentali che mirano a gestire gli agiti aggressivi e a prevenire l'escalation della violenza. La formazione degli infermieri in queste tecniche è cruciale per migliorare la loro capacità di gestire situazioni critiche in modo efficace e sicuro.
Questo studio si propone di esaminare il grado di conoscenza delle tecniche di de-escalation da parte degli infermieri attraverso la somministrazione di un questionario autocompilato. In particolare, si mira a valutare la conoscenza, la percezione e l'efficacia di queste tecniche tra il personale infermieristico, nonché identificare i bisogni formativi in merito. La comprensione di come gli infermieri affrontano le situazioni di aggressione e l'efficacia delle strategie di de-escalation può fornire preziose indicazioni per migliorare la formazione e le politiche di sicurezza sul lavoro nel setting sanitario.

In un mondo dove la qualità dell'assistenza sanitaria è strettamente correlata alla sicurezza ed al benessere degli operatori sanitari, è essenziale sviluppare e implementare politiche aziendali ed interventi mirati che possano ridurre il rischio di aggressioni e promuovere un ambiente di lavoro più sicuro e collaborativo.

La presente ricerca si sviluppa dall'interesse di esplorare un aspetto cruciale della pratica clinica ed assistenziale, osservato durante il percorso di tirocinio clinico, in quanto la violenza dei professionisti sanitari sul luogo di lavoro costituisce un problema di rilievo pubblico a livello mondiale, con un crescente e progressivo aumento dell'incidenza nazionale.

CAPITOLO 1

1.1 Aggressività: stato dell'arte

Dal punto di vista etimologico, il termine aggressività deriva dal latino "ad-gredior" ("ad" = verso, contro, allo scopo di; "*gredior*" = procedere, avanzare). (Spatuzzi, 2005)

In psicologia ed etologia, l'aggressività è una tendenza istintiva, ipotizzata come causa di comportamenti caratterizzati da minaccia ed attacco, considerati come provocazione da situazioni conflittuali o da sentimenti di frustrazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1996), si definisce comportamento violento quando viene riscontrato un "utilizzo intenzionale della forza fisica/potere, minacciato o reale, contro sé stessi o contro un'altra persona, un gruppo o una comunità, tale da avere un elevato potenziale (o capacità) di determinare lesioni fisiche, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione". È un costrutto complesso, il cui nucleo centrale consiste in "un'azione intesa a danneggiare direttamente (o minacciare di un danno) un altro individuo".

Il termine "aggressività" indica sia il comportamento finalizzato all'adattamento dell'uomo in modo attivo, creativo e disponibile al mondo che lo circonda, sia il comportamento violento, inteso come aggressività fisica verso un essere umano con l'intenzione di fare del male. (Nicolò G., 2012)

L'aggressività è un comportamento con origini evolutive che nella società attuale è spesso distruttivo e disadattivo.

A seconda della motivazione alla base del comportamento aggressivo e/o violento, è possibile distinguere:

- Agiti aggressivi/violenti secondari ad un discontrollo degli impulsi (solitamente tipici dei disturbi di personalità, dei disturbi dello spettro schizofrenico e psicotico, dei disturbi dello spettro bipolare e dei disturbi da uso di alcol e/o sostanze);
- Agiti aggressivi/violenti da premeditazione o per vantaggi secondari (tipici del disturbo antisociale e narcisistico di personalità e della psicopatia).

Dal punto di vista strettamente terminologico, a seconda della modalità con la quale si estrinsecano gli agiti aggressivi/violenti li possiamo distinguere in:

- Aggressività verbale etero/autodiretta;
- Aggressività fisica eterodiretta verso persone o animali;
- Aggressività fisica eterodiretta verso oggetti o crisi pantoclastiche o pantoclastia (quando l'individuo è in preda ad un impulso morboso atto a danneggiare qualsiasi oggetto che si trovi nell'ambiente circostante l'individuo). Tale reazione comportamentale può verificarsi in stati di eccitamento maniacale, scompensi psicotici, come reazione isterica o può essere indotta dall'uso di alcol e/o sostanze. L'etimo deriva da "panto" (= tutto, ogni cosa) e "-clastia" (ossia "distruggere");
- Aggressività fisica autodiretta o autolesionismo.

In tutti i casi l'aggressività si esprime con manifestazioni cognitive, emotive e comportamentali.

1.2 GESTIONE CLINICA DELLA PERSONA AGGRESSIVA: IL CICLO DELL'AGGRESSIVITA'

La gestione clinica delle condotte violente e aggressive si avvale di differenti strumenti e considera diverse variabili. Si possono considerare due ordini di interventi: quelli manualizzati, che comprendono le tecniche EBM (*evidence-based Medicine,* come le tecniche di de-escalation), e quelli ambientali, che riguardano la valutazione e il controllo degli ambienti in cui si è obbligati ad agire e dei rischi a essi associati.

Gli episodi di violenza, reali o possibili, devono essere esaminati in apposite riunioni di debriefing, nelle quali lo staffing, esamina la specificità di ogni singolo caso.

La gestione dell'utente aggressivo implica due livelli di interventi da parte del team:

- La valutazione clinica della persona aggressiva;
- La sicurezza degli altri ospiti e del personale stesso;

Per quanto riguarda la valutazione clinica, qualora la persona potenzialmente aggressiva venga condotta in reparto dalle forze dell'ordine, è molto utile che quest'ultime sostengano il personale coinvolto in tutte le fasi di accoglienza, al fine di tutelarlo. La situazione ideale, nel caso in cui un utente abbia commesso un atto aggressivo, prevederebbe, comunque, la valutazione prima che lo stesso acceda in struttura,

predisponendo un piano di intervento adeguato. L'ingresso dovrebbe avvenire nelle condizioni di massima sicurezza, per le quali è previsto l'allontanamento di tutti gli ospiti del reparto dalle aree interessate dall'intervento.

Sono previste osservazioni del soggetto da parte del personale sanitario con quattro differenti livelli di intensità:

- Livello 1: osservazione straordinaria che consiste in un innalzamento dei livelli di controllo dell'allocazione dell'utente;
- Livello 2: stretta sorveglianza che consiste nel controllo della sistemazione dell'utente almeno ogni 15 minuti;
- Livello 3: monitoraggio costante che implica la presenza continua del personale infermieristico per l'osservazione, cercando di garantire la privacy (es. uso dei servizi igienici);
- Livello 4: controllo intensivo, ovvero la costante presenza dello staff infermieristico e l'osservazione diretta continua.

È fondamentale ricordare che il nurse staffing coinvolto nell'intervento sulla persona aggressiva garantisce la sua efficacia e pone in sicurezza l'ambiente circostante.

È opportuno prendere in considerazione i fattori che incrementano il rischio di violenza quali precedenti episodi di violenza verso gli altri o verso di sé, precedenti legali, abuso di sostanze, scarsa aderenza ai trattamenti, tratti di personalità antisociale esplosiva o impulsiva, contatto con persone con le quali si sente in conflitto e barriere culturali/linguistiche. Affinché venga valutato appropriatamente il rischio di aggressione si elencano, di seguito, una serie di domande stimolo per il personale come guida per la valutazione:

- Verificare se il danno è avvenuto o minacciato;
- Considerare con attenzione, descrizione e frequenza della minaccia (azione, pensiero o fantasia);
- Esaminare la gravità del danno potenziale;
- Cogliere eventuale rimorso da parte dell'utente (se lo prova e lo esprime);
- Considerare la motivazione dell'atto aggressivo;
- Valutare l'accessibilità dell'utente stesso agli strumenti del danno;
- Fare una stima della probabilità che il danno si verifichi.

L'osservazione comportamentale umana codifica le condotte aggressive attraverso una serie di indicatori, quali: l'alzarsi in piedi, tachipnea o affanno, tensione muscolare, contatto oculare diretto e prolungato, aumento della gestualità, tono e volume della voce elevati, pugni chiusi ed aumento dell'agitazione con consecutiva riduzione della distanza interpersonale. Tali comportamenti hanno una loro precisa sequenzialità e gradualità nell'escalation dell'aggressività. Si può congruamente definire l'episodio aggressivo come un susseguirsi di fasi che costituiscono il "ciclo dell'aggressività".

Il ciclo dell'aggressività è caratterizzato da cinque fasi:

1. La prima fase prevede la presenza di fattori scatenanti, con i seguenti cambiamenti emotivi, fisici e psicologici (arousal): stato di attivazione e/o allerta, comportamenti verbali (ostilità verbale, espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica), urla con rabbia, imprecazioni non pesanti o minacce di azioni violente contro altri o se stessi. L'intervento deve essere calmo, non provocatorio;
2. La seconda è la fase di escalation (in cui si raggiunge progressivamente il punto di non ritorno) dove aumenta lo stato di agitazione psicomotoria definito dall'irrequietezza e dalle minacce. L'aggressione può avvenire contro la proprietà (sbattere le porte, strappare indumenti, rovinare pareti…) o contro sé stessi (lesioni fisiche, tentativi anticonservativi, escoriazioni, bruciature…);
3. La terza fase è propriamente detta fase della crisi, dove l'attenzione deve essere centrata sulla sicurezza e sulla previsione delle conseguenze;
4. La quarta è la fase di recupero nella quale l'aggressività tende a ridursi con il probabile innesco di ulteriori crisi ed un lento ritorno alla linea psico-emotiva basale. Il livello di arousal permane elevato. Gli operatori devono avere la cautela nell'aiutare la persona ad elaborare l'episodio: un intervento troppo precoce può determinare una riacutizzazione della crisi;
5. La quinta fase è quella della depressione post-critica. L'aggressore esprime sensi di colpa, vergogna, rimorso a cui consegue il confronto con l'equipe, fondamentale per accettare l'accaduto.

Gli interventi terapeutici di de-escalation sono tutti mirati a prevenire la fase di escalation. Se si raggiunge l'apice della crisi, questa tipologia di interventi risulta inefficace. Durante le crisi, gli interventi sono di tipo psicofarmacologico ed acquisisce il nome di

tranquillizzazione rapida. È importante precisare che a quest'ultima seguono sempre gli interventi di de-escalation.

1.3 Strumenti di valutazione

Mantenendo un approccio multidimensionale al fenomeno aggressività, risulta utile una valutazione globale della persona. È opportuno distinguere contesti e modalità differenti di valutazione dell'aggressività.

Le scale di valutazione consentono di quantificare, da un punto di vista psicopatologico, la dimensione dell'aggressività mettendola direttamente in relazione a eventuali sintomi presenti (per es. disorganizzazione concettuale, deliri, allucinazioni ecc.). (Tonnaer, 2016)

All'interno della valutazione multidimensionale, può essere di aiuto indagare il funzionamento delle aree cognitive coinvolte nei comportamenti aggressivi, così da ottimizzare la scelta di eventuali trattamenti terapeutici e riabilitativi.

