



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI INFERMIERI NEI REPARTI
DI EMERGENZA/URGENZA: PREVENZIONE E TECNICHE DI DE-
ESCALATION**

Relatore: Chiar.mo
Grillo Claudio

Tesi di Laurea di:
Giorgini Anastasia

Correlatore: Chiar.mo
Michelini Martina

A.A. 2022/2023

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	Pag 1
CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO.....	Pag 3
1.1 la violenza contro gli infermieri nei reparti di emergenza urgenza.....	Pag 3
1.1.1 cause scatenanti.....	Pag 4
1.2 gestione dei disturbi comportamentali acuti in pronto soccorso.....	Pag 5
1.3 valutazione preliminare del rischio di violenza.....	Pag 7
1.4 protocollo per la gestione di pazienti con agitazione psicomotoria.....	Pag 9
1.4.1 identificazione valutazione dell'agitazione psicomotoria: stabilire una diagnosi differenziale.....	Pag 10
1.4.2 interventi durante un episodio di agitazione psicomotoria.....	Pag 11
1.4.3 modifiche ambientali.....	Pag 11
1.4.4 de-escalation verbale.....	Pag 12
1.4.5 isolamento e moderazione fisica.....	Pag 13
1.4.6 trattamento farmacologico.....	Pag 13
1.5 uso di antipsicotici e/o benzodiazepine come metodo per tranquillizzare.....	Pag 14
1.6 tecniche di de-escalation.....	Pag 16
1.6.1 formazione multidisciplinare di de-escalation verbale.....	Pag 17
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	Pag 19
2.1 obiettivo.....	Pag 19
2.2 disegno dello studio.....	Pag 19
2.3 domanda di ricerca.....	Pag 19
2.4 risorse dei dati e strategia di ricerca.....	Pag 19
2.5 selezione degli studi.....	Pag 19
2.6 sintesi dei risultati.....	Pag 19
CAPITOLO 3: RISULTATI.....	Pag 20
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI.....	Pag 23

BIBLIOGRAFIA.....Pag 26

RINGRAZIAMENTI.....Pag 32

ABSTRACT

Introduzione: La violenza sugli infermieri è un problema che sussiste da molto tempo ma sempre più emergente, affrontato in letteratura ampiamente, anche se esistono numerose zone grigie. Infatti la violenza nei contesti dei reparti emergenza/urgenza viene denunciata quando genera un infortunio sul professionista, ma non viene formalizzata quando si tratta di violenza verbale, dunque i dati riportati dalla letteratura non mostrano del tutto la realtà del fenomeno “violenza”. Esistono tecniche che l’infermiere può mettere in atto quando si trova davanti a una situazione che può sfociare in violenza ed esistono inoltre comportamenti da attuare in determinate condizioni.

Obiettivo: Lo scopo di questo studio è quello di comprendere in letteratura tutto ciò che può aiutare l’infermiere ad approfondire il problema della violenza nei pronto soccorso, in modo tale da insegnare le diverse tecniche che esistono per prevenirla e soprattutto per dare la giusta importanza a questo fenomeno purtroppo ricorrente.

Materiale e metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura consultando banche dati, come in particolare PubMed e GoogleScholar, selezionando articoli di inclusione ed esclusione.

Conclusioni: Questa revisione in letteratura ha evidenziato che esistono varie modalità di approccio che hanno lo scopo di prevenire un comportamento violento nei confronti dell’operatore sanitario. Importante è inoltre la formazione continua e la necessità di monitorare e osservare lo studio di questo fenomeno sempre più diffuso.

Parole chiave: violence on health care workers; violence prevention in emergency departments on nurses; de-escalation techniques for aggression or agitation;

INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo (World Health Organization, 2002). Per quanto riguarda gli operatori sanitari, e in particolare il personale infermieristico delle strutture di Pronto Soccorso, la letteratura internazionale sull'argomento mette in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri (Anderson, 2002a; Ferns, 2006; Lewis et al., 2007).

Il personale sanitario nei dipartimenti di emergenza ha subito violenza almeno una volta nella propria vita. Sono più di 3.000 all'anno gli episodi di violenza ed aggressioni che si verificano, anche se il dato reale è sicuramente molto più alto perché non tutti i casi vengono rilevati/denunciati.