Gli strumenti più frequentemente utilizzati sono:

-Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). La forma più comune è quella a 18 item, tuttavia sono state costruite e validate anche varianti con un numero maggiore di elementi, che colgono dimensioni specifiche, tra cui l'aggressività e l'ostilità (Dazzi, 2016);

-Clinical Global Impression (CG1). È stata utilizzata in modo specifico per la rilevazione, da parte dell'intervistatore, dell'aggressività (C. G. Huber, 2011);

-Aggression Questionnaire (AQ). Consente di valutare direttamente da parte del clinico l'aggressività fisica, verbale, la rabbia (considerata una manifestazione intermedia) e l'ostilità. Utile nella valutazione sia di soggetti sani sia di utenti e nella valutazione dell'efficacia di un trattamento (Perry, 1997);

- Overt Aggression Scale (OAS). Ne esistono versioni differenti (per es. Modified Overt Aggression Scale) e consente di documentare in eterovalutazione i diversi pattern di aggressività nello stesso episodio e di valutare come questa si modifica in relazione agli interventi messi in atto. Utile anche per percepire le fluttuazioni che l'aggressività ha durante il tempo (Yudofsky, 1986);

- Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11). È una scala somministrata per valutare l'impulsività, riuscendo a discriminare i soggetti non impulsivi da quelli impulsivi. (Patton, 1995)

Ulteriori valutazioni possono essere:

- La valutazione della cognizione sociale: lo studio dell'abilità di riconoscimento e di gestione delle emozioni, nonché delle abilità di ragionamento emotivo, può aiutare a delineare il "profilo di funzionamento psicologico";
- La valutazione cognitiva: un deficit cognitivo può essere alla base di condotte aggressive. Occorre monitorare il comportamento del paziente in vari contesti per identificare i trigger, raccogliere informazioni dei familiari per ottenere una visione completa del comportamento del paziente e collaborare con diversi professionisti per una valutazione integrata.
- La valutazione psicologica: dal punto di vista psicologico può essere di aiuto comprendere i tratti o la struttura della personalità di un individuo, così da inquadrare eventuali comportamenti aggressivi all'interno di una cornice più ampia.

CAPITOLO 2

2.1 Le tecniche di de-escalation

Il termine "de-escalation", dall'inglese come "riduzione della tensione", indica e include una serie di interventi di desensibilizzazione allo scopo di contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività. Affinché la de-escalation risulti efficace è indispensabile avere buone capacità di ascolto, comprensione empatica, capacità di problem solving e capacità di mantenere la calma ed il controllo delle emozioni. Talvolta iniziare una conversazione con toni pacati e neutrali può giovare al ritardo dell'escalation.

Secondo il Metodo Bolzano la de-escalation prevede cinque passi da seguire consecutivamente:

- Approcciare: Ottenere l'attenzione della persona tesa/arrabbiata chiamandola per nome oppure se non la conosciamo "Signore/a" /; in casi di forte agitazione è preferibile produrre uno shock sonoro come il battito delle mani;
- Mettersi a disposizione mostrando empatia ed autenticità nel rapporto interpersonale. Secondo C. Rogers è importante la tecnica del rispecchiamento che consiste nel mostrare attenzione, cognitiva ed emotiva, senza giudizio: *rispecchiamento non verbale* come muoversi insieme, lasciare spazio alla persona arrabbiata, non tentare di toccarla e il *rispecchiamento verbale* che consiste nell'ascoltare autenticamente quello che la persona afferma così da sentirsi compresi;
- Approfondire cosa c'è alla base del comportamento aggressivo (paura, sofferenza, un bisogno) ponendo domande concrete e riferite al momento attuale, o usando il superlativo. Tuttavia, è importante non porre domande che richiedono una spiegazione articolata, o in sequenza rapida;
- Trattare bisogni o desideri realizzabili e valutare possibili soluzioni, scartando quelle inaccettabili per entrambi;
- Infine, programmare un accordo ed attuare una soluzione accettabile per entrambi che non risulti un'imposizione o persuasione.

È utile apparire fiduciosi, mostrare calma, creare uno spazio di ascolto, anche fisico, parlare lentamente, con dolcezza e chiaramente, abbassare la voce, mantenere un contatto oculare adeguato e mai persistente. Il linguaggio utilizzato deve essere in linea con quello dell'interlocutore per cultura e capacità di comprensione. (Du, 2017)

Affinché vengano riconosciute precocemente delle situazioni critiche occorre agire con professionalità. Sono necessarie tre fasi da seguire:

- La fase 1 comprende l'acquisizione delle informazioni utili sulla situazione dai colleghi o da altre persone presenti, eliminare oggetti potenzialmente pericolosi, allontanare altri pazienti o curiosi, valutare le possibili vie di fuga e orientare il luogo del colloquio in uno spazio favorevole;
- La fase 2 riguarda il giusto approccio con il paziente, come mantenere una postura bilanciata, tenere le mani davanti al corpo, non schierarsi in modo aggressivo, lasciare spazio, mantenere un contatto visivo senza fissare, osservare le movenze dell'assistito e i possibili segnali di agitazione e aggressività;
- La fase 3 mostra l'importanza delle emozioni e bisogni dell'assistito valorizzandolo, aiutandolo, evitando rimproveri, offese, minacce, o provocazioni.

Le tecniche di de-escalation sono efficaci per diminuire il livello di tensione, energia e quindi, anche di emozione nel momento.

Le principali tecniche sono:

1. *Talk down*. Il *talk down* è una tecnica semplice e intuitiva, che consiste nel diminuire progressivamente il proprio tono di voce; questo induce spontaneamente nell'altro un'attenuazione del tono di voce, che si adegua inconsapevolmente a quello dell'interlocutore.
   La riduzione del tono di voce può avere un effetto di disinnesco della rabbia/aggressività.
2. *Time out.* Ha il fine di interrompere i comportamenti negativi e aggressivi. Il *time out* deve essere considerato un modo per invitare il soggetto a riflettere, a riprendere il controllo delle proprie emozioni ed evitare ulteriori situazioni disfunzionali. La persona è allontanata dalla situazione in cui ha manifestato il comportamento problematico, in modo da essere isolata da qualunque fonte di

rinforzo e la si invita a permanere in un luogo più tranquillo e privo di stimoli, dove potrà restare fino a quando il segnale di un timer indicherà la fine del periodo (*time out*). Nel mettere in atto tale tecnica è importante mostrarsi sicuri, essere fermi e coerenti e non mostrare intenti punitivi ma solo rivolti alla risoluzione del problema. Di particolare importanza è il soffermarsi insieme alla persona sullo stato emotivo sperimentato, così da delineare al meglio quali tipi di stimoli, interni o esterni, hanno contribuito alla messa in atto del comportamento indesiderato.

3. *Semplice ascolto.* Consiste nel dedicare tempo di ascolto a una persona arrabbiata per sfogare le tensioni e le frustrazioni
4. *Ascolto attivo.* L'ascolto attivo prevede una posizione dell'interlocutore improntata all'empatia e alle capacità di ascolto e il fatto di leggere gli eventi dalla prospettiva dell'altro. È evidente che, influiscono sulla sua determinazione anche gli aspetti non verbali. Il clima in cui si svolge è fattivo desiderio di collaborazione lontano dalla modalità asettica di una consulenza. Rispetto alle tecniche di ascolto sono importanti alcuni elementi, come l'introdursi (buongiorno/buon pomeriggio/buonasera, io sono…, come si chiama?) ed esplicitare chiaramente con brevi affermazioni cosa si sta vedendo e sentendo (noto che sei/è turbato/arrabbiato…, sono qui per aiutarTi/La/ voglio aiutarTi/La, mi preoccupo per la sua situazione…);
5. *Riconoscimento.* L'ascoltatore tenta di individuare l'emozione sottostante, le parole che la persona usa e i commenti sull'emozione stessa. La comprensione e la condivisione di ciò che una persona sente facilitano la risoluzione dell'emozione stessa;
6. *Tollerare il silenzio.* Il silenzio, elemento essenziale di ogni colloquio, permette alla persona arrabbiata di riflettere e pensare; non deve essere fonte di disagio per gli operatori che ne devono conoscere l'utilità e il significato;
7. *Accordarsi.* In un colloquio non è difficile individuare, nonostante la rabbia, un punto su cui si concorda con la persona. Condividerlo ed enfatizzarlo può porre le basi per un'interazione costruttiva;
8. *Scusarsi.* Qualora ci sia stato qualcosa di "ingiusto" o incomprensioni, è utile scusarsi. Le scuse, se sincere, testimoniano una predisposizione senza pregiudizi ed empatica dell'ascoltatore;
9. *Invitare alla critica.* Chiedere alla persona arrabbiata cosa ritenga ci sia di sbagliato e per quale motivo si è infuriata con l'ascoltatore. In una prima fase,

questo invito può, a volte, intensificare la rabbia, ma successivamente, se rinnovato, tende ad aiutare la persona a sfogarsi verbalmente e ridurre il rischio di agiti violenti;

10. *Sviluppare un piano.* Chi gestisce il colloquio è necessario che pianifichi diverse strategie in base alle variabili che emergono progressivamente. Arrivare sprovvisti di risorse in una fase di peggioramento dell'escalation può creare sviluppi negativi inattesi;
11. *Quando tutto risulta inefficace.* In alcune circostanze la de-escalation non da alcun risultato. In tali situazioni la sicurezza del personale, degli altri utenti e delle altre persone, se presenti, è fondamentale. A questo punto si opta per un *ultimatum*, che una volta dato, deve essere portato a compimento con risolutezza. A tale scopo deve essere "dichiarato" quando le forze in campo sono a pieno vantaggio degli operatori sanitari e, se presente, della forza pubblica. È evidente che si tratta, per le ricadute relazionali con la persona, di una *extrema ratio* che deve essere utilizzata solo in condizioni avverse.

2.2 La comunicazione

La comunicazione efficace rappresenta una componente essenziale nella gestione dei pazienti aggressivi. In situazioni di crisi, la capacità di interagire con il paziente in modo calmo, empatico e strutturato può fare la differenza tra l'escalation del comportamento aggressivo e il ripristino della calma. Questo capitolo esplora l'importanza della comunicazione nella de-escalation degli agiti aggressivi, esaminando principi, tecniche e strategie utili per gli operatori sanitari.

Atteggiamenti da adottare durante l'approccio all'agitato:

- Restare calmi, con atteggiamento tranquillo e 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;

- Non interrompere in modo autoritario e minaccioso utilizzando la mano, il dito puntato, alzando il volume della voce, avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente;

- Non esprimersi in modo provocatorio, emettendo giudizi;
- Non formulare promesse che poi non possono essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrargli farmaci o di rimandarlo a casa nell'immediatezza).

Principi della Comunicazione Efficace:

- Ascolto Attivo: è fondamentale per comprendere le esigenze e le preoccupazioni del paziente aggressivo. Esso implica prestare piena attenzione al paziente, senza interrompere, e dimostrare comprensione attraverso tecniche come la parafrasi e la riflessione delle emozioni. Questo approccio aiuta a costruire un rapporto di fiducia e a ridurre l'ansia del paziente.

- Empatia e Validazione: dimostrare empatia e validare i sentimenti del paziente è cruciale per de-escalare la situazione. Riconoscere le emozioni del paziente e verbalizzare la comprensione dei suoi stati d'animo può alleviare la sensazione di isolamento e frustrazione, facilitando la collaborazione.

- Chiarezza e Semplicità: l'uso di un linguaggio chiaro e semplice è essenziale per evitare fraintendimenti e ulteriori provocazioni. In situazioni di stress, la capacità di comprendere messaggi complessi può essere compromessa, quindi comunicare in modo diretto e comprensibile è vitale.

Tecniche di Comunicazione Verbale:

- Tono di Voce: un tono di voce calmo e rassicurante può contribuire significativamente alla de-escalation. La modulazione del tono per mantenere una conversazione pacata riduce l'aggressività e favorisce un ambiente di dialogo costruttivo.

- Scelta delle Parole: evitare termini provocatori o giudicanti è fondamentale. L'uso di messaggi "Io", che esprimono i sentimenti e le percezioni dell'operatore sanitario senza accusare il paziente, può prevenire reazioni difensive e favorire una comunicazione più aperta.

Tecniche di Comunicazione Non Verbale:

- Linguaggio del Corpo: Il linguaggio del corpo deve essere aperto e non minaccioso. Mantenere una postura rilassata ed evitare movimenti bruschi può ridurre la percezione di minaccia e facilitare un'interazione positiva.

- Contatto Visivo: Un contatto visivo appropriato, che trasmetta attenzione e rispetto senza essere invadente, aiuta a stabilire una connessione con il paziente. Evitare di fissare in modo aggressivo è importante per non alimentare ulteriormente l'aggressività.

- Distanza Personale: Rispettare la distanza personale del paziente è essenziale per evitare che si senta minacciato. Mantenere una distanza adeguata aiuta a ridurre la tensione e permette al paziente di sentirsi più a suo agio.

Per aiutare il paziente a ritrovare un senso di realtà, è utile fornirgli affermazioni rassicuranti e spiegazioni chiare. Spiegargli cosa sta succedendo e cosa succederà dopo può ridurre la sua ansia e incertezza. Coinvolgerlo nel trovare soluzioni al problema percepito gli dà un maggiore senso di controllo e incoraggia la collaborazione. Infatti, discutere insieme le possibili opzioni e i passi da fare crea un clima di cooperazione favorevole. Inoltre, è importante conoscere ed evitare gli errori comuni quando si comunica con pazienti aggressivi, come interromperli, usare un linguaggio giudicante o ignorare i segnali non verbali, per evitare che la situazione peggiori.

La formazione continua nelle tecniche di comunicazione e de-escalation è fondamentale per gli operatori sanitari. La capacità di gestire pazienti aggressivi richiede competenze specifiche che devono essere costantemente aggiornate e perfezionate.

La comunicazione efficace è una componente cruciale nella gestione dei pazienti aggressivi. Attraverso l'ascolto attivo, l'empatia, l'uso di tecniche verbali e non verbali appropriate, e l'adozione di strategie di de-escalation, gli operatori sanitari possono ridurre significativamente il rischio di escalation e migliorare la sicurezza e il benessere sia dei pazienti che del personale. La formazione continua e

l'addestramento specifico sono indispensabili per garantire che queste competenze siano sempre aggiornate e applicate con successo. (Kaplan, 1996)

CAPITOLO 3

3.1 La sicurezza del personale sanitario

In Italia, la sicurezza del personale sanitario è stata talvolta sottovalutata. L'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti maniacali in fase acuta è cinque 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. Sono disponibili alcuni studi che confermano la tendenza internazionale relativa all'incremento della violenza nei confronti degli operatori sanitari. (Magnavita N, 2020) (Cannavò M, 2017)

Con lo scopo di meglio indagare le caratteristiche degli episodi violenza vissuti dagli infermieri sul posto di lavoro negli ospedali italiani e sul territorio e identificare i fattori predittivi di violenza, la FNOPI ha promosso lo studio osservazionale analitico multicentrico CEASE-it (violenCE AgainSt nursEs In The workplace), pubblicato nel 2022 e condotto da ricercatori delle Università de L'Aquila, Bari, Brescia, Genova, Milano, Modena-Reggio Emilia, Piemonte Orientale, Roma Tor Vergata e le corrispettive aziende ospedaliere ed ASL di riferimento, tra dicembre 2020 e aprile 2021 su un campione selezionato e statisticamente rappresentativo di 5.472 infermieri di tutte le aree operative della professione. (al, 2022)

Secondo lo studio CEASE-it, il 32,3% degli infermieri (quasi 130 mila sui 460.000 infermieri iscritti agli ordini in Italia) dichiara di aver subito un episodio di violenza verbale e/o fisica nell'ultima settimana e/o negli ultimi 12 mesi. Nel 70% dei casi si è trattato di minacce verbali e comportamentali senza contatto fisico, ma nel 30% di minacce verbali e comportamentali con contatto fisico o anche di episodi di violenza con contatto fisico da parte di persone o oggetti.

Sono, peraltro, numerosi i casi non denunciati, perché considerate dinamiche connaturate alla professione. Ciò significa che tra gli infermieri vi è un sommerso pari a 125.000 professionisti che hanno subito infortuni per episodi violenti sul luogo di lavoro, senza denunciare l'accaduto. L'omessa denuncia si spiega, nella maggior parte dei casi, con la

percezione che l'aggressione subita faccia strutturalmente parte dell'attività professionale. Più della metà (il 54,3% di chi ha subito violenza) ha segnalato l'episodio, ma chi non l'ha fatto si è comportato così perché, nel 67% dei casi ha ritenuto che le condizioni dell'assistito e/o del suo accompagnatore fossero causa dell'episodio di violenza, nel 20% convinto che tanto non avrebbe ricevuto nessuna risposta da parte dell'organizzazione in cui lavora, il 19% ritiene che il rischio sia una caratteristica attesa/accettata del lavoro e il 14% non lo ha fatto perché si sente in grado di gestire efficacemente questi episodi, senza doverli riferire. Il 75% delle aggressioni riguarda le donne. La violenza fisica e/o verbale è eseguita in prevalenza dai pazienti nella fascia di età compresa tra 46-55 anni (24,7%) e 36-45 anni (20,8%).

I sintomi e/o diagnosi dell'aggressore predittivi di violenza identificati dagli infermieri sono: problemi di salute mentale (62,3%), uso di sostanze illecite (60,1%), aspettative non realistiche dell'assistito o dell'accompagnatore rispetto al sistema sanitario (57,9%); in merito ai comportamenti dell'assistito o dell'accompagnatore quali fattori predittivi di imminente episodio di violenza risultano il tono della voce (72,8%), lo stato di agitazione (70,9%), il comportamento minaccioso (66,7%), la postura (42.3%), lo sguardo fisso (32,7%), il camminare reiteratamente avanti e indietro (30,2%).

Dal punto di vista del personale, invece, le caratteristiche che maggiormente possono contribuire a determinare gli episodi di violenza da parte dell'assistito e/o accompagnatore sono, nel 54,7% dei casi, una "comunicazione inadeguata con i pazienti (es. durante i tempi di attesa)", nel 53,8% un "inadeguato numero di pazienti assistiti per singolo infermiere (staffing)", nel 34% dei casi "assenza di competenze per la gestione degli episodi di violenza da parte dei pazienti". Lavorare come infermiere nell'area dell'emergenza/urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto a lavorare in area medica. (FNOPI, 2023)

Tra i fattori che diminuiscono le aggressioni risulta significativa l'età; infatti, all'aumentare dell'età degli infermieri diminuisce del 3% la probabilità di subire violenza. Gli infermieri che riconoscono l'uso di sostanze illecite da parte degli assistiti come fattore predittivo di episodi di violenza hanno il 36% di probabilità in meno di subire violenza rispetto a coloro che non riconoscono questo fattore come predittivo.

La presenza di procedure chiare per la gestione degli episodi di violenza sul luogo di lavoro riduce la probabilità di subire violenza del 26% rispetto ai luoghi di lavoro sprovvisti di tali procedure.

Il 40-70% degli psichiatri ha subito un'aggressione fisica almeno una volta nella vita professionale. Gli psichiatri sono la categoria meno a rischio in quanto 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 mentre il 10% presenta un disturbo da stress post-traumatico.

In psichiatria spesso sono state attribuite le cause di una condotta violenta agli operatori, misconoscendo la possibilità che la violenza sia una manifestazione clinica con dei presupposti neurobiologici e delle cure specifiche.

Si è così passati da una psichiatria esclusivamente custodialistica, nella quale non si dava alcun significato clinico ai comportamenti aggressivi, enfatizzando solamente la componente di pericolosità, ad una tendenza nell'escludere un approccio clinico EBM in modo sistematico. A testimonianza di tale aspetto, vi è la mancanza di linee guida nazionali e l'assenza di un'adeguata campagna di prevenzione nei confronti degli agiti aggressivi nei contesti sanitari. In questo scenario gli operatori sanitari, in particolar modo della salute mentale e dell'area critica, si trovano in contesti privati del supporto delle altre istituzioni, con spazi di accoglienza adeguati.

Tra i fattori ambientali propri e specifici dei reparti di psichiatria ed area critica, sono state rilevate le seguenti criticità da tenere in considerazione nella valutazione:

• Mancanza d'aria;

• Assenza di privacy;

• Fenomeni climatici (troppo caldo o troppo freddo);

• Ambiente poco curato;

• Angoli nascosti nella struttura;

• Sovraffollamento;

• Ipercoinvolgimento del personale;

• Clima eccessivamente autoritario;

Il rischio di violenza aumenta a causa di conflitti tra gli utenti, problemi personali del malato (es. economici, di famiglia ecc.) e gli eventi interni alla persona sottoposta al trattamento (es. deliri, allucinazioni, confusione ecc.). Altri fattori scatenanti sono attribuibili ad alcuni aspetti del team, come la tipologia di leadership ed il tipo di formazione del personale. In questo contesto, lo staff deve gestire, tramite una preparazione specifica, la sicurezza del luogo dove avviene l'emergenza, i tempi e i modi della comunicazione aggressiva.

3.2 Riferimenti normativi

In Italia non esiste, ad oggi, una disciplina normativa specifica sul tema violenza in ambito prevenzionistico, anche se la sempre maggiore frequenza e gravità del fenomeno impongono sicuramente una riflessione sulla necessità di affrontare sul piano giuridico il problema.

Ai sensi e per gli effetti della normativa civilistica e giuslavoristica attualmente vigente è preciso onere del datore di lavoro individuare e prevenire tutti i rischi, attuali e potenziali, direttamente connessi o comunque riconducibili allo svolgimento dell'attività lavorativa.

Il D.Lgs. 81/2008 "Testo Unico di Sicurezza" è la norma attualmente in vigore in Italia in materia di sicurezza dei lavoratori sul posto di lavoro e comunque nello svolgimento delle attività lavorative ed è sostanzialmente centrato sulla "salvaguardia" del lavoratore e del suo ambiente di lavoro.

I termini violenza e aggressione non sono presenti nel testo del D.Lgs. 81/2008, anche se appare ovvio che debbano essere considerati nella valutazione del rischio, in quanto, come già sottolineato, il datore di lavoro è appunto tenuto a valutare tutti i rischi presenti sul luogo di lavoro.

La raccomandazione n.8/2007 del Ministero della salute emanata per *"prevenire gli atti di violenza e danno agli operatori sanitari"* è stato il primo documento governativo che riconosce in modo specifico la gravità del fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari e fornisce indicazioni su come fronteggiarlo. Anche se sono trascorsi ormai più di 10 anni dalla sua pubblicazione, il suo contenuto risulta drammaticamente attuale.

Con questa Raccomandazione il Ministero della Salute si rivolge a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, SerT, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

La Raccomandazione riguarda tutti gli operatori dell'ambito sanitario (medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) e tutte le attività svolte durante l'erogazione di prestazioni e interventi sociosanitari.