Secondo l'Italian Journal of Nursering gli infermieri che hanno denunciato nel recente passato sono stati solo il 57,3 %. Inoltre da una ricerca condotta dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Fnopi, il 75% delle aggressioni riguarda le donne, un dato che desta sicuramente apprensione. Il rischio di aggressioni è fortemente legato al carico ed alle condizioni di lavoro che si determinano nelle unità di pronto soccorso.

Un'assistenza efficiente, che riduce il rischio di mortalità fino al 30%, si ha con un rapporto infermiere/paziente di 1 a 6. Nel 2022 invece in Italia, il rapporto medio è di 1 a 12 che arriva anche a punte di 1 a 20 nell'assistenza nei PS.

Lavorare in area di emergenza/urgenza aumenta di due/tre volte il rischio di subire aggressioni, rispetto a chi invece lavora in area medica. Quando si entra in contatto con pazienti affetti da malattie legate alla salute mentale o all'uso di sostanze illecite questo indice di maggiore probabilità arriva a 4 e oltre.

I principali aggressori sono: 92% gli accompagnatori dei pazienti, nell'88% dei casi la causa innescante è l'attesa, 80% dovuto al sovraffollamento e infine nell'82,7% durante le attività di triage.

In Italia Becattini e collaboratori (2007), in uno studio condotto su 15 strutture di Pronto Soccorso di 14 regioni italiane, rappresentative di tutto il territorio nazionale, delineano questo scenario: quasi tutti gli infermieri intervistati riferiscono di essere stati aggrediti

verbalmente (90%) o di aver assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi (95%); il 35% del campione ha subito atti di violenza fisica, più della metà (52%) ne è stata testimone; poco meno di un terzo degli infermieri (31%) ha avuto bisogno di cure mediche a causa di un'aggressione, con prognosi fino a 5 giorni (13%), da 5 a 15 giorni (11%) o superiore a 15 giorni (6%).

La conoscenza statistica del fenomeno, lo studio delle tendenze e dei fattori di rischio come il sesso e l'età degli assalitori, o le cause scatenanti i comportamenti violenti è fondamentale per improntare programmi di prevenzione e di azione contro gli atti di violenza commessi nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso (Gates et al., 2006). Questa revisione narrativa mira a riassumere le prove esistenti degli studi di valutazione sulla prevenzione della violenza e dell'aggressione contro gli infermieri nei reparti di emergenza/urgenza, dove lo scopo degli studi è ridurre la frequenza delle violenze, aumentare le conoscenze, le competenze o la consapevolezza relative agli incidenti violenti ed aiutare il personale del pronto soccorso a sentirsi più sicuro e più a suo agio.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

1.1 La violenza contro gli infermieri nei reparti di emergenza/urgenza

La violenza contro gli infermieri sul posto di lavoro è un grave problema globale che ha ricevuto maggiore attenzione negli ultimi anni. Circa il 25% degli infermieri registrati riferisce di essere stato aggredito fisicamente da un paziente o da un familiare, mentre oltre il 50% ha riferito di essere esposto ad abusi verbali o bullismo. Gli infermieri, che sono i principali responsabili della fornitura di cure salvavita ai pazienti, sono vittime a un tasso significativamente più alto rispetto ad altri operatori sanitari, e si stima che la violenza sul posto di lavoro causi al 17,2% degli infermieri a lasciare il proprio lavoro ogni anno.

La violenza è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Salute come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro sé stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità, che provoca o ha un'alta probabilità di provocare lesioni, morte, danni psicologici, mal sviluppo o privazione". (Krug EG, et al, 2006)

Questa definizione sottolinea che una persona o un gruppo deve intendere usare la forza o il potere contro un'altra persona o gruppo affinché un atto sia classificato come violento. Il Centro di ricerca sulla prevenzione delle lesioni dell'Università dell'Iowa ha classificato la violenza sul posto di lavoro in quattro tipi di base: Tipo I, Tipo II, Tipo III e Tipo IV. Il tipo I comporta "intento criminale", in questo tipo di violenza sul posto di lavoro, "gli individui con intento criminale non hanno alcuna relazione con l'azienda o i suoi dipendenti".

Il tipo II coinvolge un cliente, o un paziente, in questo tipo, un "individuo ha una relazione con l'azienda e diventa violento mentre riceve servizi".

Il tipo III riguarda una relazione "lavoratore su lavoratore" e include "dipendenti che attaccano o minacciano un altro dipendente".

Il tipo IV comporta relazioni personali, include "individui che hanno relazioni interpersonali con l'obiettivo previsto ma nessuna relazione con l'azienda". I tipi II e III sono i più frequenti nel settore sanitario.

L'abuso verbale è il tipo più comune di abuso diretto verso gli infermieri in ambito sanitario, è tre volte più probabile che si verifichi della violenza fisica.

In uno studio, l'82% degli infermieri ha riferito l'abuso verbale come la forma più ricorrente, mentre il 63,9% degli infermieri era stato sottoposto a una qualche forma di abuso verbale da parte dei pazienti. Comportamenti come imprecare, gridare o imprecare sono stati identificati come più utilizzati nell'abuso verbale e sono stati anche segnalati come il tipo più violento di aggressione verbale. (Stone TE, Hazelton M. 2008)

I dati raccolti da 349 infermieri hanno indicato che il 79,5% era stato sottoposto a violenza verbale, mentre il 28,6% era stato esposto a violenza fisica. (AbuAlRub RF, Al Khawaldeh AT, 2011)

L'abuso fisico spesso coesiste con l'abuso verbale, suggerendo che quest'ultimo potrebbe fungere da predittore di potenziali abusi fisici.

Di questi comportamenti, "essere spinti o colpiti" è stato identificato come il tipo più comune di abuso fisico, mentre l'uso di armi letali ha dimostrato di verificarsi principalmente durante le ore notturne.

Molti studi indicano che la violenza contro gli infermieri è sottovalutata, (American Nurses Association) i dipartimenti di emergenza sono stati evidenziati come luoghi in cui è probabile che gli incidenti violenti siano significativamente sottostimati; le ragioni fornite sono:

- gli infermieri non sono soddisfatti di come sono stati gestiti i loro precedenti eventi violenti poiché alcuni casi non sono stati trattati come da linee guida
- la convinzione degli infermieri che la violenza faccia parte del lavoro
- gli infermieri sono scoraggiati dal segnalare tali eventi perché anche se lo fanno, non ci sono politiche che garantiscano la giustizia
- la convinzione degli infermieri che non gli sia stato inflitto nessun danno e che possano gestirlo da soli
- la capacità degli infermieri di difendersi cambiando il modo in cui trattano quel particolare paziente

1.1.1 cause scatenanti

Sembra che alcool e stupefacenti siano molto spesso alla base di episodi di aggressività verso gli operatori dei PS: nella ricerca di Crilly et al. (2004), gli autori delle aggressioni erano percepiti sotto l'influenza di alcool e sostanze stupefacenti nelle percentuali del 30% e del 25%. L'alcool viene imputato come fattore scatenante per le

aggressioni dal 78% degli infermieri australiani (Gilchrist et al. 2011), mentre l'uso di stupefacenti è visto come causa di violenza dal 70%. Queste percentuali salgono ulteriormente nello studio di Jenkins et al. (1998), in cui il 98% di 219 consulenti medici a capo di altrettanti dipartimenti di emergenza, ritiene l'alcool uno dei maggiori fattori precipitanti per le situazioni a rischio di violenze, seguito dall'utilizzo di droghe.

Inoltre, dal momento che nell'area triage e nelle stanze visita, non esistono barriere di alcun genere tra operatori ed utenza, questa condizione pone gli infermieri e i medici maggiormente a rischio di violenze fisiche, a differenza degli addetti all'accoglienza, che stando dietro ad un vetro risultano maggiormente sottoposti ad aggressioni verbali (Jenkins et al. 1998).