Essa comprende indicazioni per identificare i rischi durante le attività lavorative, per ridurre le condizioni di rischio, anche ambientali, per affrontare gli episodi di aggressione, grazie anche a un'opportuna formazione del personale e per adottare iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative. Tali indicazioni sono volte a prevenire i seguenti tipi di eventi: uso di espressioni verbali aggressive, impiego di gesti violenti, minacce, spintoni, utilizzo di armi, contatto fisico, lesioni e/o morte.

Secondo la Raccomandazione ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare e implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

• Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;

• Incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;

• Facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;

• Assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;

• Affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture;

E' fortemente consigliata è la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma. Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti:

• Un referente della Direzione Sanitaria;

• Un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;

• Il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;

• Un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;

• Un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;

• Un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;

• Un rappresentante del Servizio di vigilanza.

Compiti del gruppo di lavoro sono:

• L'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;

• L'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;

• La definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;

• L’implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Anche gli enti locali si sono impegnati nel contrasto al fenomeno della violenza sugli operatori sanitari. La Regione Sicilia, per esempio, ha emanato nel 2016 una procedura per la prevenzione degli atti di violenza sugli operatori sanitari, così come ha fatto anche la Regione Emilia-Romagna adottando la "Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori". Il fenomeno ha assunto connotati talmente allarmanti da spingere le singole ASL nel preoccuparsi a fronteggiarlo: la AUSL Toscana Centro e la ASL Roma 1, per esempio, hanno adottato proprie procedure per la prevenzione degli atti di violenza a danno di operatori ed evidenziando le maggiori criticità insistenti sul territorio di competenza sia suggerendo comportamenti concreti da porre in essere da parte degli operatori al fine di evitare o limitare l'insorgenza di situazioni che potrebbero sfociare in episodi di violenza (Gazzetta Ufficiale). Anche nelle Marche, l’AST di Ascoli Piceno ha emanato una procedura per la prevenzione degli atti di violenza nel 2018, ad oggi in revisione. Lo scopo di tale procedura consiste nell’implementare le misure che consentano l’eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio individuali, ambientali ed organizzative eventualmente presenti all’interno delle strutture. (Dr P. Lucadei, 2018)

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza, attesa la recrudescenza di gravi episodi di violenza, ad oggi è stato emanato un Decreto Legge (D.L. 137/2024, pubblicato in Gazzetta Ufficiale), approvato dal Consiglio dei ministri italiano, al fine di contrastare l’incidenza degli atti di violenza al personale sanitario e sociosanitario. Infatti, come ribadito dalla normativa vigente in merito, il diritto alla salute permane il pilastro fondamentale della nostra società e per garantirlo tale, si rende necessario predisporre un ambiente sicuro e protetto.

CAPITOLO 4

Obiettivo dello studio

1) Obiettivo generale: Rilevare il livello di formazione del personale e la conoscenza di eventuali procedure in merito ai comportamenti da adottare nelle acuzie eteroaggressive;
2) Obiettivo specifico: Rilevare l'impatto emotivo e psicologico che gli agiti aggressivi hanno sugli infermieri, inclusi stress e benessere generale ed Individuare i bisogni formativi del personale sanitario riguardo la gestione degli agiti aggressivi.

CAPITOLO 5

Materiali e metodi

5.1 Disegno dello studio

È stato condotto uno studio esplorativo di tipo osservazionale monocentrico.

5.2 Timing dello studio

Lo studio è stato condotto dal 10 luglio 2024 al 1° settembre 2024 presso AST di Ascoli Piceno. Prima dell'avvio dello studio è stata richiesta autorizzazione al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'AST di Ascoli Piceno, al Direttore Presidio Unico e ai Direttori delle UU. OO DEA, al Direttore Sanitario e ai Direttori delle UU. OO. dei Dipartimenti di Salute Mentale, informandoli circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro consenso, e secondo le indicazioni e modalità da loro fornite, è stato avviato lo studio e sono stati inviati dei questionari agli infermieri del Pronto Soccorso, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro di Salute Mentale degli Stabilimenti Ospedalieri "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto.

5.3 Criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti gli infermieri delle UU. OO. Servizio di Prevenzione di Diagnosi e Cura (SPDC), Pronto Soccorso (PS) e Centro di Salute Mentale (CSM) dello Stabilimento Ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, e Pronto

Soccorso (PS) e Centro di Salute Mentale (CSM) dello Stabilimento Ospedaliero "C&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno.

5.4 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi i professionisti sanitari al di fuori dei setting di inclusione durante il periodo di studio e che non appartenevano alla professione infermieristica, nonché tutti i professionisti sanitari che non hanno fornito il consenso informato.

5.5 Campionamento

È stato utilizzato un campionamento di convenienza, arruolando in modo consecutivo tutti gli operatori sanitari che, durante il periodo di studio, soddisfacevano i criteri di inclusione ed accettavano di partecipare, previa sottoscrizione del consenso informato.

5.6 Strumento di raccolta dati

L'indagine conoscitiva è stata svolta tramite la somministrazione di un questionario di tipo esplorativo tramite la piattaforma web Google Moduli.

Il questionario è stato estrapolato dallo studio *"Agiti aggressivi degli utenti in setting ospedalieri: Gestione e feed-back emotivi nel personale sanitario, nel prevenire, affrontare e risolvere situazioni potenzialmente a rischio"* condotto nel 2019, al fine di rilevare, attraverso uno studio osservazionale, la percezione delle strategie preventive riguardo le contenzioni psichiatriche. Il questionario prevede 19 domande a risposta multipla e due domande a risposta aperta.

Il questionario di raccolta dati è costituito in due sezioni:

- la prima relativa alle caratteristiche personali e lavorative del professionista: età, sesso, formazione professionale di base, formazione professionale post-base, stabilimento ospedaliero di lavoro, anni di servizio;
- La seconda esamina le conoscenze teorico-pratiche sulle tecniche di de-esclation e gli agiti aggressivi:

Domanda 1: Quanti anni esperienza ha maturato in Setting psichiatrici?

Domanda 2: Quanto ritiene utile fare esperienza nei vari Setting psichiatrici?

Domanda 3: Conosce qualche scala di valutazione degli agiti aggressivi?

Domanda 4: Indicare con una x le scale che conosce e/o ha utilizzato nel corso della sua professione.

Domanda 5: Quanto conosce le fasi del ciclo dell'aggressività?

Domanda 6: Durante la fase dell'escalation quali modalità di comportamento adotterebbe?

Domanda 7: Nella sua carriera quanto ha partecipato a corsi di formazione inerenti agli agiti aggressivi e le modalità comportamentali da attuare?

Domanda 8: Quanto la sua azienda organizza corsi di formazione periodica per la formazione del personale in caso di utenti in stato di agitazione psicomotoria?

Domanda 9: Quanto conosce la de-escalation dell'aggressività?

Domanda 10: Se ne è a conoscenza, come ne è venuto a contatto?

Domanda 11: Nella sua realtà lavorativa quanto le capita da 1 a 5, di trovarsi a contatto con utenti potenzialmente aggressivi verbalmente e/o fisicamente?

Domanda 12: Quanto le è capitato nel corso della sua esperienza di essere aggredito verbalmente e/o fisicamente?

Domanda 13: Con quale frequenza le è capitato nel corso della sua carriera di assentarsi dal lavoro (es. infortunio o malattia) a causa di questi episodi?

Domanda 14: Quanto ha modificato il suo modo di operare nel lavoro a causa di pregressi agiti aggressivi?

Domanda 15: Quanto sarebbe interessato a partecipare ad appositi corsi formativi che le fornirebbero le istruzioni e le giuste modalità comportamentali per prevenire e/o gestire l'agito aggressivo di un degente?

Domanda 16: Quanto ritiene attuale e pertinente il tema dell'aggressività nel luogo del lavoro?

5.7 Procedura dello studio

Prima dell'inizio dello studio, la ricercatrice ha informato la Direzione, i Direttori e i Coordinatori delle U.O sulle finalità dello studio e concordato con loro le sedi e i tempi per la raccolta dati.
In ciascuna U.O. partecipante, lo stesso ricercatore è stato responsabile del reclutamento e ha illustrato lo scopo e le procedure dello studio ai potenziali partecipanti, distribuendo un questionario validato quale strumento per la raccolta dati inserendolo nella sezione "moduli" di Google Chrome per poi essere inviato come link tramite rete informativa interna. È stato garantito l'anonimato del partecipante.

5.8 Considerazioni etiche

Lo studio è stato effettuato nel rispetto della riservatezza dei dati personali, come previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (Decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché da quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n.679/2016; D, Lgs. N. 101/2018).

CAPITOLO 6

Analisi dei dati

L'elaborazione dei dati è stata realizzata tramite la realizzazione di un database, costruito con il foglio di calcolo Microsoft Excel® del software Microsoft 365®. È stata eseguita un'analisi statistica mediante la strutturazione di tavole di contingenza, calcolando le frequenze relative (n.) e i rispettivi valori percentuali (%) delle variabili categoriche.

Tramite il calcolo del Sample Size Calculator dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato possibile calcolare il numero di risposte necessario per ottenere i risultati che rispecchino con precisione il campione arruolato. Il totale degli inclusi per la somministrazione del questionario è stato calcolato sommando il numero dei professionisti che lavorano attualmente nelle Unità Operative incluse nello studio, composto da 92 unità. Il Sample Size estratto dal campione infermieri risulta essere di 75 unità statistiche, prevedendo un livello di confidenza del 95% ed un intervallo di confidenza del 5%. Le interviste totali ottenute sono state 76.

6. Risultati

Attraverso l'analisi statistica dei dati si evince che il Response Rate (RR) è del 82,6%.

Il totale degli infermieri delle UU.OO coinvolte è di 92 di cui solo 76 hanno deciso di partecipare allo studio; pertanto, si evince che il 17,3% del campione arruolato non ha deciso di partecipare all'indagine.

Tabella1. Anagrafica del campione

VARIABILI	OPZIONI DI RISPOSTA	FREQUENZE ASSOLUTE	FREQUENZE PERCENTUALI
ETA'	Dai 20 ai 30 anni	n.8	10.5%
	Dai 30 ai 40 anni	n.23	30.3%
	Dai 40 ai 50 anni	n.26	34.2%
	Oltre 50 anni	n.19	25%
SESSO	Maschio	n.23	30.3%
	Femmina	n.41	53.9%
	Preferisco non specificarlo	n.11	14.5%
	Altro	n.1	1.3%

FORMAZIONE PROFESSIONALE DI BASE	Corso professionale triennale	n.25	33.8%
	Laurea triennale	n.49	66.2%
FORMAZIONE PROFESSIONALE POST-BASE	Master di I livello	n.21	80.8%
	Laurea specialistica/magistrale	n.10	38.5%
	Master di II livello	n.1	3.8%
	Dottorato di ricerca	n.0	0%
Stabilimento Ospedaliero di lavoro	"C&G Mazzoni" Ascoli Piceno	n.23	30.3%
	"Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto	n.43	56.6%
	Centro di Salute Mentale Ascoli Piceno	n.4	5.3%
	Centro di Salute Mentale San Benedetto del Tronto	n.6	7.9%
Media anni di servizio	16.1 ± 9.5		

Gli infermieri che hanno partecipato all'indagine sono distribuiti in varie fasce d'età: il 10,5% (n=8) ha tra i 20 e i 30 anni, il 30,3% (n=23) ha tra i 30 e i 40 anni, il 34,2% (n=26) ha un'età compresa fra i 40 e i 50 anni e il restante 25% (n=19) oltre i 50 anni.

La maggior parte del campione è di sesso femminile che corrisponde al 53,9% (n=41), il 30,3% (n=23) è di sesso maschile, il 14,5% (n=11) preferisce non specificarlo, soltanto l'1,3 (n=1) ha selezionato: altro.

Successivamente è stato analizzato il titolo di studio professionale di base: il 33,8% (n=25) possiede il corso professionale triennale mentre il 66,2% (n=49) possiede una laurea triennale.

In merito alla formazione post-base l'80,8% (n=21) possiede un master di I livello, il 38,5% (n=10) possiede una laurea magistrale, il 3,8% (n=1) ha conseguito un master di II livello e nessuno possiede un dottorato di ricerca.

In merito alle unità operative di appartenenza, nel presidio ospedaliero "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno il 33,3% (n=23) del campione presta servizio nella UU.OO. di Pronto Soccorso ed il 5,3% (n=4) al Centro di Salute Mentale (CSM). Nel presidio ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto il 56,6% del campione è afferente

al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ed al Pronto Soccorso (n=43) ed il 7,9% (n=6) lavora nel Centro di Salute Mentale di San Benedetto del Tronto.

È stata calcolata la media e la deviazione standard degli anni di servizio di tutti i professionisti coinvolti, la quale corrisponde a 16,1 ± 9,5.

Tabella 2

VARIABILI	OPZIONI DI RISPOSTA	FREQUENZE ASSOLUTE	FREQUENZE PERCENTUALI
Quanti anni esperienza ha maturato in Setting psichiatrici?	0-5	n.50	66.7%
	5-10	n.8	10.7%
	10-20	n.8	10.7%
	20-30	n.8	10.7%
	30-40	n.1	1.3%
Quanto ritiene utile fare esperienza nei vari Setting psichiatrici? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto bene")	1	n.3	3.9%
	2	n.2	2.6%
	3	n.9	11.8%
	4	n.19	25%
	5	n.43	56.6%
Conosce qualche scala di valutazione degli agiti aggressivi?	Si	n.27	36.5%
	No	n.27	36.5%
	Non saprei	n.20	27%
Indicare con una x le scale che conosce e/o ha utilizzato nel corso della sua professione	B.V.C.	n.8	18.6%
	M.O.A.S.	n.29	67.4%
	Altro	n.11	25.7%
Quanto conosce le fasi del ciclo dell'aggressività? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto bene")	1	n.13	17.1%
	2	n.16	21.1%
	3	n.29	38.2%
	4	n.14	18.4%
	5	n.4	5.3%
Durante la fase dell'escalation quali modalità di comportamento adotterebbe?	Esprimere giudizi personali riguardo il comportamento messo in atto, sottolineandone gli errori, il luogo in cui si trova, Invitando alla	n.1	1.3%

	calma, intimando un'eventuale chiamata alle forze dell'ordine;		
	Assumere atteggiamento positivo, mantenere distanza utile, stabilire contatto verbale, utilizzare toni caldi e rassicuranti, porlo di fronte a scelte alternative;	n.67	89.3%
	Porsi rapidamente dinnanzi all'utente, mantenendo sempre il contatto con il suo sguardo, al fine di prevederne le azioni;	n.4	5.3%
	Cercare di promettere ciò che il degente chiede, pur di calmarlo, anche se non si ha certezza di poterlo fare	n.1	1.3%
	Evitare di colloquiare con il degente, tornando alla propria attività chiedendo di attendere e/o aspettare l'arrivo del personale medico in grado di soddisfare le sue richieste	n.2	2.7%
Nella sua carriera quanto ha partecipato a corsi di formazione inerenti agli agiti aggressivi e le modalità comportamentali da attuare?	Mai	n.21	28%
	Qualche volta	n.50	66.7%
	Spesso	n.4	5.3%
	Sempre	n.0	0%
Quanto la sua azienda organizza corsi di formazione periodica per	Mai	n.30	40%
	Qualche volta	n.44	58.7%
	Spesso	n.1	1.3%

la formazione del personale in caso di utenti in stato di agitazione psicomotoria?	Sempre	n.0	0%
Quanto conosce la de-escalation dell'aggressività? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto bene")	1	n.15	19.7%
	2	n.21	27.6%
	3	n.24	31.6%
	4	n.11	14.5%
	5	n.5	6.6%
Se ne è a conoscenza, come ne è venuto a contatto?	Università	n.15	23.1%
	Riviste, articoli	n.11	16.9%
	Meeting	n.1	1.5%
	Seminari	n.2	3.1%
	Corsi di formazione	n.15	23.1%
	Altro	n.21	32.3%
Nella sua realtà lavorativa quanto le capita da 1 a 5, di trovarsi a contatto con utenti potenzialmente aggressivi verbalmente e/o fisicamente? (dove 1 indica "mai" e 5 “sempre")	1	n.0	0%
	2	n.4	5.3%
	3	n.8	10.5%
	4	n.41	53.9%
	5	n.23	30.3%
Quanto le è capitato nel corso della sua esperienza di essere aggredito verbalmente e/o fisicamente (dove 1 indica "mai" e 5 "sempre")	1	n.0	0%
	2	n.10	13.3%
	3	n.27	36%
	4	n.31	41.3%
	5	n.7	9.3%
Con quale frequenza le è capitato nel corso della sua carriera di assentarsi dal lavoro (es. infortunio o malattia) a causa di questi episodi?	Mai	n.63	82%
	Qualche volta	n.13	17.1%
	Spesso	n.0	0%
	Sempre	n.0	0%
Quanto ha modificato il suo modo di operare nel	1	n.8	10.5%
	2	n.8	10.5%
	3	n.20	26.3%

lavoro a causa di pregressi agiti aggressivi? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")	4	n.22	28.9%
	5	n.18	23.7%
Quanto sarebbe interessato a partecipare ad appositi corsi formativi che le fornirebbero le istruzioni e le giuste modalità comportamentali per prevenire e/o gestire l'agito aggressivo di un degente? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")	1	n.0	0%
	2	n.1	1.3%
	3	n.5	6.6%
	4	n.25	32.9%
	5	n.45	59.2%
Quanto ritiene attuale e pertinente il tema dell'aggressività nel luogo del lavoro? (dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")	1	n.0	0%
	2	n.0	0%
	3	n.3	3.9%
	4	n.14	18.4%
	5	n.59	77.6%

In merito gli anni di esperienza maturati nei setting di salute mentale emerge che il 66,7% (n=50) dei partecipanti dichiara di avere tra i 0 e i 5 anni di esperienza nell'area psichiatrica, il 10,7% (n=8) dai 5 ai 10 anni, il 10,7% (n=8) dai 10 ai 20 anni, il 10,7% (n=8) dai 20 ai 30 anni, mentre l'1,3% (n=1) dai 30 ai 40 anni.

Rispetto l'utilità di fare esperienza nei vari Setting, i risultati mostrano che dei 76 rispondenti al questionario il 56,6%(n=43) ritiene sia molto utile fare esperienza nei vari setting psichiatrici, contro il 3.9% (n=3) che ritiene sia per nulla utile.

Inoltre, la conoscenza dei professionisti infermieri delle scale di valutazione per la gestione e prevenzione degli episodi di aggressività è nulla nel 36.5% (n=27) del campione. Il 18.6% (n=8) dichiara di conoscere la *scala Broset Violence* Checklist (B.V.C), il 67.4%(n=29) la *scala Modified Overt Aggression* Scale (M.O.A.S). mentre il 25.7% (=11) non conosce nessuna delle scale proposte.

Relativamente la conoscenza delle fasi del ciclo dell'aggressività, il 17.1%(n=13) dichiara di non esserne a conoscenza, il 21.1% (n=16) e il 18.4% (n=14)

afferma di conoscerle in parte contro il 5.3% (n=4) che sostengono di esserne pienamente a conoscenza. L'89.3% (n=67), risponde correttamente riguardo l'individuazione delle strategie comportamentali da attuare durante la fase dell'escalation del ciclo, contro un 1.3% (n=1), 5.3% (n=4) e un 2.7% (n=2) che invece risponde erroneamente.

Il 28% (n=21) dichiara di non aver mai partecipato a corsi di formazione sugli agiti aggressivi, il 66.7% (n=50) dichiara di aver partecipato qualche volta, il 5.3% (n=4) ha partecipato spesso a corsi di formazione, mentre lo 0% (n=0) del campione non ha selezionato la voce "sempre".

Il 40% (n=30) afferma che l'azienda non organizza mai appositi corsi di formazione, il 58.7% (n=44) dichiara che qualche volta l'Azienda ha organizzato appositi corsi formativi contro l'1.3% (n=1) ritiene che l'Azienda organizzi spesso tali corsi e lo 0% (n=0) per la voce "sempre".

Il 6.6% (n=5) dichiara di conoscer la de-esclation dell'aggressività, contro il 19.7% che dichiara di non conoscerla affatto, il 31.6% (n=24) e il 14.5% (n=11) dichiarano di conoscerla in parte.

Il 23,1% (n=15) dichiara di esserne venuto a conoscenza attraverso l'università, il 16,9% (n= 11) dichiara di conoscere la de-escalation attraverso riviste e/o articoli, il 1,5% (n= 1) dichiara di aver partecipato a meeting, il 3.1% (n=2) ne è venuto a conoscenza tramite seminari, il 23,1% (n=15) ha partecipato a corsi di formazione, contro il 32,3% (n=21) che non ha selezionato nessuna delle risposte proposte.

Lo 0%(n=0) afferma che nella sua realtà lavorativa non capita mai di trovarsi a contatto con utenti potenzialmente aggressivi verbalmente e/o fisicamente, a fronte del 53,9% (n=41) che riferisce di essere stato a contatto con utenti potenzialmente aggressivi durante la propria attività professionale per la maggior parte del tempo, il 10.5% (n=8) afferma di essersi trovato a contatto qualche volta contro il 30,3% (n=23) che dichiara di trovarsi sempre con utenti potenzialmente aggressivi.

Per quanto riguarda l'aggressione verbale o fisica durante l'esperienza lavorativa, lo 0% (n=0) dichiara di non essere mai stato aggredito, il 13.3% (n=10) raramente, il 36% (n=27) qualche volta è stato vittima di aggressione, il 41.3% (n=31) afferma di essere stato aggredito spesso mentre il 9.3% (n=7) afferma di essere stato sempre aggredito durante l'esperienza lavorativa.

L’82% (n=63) afferma di non essersi assentato mai dal lavoro (es. infortunio o malattia) a causa di questi episodi di agiti aggressivi mentre il 17,1% (n=13) dichiara di essersi assentato qualche volta, nessun partecipante al campione si è assentato spesso o sempre dal lavoro.

Il 28,9% (n=22) dichiara che il suo modo di operare nel lavoro è stato modificato quasi pienamente, il 23,7% (n=18) afferma che il modo di operare è cambiato molto contro il 10,5% (n=8) che afferma di non aver cambiato per nulla il modo di lavorare, il 10.5% (n=8) a volte mentre il 26.3% (n=20) dichiara di aver cambiato il modo di operare in gran parte.