Nelle ricerche esaminate l'overcrowding, che è un problema diffuso a livello internazionale (Bambi et al. 2011), viene percepito come una delle cause scatenanti per le aggressioni. Nello studio di Tang et al. (2007), infatti, il sovraffollamento è considerato come la prima causa di violenze verso gli operatori per l'89% degli infermieri, mentre nei lavori di Lyneham (2000) e di Jenkins et al. (1998) viene indicato come seconda causa rispettivamente dall'85% e 86% dei rispondenti. Questi risultati sono confermati anche per la realtà italiana in cui, dalle dichiarazioni degli infermieri emerge che gli aggressori più comuni sono proprio i pazienti stanchi di aspettare, seguiti da parenti ed accompagnatori (Becattini et al. 2007)

1.2 gestione dei disturbi comportamentali acuti in pronto soccorso

I disturbi comportamentali acuti sono eventi comuni nei dipartimenti di emergenza e rappresentano una minaccia per la sicurezza e il benessere.

Le strategie di gestione non farmacologica rientrano in quattro categorie:

- 1- interventi educativi per il personale
- 2- cambiamenti alla politica
- 3- cambiamenti alla pratica
- 4- modifica ambientale

La violenza, l'aggressione e gli abusi sono molto diffusi nel settore sanitario e hanno avuto un'incidenza crescente negli ultimi 15 anni. (Morphet J, et al, 2014)

Insieme, la violenza e l'aggressività possono rientrare all'interno della definizione più ampia, "disturbo comportamentale acuto" (ABD). Gli ABD includono abusi verbali, minacce, aggressioni fisiche, aggressioni con fluidi corporei e comportamenti aggressivi. Un disturbo comportamentale acuto descrive la condotta di una persona che non risponde al normale intervento verbale e interrompe il funzionamento quotidiano del reparto ospedaliero. (Knott JC, et al 2005)

Gli ABD influenzano il morale, il benessere fisico e psicologico del personale e le prestazioni del personale e, quindi, l'assistenza sanitaria fornita ai pazienti

Un importante punto focale per gli ABD all'interno del settore sanitario è quello nei dipartimenti di emergenza.

I pronto soccorso hanno le più alte segnalazioni di violenza a livello globale, sono generalmente aperti 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e servono una grande popolazione di vari background. Nel Regno Unito, un sondaggio sul personale ha identificato che una percentuale maggiore del 30% del personale è stato aggredito. (Winstanley S, Whittington R. 2004)

Anche se inaccettabilmente alte, queste cifre possono essere significativamente sottovalutate a causa della mancata segnalazione.

Tuttavia, è chiaro che ridurre al minimo la frequenza e l'impatto che gli ABD hanno all'interno dei dipartimenti di emergenza è fondamentale.

Nella pratica clinica impiegare qualsiasi intervento restrittivo, nel rispetto dei diritti umani dovrebbe essere il principio guida fondamentale; i medici dovrebbero utilizzare i mezzi meno restrittivi per fornire un ambiente sicuro sia per il personale che per il paziente. (Richmond JS, et al., 2012)

Sostenere una risposta graduale dalla de-escalation verbale, ai mezzi farmacologici, con moderazione manuale/meccanica e isolamento come ultima risorsa.

1.3 valutazione preliminare del rischio di violenza

La valutazione del rischio della violenza sul posto di lavoro nei dipartimenti di emergenza rappresenta una sfida globale sia per le organizzazioni sanitarie che per i lavoratori.

Studi recenti hanno rivelato un aumento dei tassi di violenza sul posto di lavoro nei confronti degli infermieri impiegati nei dipartimenti di emergenza e hanno dimostrato che il tipo II è la tipologia più comune di violenza tra i quattro tipi definiti dall'Istituto nazionale per la sicurezza e la salute sul lavoro.

La prevenzione della violenza sul posto di lavoro contro gli operatori sanitari del pronto soccorso è diventata una preoccupazione globale sempre più importante sia per le organizzazioni sanitarie che per gli operatori sanitari.

Secondo l'Istituto nazionale per la sicurezza e la salute sul lavoro (NIOSH), la violenza sul posto di lavoro è definita come "atti violenti, comprese aggressioni fisiche e minacce di aggressione, dirette contro le persone al lavoro o in servizio".

La violenza è ulteriormente definita dalla tipologia: tipo I) intento criminale, in cui l'autore non ha alcun motivo di essere sul posto degli affari diverso dal commettere un crimine, come una rapina; tipo II) cliente/cliente, in cui l'autore della violenza sta ricevendo un servizio dalla vittima; tipo III) lavoratore-on-worker, dove l'autore è un dipendente attuale o precedente dell'azienda, e tipo IV) violenza del partner intimo, dove il partner intimo di un lavoratore perpetra un atto di violenza sul posto di lavoro. La violenza cliente/cliente è il tipo più comune di violenza segnalato nel settore sanitario e gli infermieri di pronto soccorso sono stati riconosciuti come esposti a una maggiore prevalenza di violenza di tipo II rispetto ad altri operatori sanitari. L'aggressione dei pazienti è stata identificata come la causa principale delle lesioni legate alla violenza.

Demenza, schizofrenia, ansia, reazione acuta allo stress, ideazione suicidaria e intossicazione da alcol e droga sono risultati essere predittori della violenza fisica perpetrata dai pazienti contro gli infermieri.

Al contrario, la violenza verbale è spesso subita da pazienti in uno stato di coscienza lucido e normale.

I fattori organizzativi all'interno dei dipartimenti di emergenza sono stati identificati come frequenti determinanti degli atti di violenza, in particolare, variabili di interazione del personale (alto conflitto interpersonale, bassa efficienza, mancanza di lavoro di squadra), alto stress legato al lavoro e scarso clima di sicurezza.

In effetti, un volume di servizi eccessivo, situazioni di alto stress e un carico eccessivo sui medici nella pratica quotidiana erano legati a cure mediche percepite di scarsa qualità e, di conseguenza, a pazienti insoddisfatti, che era la causa principale di violenza contro gli operatori sanitari.

Per quanto riguarda l'impostazione in cui si svolge il fenomeno di violenza, uno studio trasversale (di Ferri et al.) ha dimostrato che in un pronto soccorso italiano il 63% degli eventi violenti si è verificato nella sala d'attesa, portando all'ipotesi che ci sia una relazione tra violenza e un alto livello di ansia e stress condotto sia dai pazienti che dai loro custodi o parenti che è aggravato da lunghe attese.

Un'indagine sulla letteratura ha mostrato che fino ad oggi non esiste un questionario di valutazione per valutare il rischio di violenza di tipo II negli ED, a tal riguardo è stato effettuato uno studio.

Dodici esperti sono stati invitati a partecipare, di questi, 10 (83,3%) hanno concordato e completato il primo e il secondo turno.

L'alfa di Cronbach è stata calcolata come 0,90 e ha mostrato un'elevata coerenza interna tra gli intervistati per gli elementi inclusi nel questionario finale.

Il primo round di Delphi aveva 23 elementi da valutare, di cui 21 elementi hanno raggiunto il consenso. Le restanti due voci sono state rivalutate nel secondo round e sono state escluse perché non hanno raggiunto il consenso.

Ci sono tre livelli di rischio: basso (un punteggio da 0 a 2), medio (un punteggio di 3 o 4) e alto (un punteggio di 5 o 6).

I punteggi di rischio basso, medio e alto sono stati convertiti rispettivamente in 0, 1,5 e 2.

Il questionario ha identificato tre livelli di rischio di violenza:

- basso (un punteggio < 12),
- medio (Un punteggio >12 e ≤24),
- alto (un punteggio >24).

La valutazione del rischio di violenza nel dipartimento di emergenza ospedaliero target, ottenuta con un approccio oggettivo ha mostrato un livello medio di rischio di violenza sia per i medici (punteggio=18) che per gli infermieri (punteggio=19,5); queste differenze non erano statisticamente significative ($p>0,05$). In particolare, tra i medici è stato

evidenziato un rischio medio (un punteggio di 3, convertito in 1,5) e punteggio di 12. Tra gli infermieri il punteggio (rischio medio, convertito in 1,5) era 13.

1.4 protocollo per la gestione di pazienti con agitazione psicomotoria

L'agitazione psicomotoria (PMA) è uno stato di irrequietezza motoria e tensione mentale che richiede un rapido riconoscimento, una valutazione e una gestione appropriate per ridurre al minimo l'ansia per il paziente e ridurre il rischio di escalation all'aggressività e alla violenza.

Protocolli e algoritmi standardizzati e applicabili possono aiutare gli operatori sanitari a identificare i pazienti a rischio di PMA, ottenere una diagnosi tempestiva e implementare strategie di gestione minimamente invasive per garantire la sicurezza del paziente e del personale e la risoluzione dell'episodio.