Nessun partecipante, ovvero lo 0% (n=0) ha selezionato la voce “per nulla” riguardo l’interesse nella partecipazione a percorsi formativi. L’1,3% (n=1) e il 6,6% (n=5) afferma di non essere quasi o per nulla interessato a partecipare a corsi di formazione appropriati all’acquisizione delle strategie comportamentali da attuare nel prevenire e/o gestire l’agito aggressivo da parte dei dirigenti, a fronte di una percentuale del 32.9% (n=25) e del 59,2% (n=45) la quale dichiara di essere abbastanza o molto interessato a parteciparvi.

Il 77,6% (=59) ritiene attuale e pertinente il tema dell’aggressività nel luogo di lavoro contro lo 0% (n=0) che ritiene quasi o per nulla attuale, il 3.9% (n=3) e il 18.4% (n=14) affermano che questa tematica è in gran parte attuale.

6.1 Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati.

Il primo limite è rappresentato dal disegno dello studio che, in quanto monocentrico, è incentrato all'interno di un singolo contesto operativo.

In secondo luogo, lo studio si espone a dei bias di selezione poiché lo studio ha coinvolto specificatamente il personale sanitario infermieristico afferente al Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto) e Dipartimento di Salute Mentale.

Il terzo limite da evidenziare è legato allo strumento adottato in quanto la somministrazione del questionario si è condotta in modalità autocompilata online.

Infine, il questionario utilizzato è stato costruito ex novo, sulla base di un'approfondita revisione della letteratura datata 2018/2019. Di conseguenza, alcuni aspetti della tematica potrebbero non essere stati pienamente rappresentati. Fra questi, il livello di formazione in materia e l'influenza delle soft e technical skills del professionista sanitario prima dell'inserimento lavorativo.

7. DISCUSSIONE

La presente survey ha fornito un'analisi approfondita dei professionisti sanitari infermieri, la cui esperienza professionale è stata posta in relazione alla gestione dell'aggressività nei setting psichiatrici e di emergenza dell'AST Ascoli Piceno. I dati raccolti evidenziano aspetti cruciali che richiedono un'attenzione particolare sia in termini di formazione professionale continua sia nell'approccio pratico alla gestione della pratica clinica.

L'analisi demografica del campione ha confermato una predominanza del genere femminile (53,9%), in linea con i dati nazionali aggiornati al 2023 diffusi dal Ministero della Salute, che evidenziano una prevalenza del genere femminile nella categoria professionale infermieristica ed il 76% delle infermiere coinvolte in episodi di violenza sul lavoro. Anche la distribuzione delle fasce d'età risulta equilibrata, riflettendo una popolazione professionale variegata in termini di esperienza e background formativo.

La maggior parte degli infermieri del campione ha conseguito una laurea triennale, una formazione che garantisce un buon livello di competenze professionali e conoscenze cliniche di base. Un dato rilevante è che l'80,8% ha ottenuto un master di I livello, segnalando un forte impegno nel miglioramento delle competenze, sebbene nessuno del campione abbia raggiunto il livello di dottorato di ricerca. Questo riflette una tendenza nazionale, dove il numero di infermieri con titoli avanzati rimane limitato rispetto ad altre professioni sanitarie.

Un elemento chiave emerso è l'esperienza lavorativa degli infermieri in ambito psichiatrico. La maggior parte del campione (66,7%) ha meno di cinque anni di esperienza in questo settore. Questo dato potrebbe influire sulla sicurezza percepita e sulle competenze pratiche nella gestione degli episodi di aggressività, come suggerito dalla letteratura recente che sottolinea l'importanza dell'esperienza nella gestione delle crisi nei contesti psichiatrici. Nonostante la scarsa esperienza dei professionisti, il 56,6% degli infermieri ha riportato una valutazione elevata riguardo l'importanza dell'esperienza nel setting psichiatrico; tali dati confermano come la letteratura contribuisca a migliorare le capacità di gestione delle situazioni critiche.

Per quanto riguarda le competenze specifiche nella gestione dell'aggressività, è significativo che il 67,4% degli infermieri riconosca la scala M.O.A.S. (*Modified Overt Aggression Scale*) come strumento ampiamente utilizzato per valutare il rischio di comportamenti violenti nei pazienti psichiatrici. Tuttavia, un 36,5% degli infermieri ha

dichiarato di non conoscere alcuna scala di valutazione per la gestione e prevenzione dell'aggressività, suggerendo la necessità di una formazione più estesa e sistematica. Recenti studi indicano che l'uso di scale di valutazione strutturate è cruciale per migliorare la gestione delle crisi e ridurre l'incidenza di episodi aggressivi in ambito clinico. (Badon, 2023)

Nonostante il focus sul tema dell'aggressività sia nei luoghi di lavoro sanitari, i risultati del presente studio rivelano che il 28% degli infermieri non ha mai partecipato a corsi di formazione specifici sulla gestione dell'aggressività e il 40% conferma come l'azienda non organizzi mai tali corsi. Si evidenzia, perciò, una persistente carenza di programmi di formazione sulla gestione dell'aggressività, nonostante le recenti evidenze scientifiche confermino come l'efficacia degli eventi formativi riduca l'incidenza di atti violenti in ambito sanitario. L'interesse dei partecipanti nell'aderire ai corsi di formazione (59,2%) e la percezione della rilevanza del tema (77,6%) sono predittivi di un crescente bisogno di aggiornamento e di formazione continua.

I risultati della presente indagine mettono in evidenza un quadro complesso della professione infermieristica in ambito psichiatrico, caratterizzato da una formazione adeguata e una diversificazione dell'esperienza lavorativa, ma anche da significative aree di miglioramento. La formazione continua e il supporto istituzionale restano aspetti fondamentali per affrontare con efficacia il fenomeno dell'aggressività, in linea con le raccomandazioni internazionali che sottolineano l'importanza di programmi di formazione regolari e mirati per la gestione delle crisi. Implementare tali programmi potrebbe contribuire in modo significativo alla creazione di ambienti di lavoro più sicuri e di supporto per il personale infermieristico, migliorando non solo la loro sicurezza ma anche la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

8. CONCLUSIONE

In conclusione, questa indagine offre una panoramica dettagliata sulle conoscenze e competenze degli infermieri coinvolti nella gestione dell'aggressività all'interno dei setting psichiatrici e di emergenza dell'AST Ascoli Piceno. I risultati evidenziano un campione infermieristico ben preparato dal punto di vista accademico e con un impegno significativo nella formazione post-base, ma, purtroppo, con evidenti margini di miglioramento soprattutto di carattere tecnico/gestionale. L'esperienza limitata di molti infermieri in ambito psichiatrico e lo scarso numero di corsi di formazione appropriati indicano la necessità di potenziare le opportunità di aggiornamento professionale. Questo gap nella formazione può avere ripercussioni sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza delle cure erogate, rendendo fondamentale il potenziamento dei corsi di aggiornamento. È essenziale che le istituzioni sanitarie promuovano una cultura della sicurezza riconoscendo l'importanza di una formazione professionale continua volta ad incrementare quantitativamente e qualitativamente situazioni di potenziale aggressività. La sensibilizzazione su questo tema, potenziata dalle technical e soft skills del professionista sanitario, deve diventare una priorità strategica per garantire un setting assistenziale sicuro ed efficace.

In conclusione, una programmazione formativa pertinente le acuzie eteroaggressive permetterebbe da un lato di migliorare la competenza dei professionisti, e dall'altro consentirebbe di porre in sicurezza gli operatori sanitari, oltreché incrementare positivamente la qualità assistenziale offerta ai pazienti con ottimi risultati a lungo termine. Grazie a ciò, si potrà garantire una risposta adeguata e competente nell'affrontare la sfida sempre più emergente della gestione dell'aggressività nei setting assistenziali, rispondendo proattivamente alle esigenze attuali della salute mentale.

9. PROGETTO FORMATIVO DI MIGLIORAMENTO

Tecniche di de-escalation nelle acuzie eteroaggressive.

Il progetto si pone come obiettivo il miglioramento delle competenze nella gestione degli agiti aggressivi attraverso la diffusione e condivisione delle tecniche di de-escalation. L'iniziativa mira a ridurre la necessità di ricorrere alla contenzione fisica, rispondendo alla crescente necessità di fornire ai professionisti sanitari strumenti concreti per contrastare efficacemente i diffusi e sempre più frequenti eventi aggressivi e salvaguardare la sicurezza sia dei professionisti, sia dei pazienti.

Il corso è rivolto a tutti i professionisti sanitari appartenenti all'AST di Ascoli Piceno e prevede l'alternanza di sessioni formative teorico-pratiche, che combinano lezioni frontali e workshop interattivi.

MAPPATURA DEI BISOGNI FORMATIVI

L'incremento delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari richiede una risposta formativa specifica per migliorare le capacità di gestione degli episodi di aggressività.

Gli obiettivi formativi sono stati definiti attraverso l'analisi del fabbisogno formativo del personale afferente ad ogni Unità Operativa di ogni singolo Dipartimento dell'Azienda AST di Ascoli Piceno. Essi hanno riguardato principalmente le seguenti aree:

1. Area comunicazione/relazione: bisogno formativo maggiormente espresso, trasversale a tutti i Dipartimenti. Una comunicazione efficace si fonda sulla costruzione di una relazione terapeutica, in cui l'empatia e la validazione delle emozioni del paziente creano un clima di fiducia. Altri aspetti non meno importanti sono l'ascolto attivo, l'assertività, la gestione delle emozioni, l'utilizzo delle pause favorisce un'interazione migliore;
2. Area gestionale/organizzativa: bisogni formativi che delineano un orientamento a ricercare una pratica clinica basata sull'evidenza scientifica. Essa di traduce nell'implementazione di linee guida clinico-assistenziali, protocolli e procedure diagnostico-terapeutici, PDTA, modelli organizzativi innovativi, strumenti di sintesi delle evidenze disponibili, definizione del cambiamento da raggiungere, valutazione dei risultati e della qualità dell'assistenza sanitaria fornita e la sicurezza sul posto del lavoro;

3. Area tecnico-professionale: formazione tecnica e specializzata, non solo nell'apprendimento di conoscenze e modelli teorici, ma soprattutto nel confronto e nella sperimentazione concreta di nuove tecniche, quali: la creazione di un ambiente sicuro, la comunicazione deve essere calma e rispettosa, riconoscimento delle emozioni altrui, evitare interruzioni durante l'ascolto, utilizzare pause durante la conversazione, evitare il contatto fisico diretto, offrire soluzioni, alternative;
4. Area ricerca: i bisogni formativi come espressione di una visione integrata tra ricerca scientifica ed esigenze assistenziali.

OBIETTIVI FORMATIVI

1. Favorire l'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità a favore dei professionisti sanitari delle tecniche di de-escalation, per prevenire e ridurre l'uso della contenzione fisica;

2. Prevenire gli agiti aggressivi grazie al rapido riconoscimento dei segnali di escalation dell'aggressività e all'applicazione tempestiva delle tecniche di de-escalation;

3. Ridurre l'utilizzo delle contenzioni fisiche, l'incidenza degli agiti aggressivi e migliorare l'assistenza infermieristica e gli esiti dei pazienti;

4. Sensibilizzare ed aumentare la consapevolezza sull'importanza di ridurre l'uso della contenzione fisica, migliorando la qualità delle cure e garantendo la sicurezza del personale sanitario.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il corso si articolerà in tre fasi principali:

Fase 1: Mappatura dei bisogni formativi

Un'analisi preliminare dei bisogni formativi verrà condotta per identificare le competenze maggiormente richieste negli ambienti di lavoro a rischio nei Dipartimenti degli Stabilimenti Ospedalieri di San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno.