La PMA può essere evidenziata da un aumento dell'attività motoria (ad esempio gesti eccessivi) e dall'attivazione emotiva, ma può anche essere accompagnata da labilità emotiva e da una diminuzione del livello di attenzione e alterazioni della funzione cognitiva, è particolarmente diffusa tra la popolazione di schizofrenia e disturbo bipolare. (Garriga M, et al., 2016)

In Spagna, un recente rapporto ha indicato che ci si potrebbe aspettare che il 25% dei pazienti con schizofrenia e il 15% di quelli con disturbo bipolare soffrano di almeno un episodio di PMA ogni anno, con una media di 2 episodi all'anno per paziente. (Garrido Viñado E, et al., 2015)

L'agitazione psicomotoria emergente richiede un riconoscimento tempestivo, una valutazione e una gestione appropriate per ridurre al minimo l'ansia per il paziente e ridurre il rischio di escalation all'aggressione e alla violenza che possono essere dirette verso sé stessi o gli altri.

Gli episodi di violenza possono essere incontrati nel contesto delle strutture di assistenza psichiatrica ospedaliera, ma anche nel pronto soccorso e nelle cliniche ambulatoriali.

Studi recenti suggeriscono che fino al 10% di tutti gli interventi psichiatrici di emergenza sono correlati all'agitazione psicomotoria acuta. (Pacciardi B, et al., 2013)

Di conseguenza, un'adeguata identificazione e gestione della PMA è una componente essenziale della cura dei pazienti con disturbi psichiatrici.

Poiché l'agitazione è intesa come un continuum di sintomi che vanno da lievi a gravi, è essenziale rilevare gli episodi di agitazione nella loro prima manifestazione per evitare una possibile escalation dei sintomi.

La sua gestione inefficace potrebbe comportare l'uso non necessario di misure coercitive (farmaci involontari, moderazione fisica e isolamento) che potrebbero potenzialmente precipitare l'aggressione o la violenza (Hankin CS, et al, 2011)

Inoltre, una gestione ritardata e/o inappropriata potrebbe portare a un maggiore uso delle risorse ospedaliere e a ricoveri evitabili con costi economici significativi.

Le raccomandazioni di consenso degli esperti internazionali sono state recentemente pubblicate per la valutazione e la gestione dei pazienti con PMA a causa della loro condizione psichiatrica primaria.

Tuttavia, mancano protocolli standardizzati e strumenti clinici per aiutare i medici e gli operatori sanitari a raggiungere il miglior risultato possibile per i pazienti che presentano un episodio di agitazione psicomotoria.

1.4.1 identificazione valutazione dell'agitazione psicomotoria: stabilire una diagnosi differenziale

Una corretta diagnosi differenziale aiuterà a identificare la possibile causa sottostante dell'episodio di agitazione e faciliterà l'identificazione di una strategia di gestione appropriata.

La PMA dovuta a cause mediche si presenta tipicamente con un esordio acuto o subacuto, spesso in pazienti di età avanzata, senza precedente storia psichiatrica e segue un decorso fluttuante.

Tali pazienti tendono a mostrare un livello alterato di coscienza, disorientamento temporale-spaziale e alterazione dei parametri fisici (suda, tachicardia, tachipnea, febbre, ecc.). Possono essere evidenti anche allucinazioni visive e ideazioni deliranti, nonché deterioramento cognitivo.

A causa di ciò, la presenza di uno stato confusionale, un deterioramento cognitivo e la sindrome da intossicazione/ritiro dalle sostanze dovrebbero essere valutate prima di considerare un disturbo psichiatrico, specialmente nei casi senza storia psichiatrica passata.

La PMA dovuta a cause psichiatriche ha generalmente un esordio acuto o subacuto e si presenta senza alterazioni nel livello di coscienza. Se il paziente si presenta con una precedente storia psichiatrica, l'agitazione psicomotoria tende ad apparire nel contesto di una ricaduta acuta del suo disturbo di salute mentale. Per facilitare una corretta gestione, è stato raccomandato di differenziare la PMA psicotica (associata alla schizofrenia, BD) dalla PMA non psicotica (associata a disturbi d'ansia, disturbi affettivi, disturbi della personalità, ritardo mentale, disturbi dello spettro autistico o disturbi dell'adattamento).