Fase 2: Pianificazione del congresso

Il corso di formazione sarà strutturato in una giornata formativa contenente:

- Sessioni teoriche: Gli esperti tratteranno argomenti quali il ciclo dell'aggressività, le fasi della de-escalation e le strategie per la prevenzione della violenza. Verranno presentati studi di caso e interventi evidence-based;
- Role playing: Gli infermieri parteciperanno a simulazioni di scenari reali, in cui avranno l'opportunità di applicare le tecniche di de-escalation apprese. Durante i momenti di debriefing, le azioni intraprese verranno analizzate per riflettere su eventuali miglioramenti.

Fase 3: Valutazione dell'impatto

A conclusione del corso di formazione verranno eseguiti dei lavori in gruppo e somministrati questionari per valutare l'acquisizione di competenze e la soddisfazione dei partecipanti. Verrà inoltre effettuato un follow-up a distanza di sei mesi per misurare l'impatto del corso sulla riduzione degli agiti aggressivi e sull'utilizzo delle tecniche di de-escalation nei reparti.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO: METODI

1. Lezioni frontali: Presentazioni teoriche tenute da esperti sulla gestione dell'aggressività, con particolare riferimento alle tecniche di prevenzione e gestione degli agiti;

2. Role playing: Simulazioni di scenari realistici che riproducono situazioni di escalation, con momenti di debriefing post-esercitazione per migliorare la riflessione critica e la capacità di intervento;

3. Discussioni interattive: Casi clinici saranno analizzati in gruppo, per stimolare il confronto tra infermieri e permettere l'identificazione di strategie condivise.

RISORSE NECESSARIE:

- Docenti e formatori: Esperti nel campo della salute mentale, della gestione della violenza e delle tecniche di de-escalation;

- Materiali didattici: Dispense, manuali operativi, video tutorial che riassumano le tecniche illustrate;
- Strutture e attrezzature: Sale conferenze e spazi attrezzati per simulazioni pratiche, oltre a dispositivi audiovisivi per presentazioni.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE:

1. Questionari di fine congresso: Per valutare l'acquisizione delle competenze teorico-pratiche.
2. Checklist di valutazione pratica: Utilizzate durante le simulazioni per monitorare l'efficacia delle tecniche apprese.
3. Feedback dei partecipanti: Rilevato tramite questionari online, con l'obiettivo di raccogliere impressioni e suggerimenti per migliorare la futura offerta formativa.

CRONOPROGRAMMA:

L'organizzazione di un corso formativo dedicato alle tecniche di de-escalation rappresenta un passo fondamentale verso la riduzione della contenzione, volto a migliorare la sicurezza degli ambienti sanitari. Il progetto mira a fornire agli infermieri strumenti pratici ed efficaci per affrontare situazioni di aggressività, contribuendo alla tutela della dignità dei pazienti ed alla sicurezza del personale sanitario.

Il seguente corso formativo si svolgerà in diversi momenti:

La giornata formativa inizierà alle 08:00 con la registrazione dei partecipanti, offrendo il tempo necessario per l'accoglienza.

Alle 08:30 alle 09:30 vi sarà una breve presentazione del tema in oggetto dell'aggressività. Durante questo intervento verrà argomentata l'aggressività dal punto di vista teorico e pratico, in riferimento alla letteratura nazionale ed internazionale. Dalle 09:30 alle 10:30, si tratterà la gestione clinica della persona aggressiva, approfondendo il ciclo dell'aggressività. In questa sessione verranno illustrati i diversi stadi dell'escalation aggressiva e i metodi per affrontare ciascuno di essi. Alle 10:30 è previsto un intervento dedicato agli strumenti di valutazione fino alle 11.30,

dove verranno presentati strumenti utili per riconoscere e misurare il livello di aggressività nei pazienti;

Dalle 11:30 alle 12:30 la sessione sarà incentrata sulle tecniche di de-escalation.

Alle 13:00 è previsto un intervallo per il pranzo.

Si riprende alle ore 15:00 con una sessione di role playing che durerà fino alle 17:00. Durante questa attività pratica, i partecipanti avranno l'opportunità di simulare situazioni reali per mettere in pratica le tecniche di de-escalation apprese, ricevendo un feedback immediato per migliorare le proprie competenze.

Alle 17:30 si aprirà uno spazio per le discussioni fino alle 18:30, momento in cui i partecipanti potranno condividere riflessioni, domande e approfondimenti sui temi trattati durante la giornata.

La giornata di concluderà ufficialmente alle 18:30 con la chiusura dei lavori.

Questo programma offre un percorso completo che alterna momenti teorici e pratici, con il duplice obiettivo di fornire le competenze necessarie per gestire in modo efficace situazioni di potenziale aggressività e di supportare i partecipanti nei role playing formativi.

BIBLIOGRAFIA

Badon, P., Palumbo, C., Saluzzi, S., (2023). Assistenza infermieristica in salute mentale.

A. Conca, J. B. (s.d.). De-escalation Modello Bolzano, Servizio Psichiatrico Bolzano.

Di Bufalo, P.(2023, March 22). Violenza sugli operatori sanitari: la relazione della Salute al Parlamento, FNOPI.

Dr. A. Spaduzzi (s.d.). Aggressività, sintesi e contributi sviluppati dalla psicologia.

Bagnasco, A. (2022). Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro: protocollo di studio osservazionale analitico multicentrico nazionale. Studio CEASE-IT. .

Huber,C. G. , D. Shottle, Lambert, M., Moritz, S., Naber, D., Schroeder, K., (2011). Applicability of the Clinical Global Impressions-Aggression (CGI) Scale for use in File Audit Trials

Cannavò, M., Fusaro, N., (2017). La Clinica terapeutica, 168(2), e99–e112. .

Dazzi, F. (2016). Meta-analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale- Expanded (BPRS-E) structure and arguments for a new version.

Dr P. Lucadei, Q. O. (2018). Procedura per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

D. Maolin, Wang, X., Shaohua,Y., W. Shu, R. Hao, Zhao, S., Rao, H., W. Yeung, Jayaram, M. B., J. Xia (2017). "De- escalation techniques for physicosis-induced aggression or agitation".

Silver,J. M., Yudofsky, S. C., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression.

Kaplan, S. (1996). " Psichiatria – Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica" Vol. 2 Centro Scientifico internazionale.

Magnavita, N., Heponiemi, T., Chirico, F., (2020). Workplace Violence Is Associated With Impaired Work Functioning in Nurses: An Italian Cross-Sectional Study. Journal of Nursing Scholarship. .

MORPHET, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Firhall, R., Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: prespectives of Australian emergency nurses.

Nicolò G., P. E. (2012). "Psichiatria territoriale" Strumenti clinici e modelli organizzativi. Pacini Editore.

Patton, J. H., Stanford, M. S., Baratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale.

Perry, B. a. (1997). Personality and Social Psychology.

Silver,J. M., Yudofsky, S. C., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression.

Dr. A. Spaduzzi (2005). Aggressività, sintesi e contributi sviluppati dalla psicologia.

Tonnaer, F., Cima, M., Arntz, A. (2016). Executive Functioning and impulsivity as possible Vulnerability Factors for Aggression in Forensic Patients.

Gazzetta Ufficiale (s.d.). Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, D.lgs 9 aprile 2008, n. 81.

Yudofsky, S. C. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression.

Allegato 1: ***Questionario***

Buongiorno, mi chiamo Martina Galli, frequento il III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica UNIVPM, nella sede Ascoli Piceno. Sono prossima laureanda nella sessione di novembre 2024.

Per l'elaborato della mia tesi di laurea ho pensato di somministrare il questionario utilizzato nello studio "Agiti aggressivi degli utenti in setting ospedalieri: Gestione e feed-back emotivi nel personale sanitario, nel prevenire, affrontare e risolvere situazioni potenzialmente a rischio" condotto nel 2019, al fine di rilevare, attraverso uno studio osservazionale, la percezione delle strategie preventive riguardo le contenzioni psichiatriche. Il questionario proposto rispetta le regole dell'anonimato e segue tutte le indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché da quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) e non esporrà gli utenti a nessun rischio.

Le chiedo gentilmente di rispondere a tutte le domande contenute nel questionario, barrando con una crocetta la risposta scelta. Grazie infinite per la collaborazione.

Età

- dai 20 ai 30 anni
- dai 30 ai 40 anni
- dai 40 ai 50 anni
- oltre 50 anni

Sesso*

- Maschio
- Femmina
- Preferisco non specificarlo
- Altro

Formazione professionale di base

- Corso professionale
- Laurea triennale

Formazione professionale post-base

- Master di I livello
- Laurea specialistica/ magistrale
- Master di II livello
- Dottorato di ricerca

Stabilimento ospedaliero di lavoro*

- “C&G” Mazzoni Ascoli Piceno
- “Madonna del Soccorso” San Benedetto del Tronto
- Centro di Salute Mentale Ascoli Piceno
- Centro di Salute Mentale San Benedetto del Tronto

Anni di servizio*

- (risposta breve)

Quanti anni esperienza ha maturato in Setting psichiatrici?

- 0-5
- 5-10
- 10-20
- 20-30
- 30-40

Quanto ritiene utile fare esperienza nei vari Setting psichiatrici?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto”)

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5

Conosce qualche scala di valutazione degli agiti aggressivi?

- Si
- No
- Non saprei

Indicare con una x le scale che conosce e/o ha utilizzato nel corso della sua professione

- B.V.C
- M.O.A.S.
- Altro

Quanto conosce le fasi del ciclo dell'aggressività?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Durante la fase dell'escalation quali modalità di comportamento adotterebbe?

- Esprimere giudizi personali riguardo il comportamento messo in atto, sottolineandone gli errori, il luogo in cui si trova, Invitando alla calma, intimando un'eventuale chiamata alle forze dell'ordine;
- Assumere atteggiamento positivo, mantenere distanza utile, stabilire contatto verbale, utilizzare toni caldi e rassicuranti, porlo di fronte a scelte alternative;
- Porsi rapidamente dinnanzi all'utente, mantenendo sempre il contatto con il suo sguardo, al fine di prevederne le azioni;
- Cercare di promettere ciò che il degente chiede, pur di calmarlo, anche se non si ha certezza di poterlo fare;

- Evitare di colloquiare con il degente, tornando alla propria attività chiedendo di attendere e/o aspettare l'arrivo del personale medico in grado di soddisfare le sue richieste;

Nella sua carriera quanto ha partecipato a corsi di formazione inerenti agli agiti aggressivi e le modalità comportamentali da attuare?

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

Quanto la sua azienda organizza corsi di formazione periodica per la formazione del personale in caso di utenti in stato di agitazione psicomotoria?

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

Quanto conosce la de-escalation dell'aggressività?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto bene")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Se ne è a conoscenza, come ne è venuto a contatto?

- Università
- Riviste, articoli

- Meeting
- Seminari
- Corsi di formazione
- Altro

Nella sua realtà lavorativa quanto le capita da 1 a 5, di trovarsi a contatto con utenti potenzialmente aggressivi verbalmente e/o fisicamente?

(dove 1 indica "mai" e 5 “sempre")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Quanto le è capitato nel corso della sua esperienza di essere aggredito verbalmente e/o fisicamente

(dove 1 indica "mai" e 5 "sempre")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Con quale frequenza le è capitato nel corso della sua carriera di assentarsi dal lavoro (es. infortunio o malattia) a causa di questi episodi?

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

Quanto ha modificato il suo modo di operare nel lavoro a causa di pregressi agiti aggressivi?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Quanto sarebbe interessato a partecipare ad appositi corsi formativi che le fornirebbero le istruzioni e le giuste modalità comportamentali per prevenire e/o gestire l'agito aggressivo di un degente?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Quanto ritiene attuale e pertinente il tema dell'aggressività nel luogo del lavoro?

(dove 1 indica "per nulla" e 5 "molto")

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

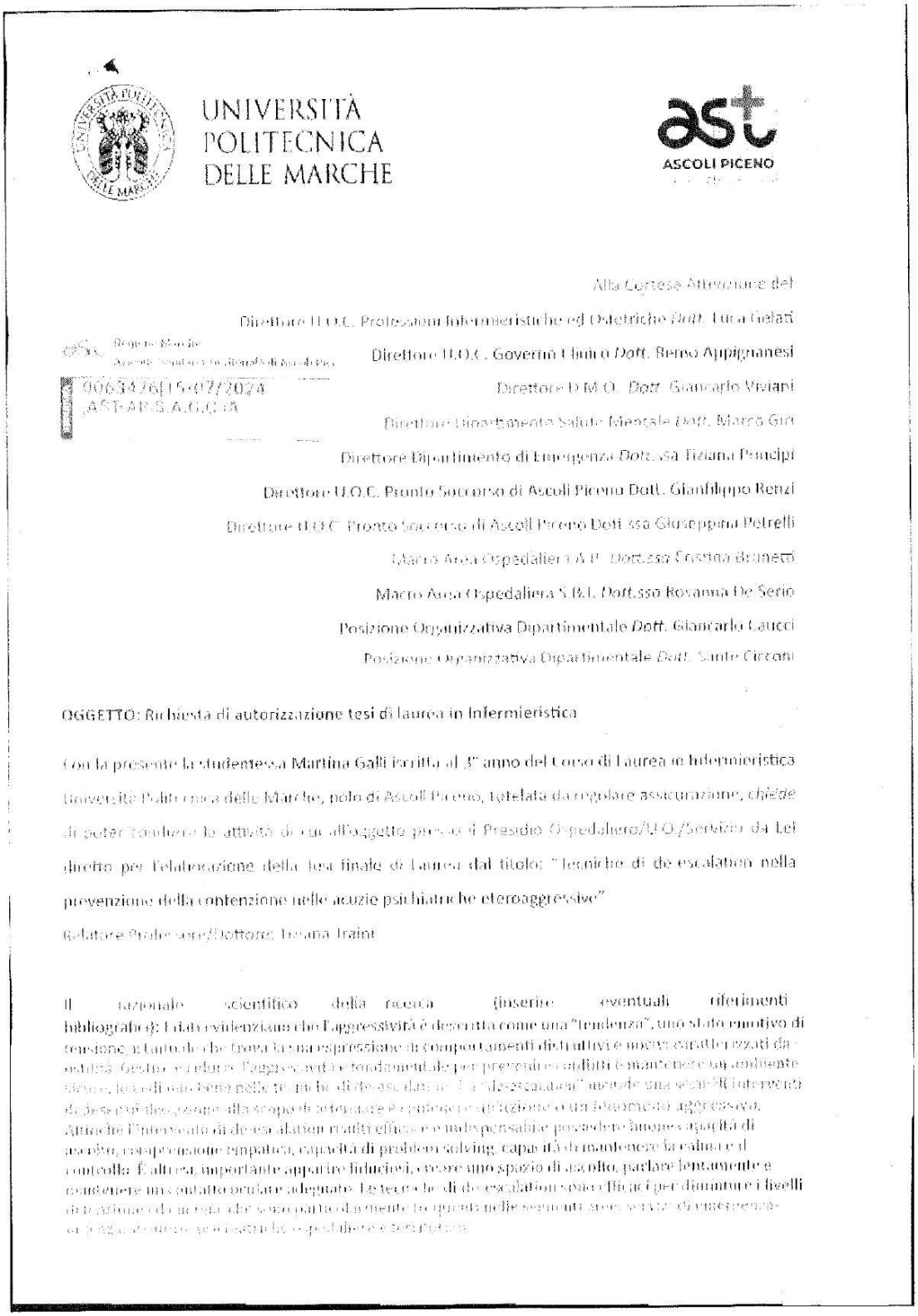
Allegato 2: Protocollo AST Ascoli Piceno

PROCEDURA PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Procedura per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	**Valida sino al: 31/10/2020**	**REV. 1.0**

Data operatività	1/11/2018	
Data scadenza	31/10/2020	
Responsabile	Direttori UO	
Redazione	Dr P. Lucadei, Q. Olori, M. Filipponi, Ing. M. Cardinali, A.S. D. Passaretti, Dott.ssa R. Corradetti, RLS C. Fiori, F. Menzietti, M. Rosati, F. Massari, M. Pelosi, W. Saienni, M.G. Mercatili, M.T. Rossi (invio bozza in visione per revisione)	
Validazione Servizio Prevenzione e Protezione	Dott. Marta Ursini	
Validazione	Dott. Remo Appignanesi	

Allegato 3: Autorizzazione allo svolgimento dello studio



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

ASCOLI PICENO

Alla Cortese Attenzione del

Direttore U.O.C. Professioni Infermieristiche ed Ostetriche *Dott.* Luca Gelati

Direttore U.O.C. Governo Clinico *Dott.* Remo Appignanesi

Direttore D.M.O. *Dott.* Giancarlo Viviani

Direttore Dipartimento Salute Mentale *Dott.* Marco Giri

Direttore Dipartimento di Emergenza *Dott.ssa* Tiziana Principi

Direttore U.O.C. Pronto Soccorso di Ascoli Piceno Dott. Gianfilippo Renzi

Direttore U.O.C. Pronto Soccorso di Ascoli Piceno Dott.ssa Giuseppina Petrelli

Macro Area Ospedaliera A.P. *Dott.ssa* Cristina Brunetti

Macro Area Ospedaliera S.B.I. *Dott.ssa* Rosanna De Serio

Posizione Organizzativa Dipartimentale *Dott.* Giancarlo Caucci

Posizione Organizzativa Dipartimentale *Dott.* Sante Cicconi

Prot. N. Uscita
Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 5
0063426|15-07-2024
AST-AP.S.A.G.C.I.A

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione tesi di laurea in Infermieristica

Con la presente la studentessa Martina Galli iscritta al 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, polo di Ascoli Piceno, tutelata da regolare assicurazione, chiede di poter condurre le attività di cui all'oggetto presso il Presidio Ospedaliero/U.O./Servizio da Lei diretto per l'elaborazione della tesi finale di Laurea dal titolo: "Tecniche di de-escalation nella prevenzione della contenzione nelle acuzie psichiatriche eteroaggressive"

Relatore Prof.ssa/Dottore Luciana Traini

Il razionale scientifico della ricerca (inserire eventuali riferimenti bibliografici): Studi evidenziano che l'aggressività è descritta come una "tendenza", uno stato emotivo di tensione, a cui molto che trova la sua espressione in comportamenti distruttivi e nocivi caratterizzati da ostilità. Gestire e ridurre l'aggressività è fondamentale per prevenire conflitti e mantenere un ambiente sicuro. Tra le diverse forme nelle tecniche di de-escalation (o "de-escalation") un ruolo vi sono gli interventi di desensibilizzazione alla scopo di interrompere e ridurre un'escalation aggressiva. Affinché l'intervento di de-escalation risulti efficace e non dispensabile provvedere buone capacità di ascolto, comprensione empatica, capacità di problem solving, capacità di mantenere la calma e il controllo. È altresì importante apparire fiduciosi, essere uno spazio di ascolto, parlare lentamente e contenere una postura aperta e rilassata. Le tecniche di de-escalation sono efficaci per diminuire i livelli di aggressività in un modo che sia rispettoso dell'individuo e della sua dignità. Le tecniche di de-escalation sono efficaci per diminuire i livelli di aggressività in un modo che sia rispettoso dell'individuo nelle seguenti aree: verbale, comportamentale, fisica, ambientale e psicologica.

L'obiettivo primario della ricerca è:

Valutare il livello di formazione del personale sulla conoscenza delle tecniche di de-escalation.

Eventuali obiettivi secondari:

Sottolineare l'importanza di una maggiore formazione e analizzare i principali determinanti dello sviluppo di agiti aggressivi eterodiretti sia fisici, sia verbali verso il personale sanitario non medico.

I materiali e metodi (consultazione cartelle cliniche, somministrazione questionari, interviste, etc)

Consultazione di materiale scientifico e somministrazione di un questionario agli infermieri appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale e all'U.O.C. di Pronto Soccorso.

Tutte le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente e conformemente all'obiettivo e nel pieno rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 (GDPR).

Confidando in un Vostro cortese positivo, si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordialmente

Ascoli Piceno, li 25/06/2024

La Studentessa: Martina Galli

Il Relatore: Tiziana Ivani

Il Direttore U.O.C. Professioni Infermieristiche ed Ostetriche: Luca Gelati

AST - ASCOLI PICENO
DIRETTORE U.O.C. PROFESSIONI SANITARIE
AREA DELL'EMERGENZA OSTETRICA
Dott. LUCA GELATI

Il Direttore U.O.C. Governo Clinico: Remo Appignanesi

Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno
Dott. Remo Appignanesi
Direttore U.O.C. Governo Clinico e Gestione del rischio

Il Direttore D.M.O.: Giancarlo Viviani

U.O.C. DIREZIONE MEDICA P.O.U.
AST Ascoli Piceno

Direttore Dipartimento Salute Mentale Dott. Marco Cini

AST - ASCOLI PICENO - MARCHE
Dipartimento di Salute Mentale
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Direttore Dipartimento di Emergenza Dott.ssa Ilaria Principi

Direttore U.O.C. Pronto Soccorso di Ascoli Piceno Dott. Gianfilippo Renzi

AST - Ascoli Piceno
Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza

Direttore U.O.C. Pronto Soccorso di Ascoli Piceno Dott.ssa Giuseppina Petrelli

Macro Area Ospedaliera A.P. Dott.ssa Cristina Brunetti

AST - ASCOLI PICENO
Incaricato di Funzione Organizzativa
Macroarea Ospedaliera
Ascoli Piceno
Dott.ssa Cristina Brunetti

Macro Area Ospedaliera S.B.T. *Dott.ssa* Rosanna De Serio

Posizione Organizzativa Dipartimentale *Dott.* Giancarlo Caucci

Posizione Organizzativa Dipartimentale *Dott.* Sante Cicconi

Regione Marche - AST di Ascoli Piceno
Sante Cicconi
PO DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA
AZIENDE OSPEDALIERE E TERRITORIALE

Allegato 4: Proposta di progetto

PROGRAMMA PRELIMINARE

Ore 08:00	Registrazione partecipanti
Ore 08:30-9:30	L'aggressività: stato dell'arte
Ore 09:30-10:30	Gestione clinica della persona aggressiva : il ciclo dell'aggressività
Ore 10:30-11:30	Strumenti di valutazione
Ore 11:30-12:30	Tecniche di De-escalation
Ore 13:00	Lunch
Ore 15:00 -17:00	Role playing
Ore 17:30-18:30	Discussioni
Ore 18:30	Chiusura dei lavori