Se si sospetta agitazione dovuta alla causa medica della sindrome da intossicazione/ritiro da sostanze, devono essere richiesti esami supplementari e il caso deve essere gestito in un dipartimento di emergenza di medicina generale.

Se l'agitazione è dovuta a una causa psichiatrica, se esiste il paziente deve essere trattato in un centro di pronto soccorso psichiatrico.

Se l'ospedale non ha un pronto soccorso psichiatrico, il paziente deve essere assistito nel pronto soccorso di medicina generale.

1.4.2 interventi durante un episodio di agitazione psicomotoria

Gli obiettivi di una gestione efficace dell'agitazione psicomotoria, come definito da Zeller sono:

- stabilizzare rapidamente il paziente;
- evitare misure coercitive;
- trattare nel modo meno restrittivo;
- formare un'alleanza terapeutica;
- garantire un piano adeguato alle cure successive.

Gli interventi iniziali dovrebbero sempre essere tentati nel modo meno restrittivo: modifiche ambientali e de-escalation verbale.

Quindi, a seconda della gravità della PMA, queste tecniche potrebbero essere integrate da opzioni più restrittive che includono il trattamento farmacologico e/o il riposo fisico, se necessario.

1.4.3 modifiche ambientali

Queste strategie possono essere utili per prevenire un episodio di PMA, per trattarlo durante la fase iniziale e per ridurre al minimo una possibile escalation dei sintomi.

Le modifiche ambientali mirano a garantire il comfort fisico del paziente e a ridurre gli stimoli esterni (fattori irritanti come luce, rumore, correnti d'aria fredda o calda). Dovrebbe essere effettuata anche la rimozione di tutti gli oggetti che possono essere potenzialmente pericolosi e il mantenimento di una distanza di sicurezza ottimale per rispettare lo spazio personale del paziente.

1.4.4 de-escalation verbale

Questa tecnica interattiva e complessa è un processo dinamico in cui il paziente è orientato verso uno stato di calma mentre si stabilisce la relazione terapeutica. (Richmond JS, et al., 2012)

È stato dimostrato che la de-escalation verbale riduce la PMA e il rischio di escalation dei sintomi, nonché riduce la necessità di misure coercitive.

Gli obiettivi della de-escalation verbale sono:

- ristabilire l'autocontrollo del paziente;
- introdurre chiari limiti comportamentali;
- garantire la sicurezza del paziente, del personale e di altri utenti del sistema sanitario;
- raggiungere un'alleanza terapeutica con il paziente che consenta l'esecuzione di un'adeguata valutazione diagnostica;
- garantire il coinvolgimento del paziente nel proprio processo decisionale terapeutico;
- ridurre l'ostilità e l'aggressività, prevenendo possibili episodi di violenza.

Mentre è necessario un approccio di squadra per gestire il paziente con PMA, si raccomanda che solo una persona interagisca direttamente con il paziente quando si tenta la de-escalation verbale.

Questa interazione dovrebbe essere calma e concisa usando un linguaggio semplice, l'ascolto attivo e la ripetizione per stabilire la fiducia e identificare i sentimenti e i bisogni del paziente.

1.4.5 isolamento e contenzione fisica

Il contenimento fisico è una procedura durante la quale vengono utilizzati dispositivi di tenuta meccanica approvati per limitare la mobilità fisica del paziente. (Garrido Viñado E, et al., 2015)

La moderazione fisica è indicata nei pazienti che mostrano un comportamento rischioso nei confronti di sé stessi o di coloro che li circondano, con agitazione che non può essere controllata farmacologicamente e/o che richiedono moderazione temporanea per ricevere il trattamento appropriato.

La contenzione fisica dovrebbe essere considerata come eccezionale e un'ultima risorsa quando altre strategie hanno fallito poiché questo approccio potrebbe portare a risultati negativi per il paziente (compresi gli effetti negativi sulla salute fisica e mentale).

Fin dall'inizio di questo processo, il paziente deve essere informato sul motivo della restrizione e avere un'ulteriore opportunità di rispettare le opzioni di trattamento alternative. Va spiegato che la moderazione non è una punizione ma ha lo scopo di garantire la loro sicurezza.

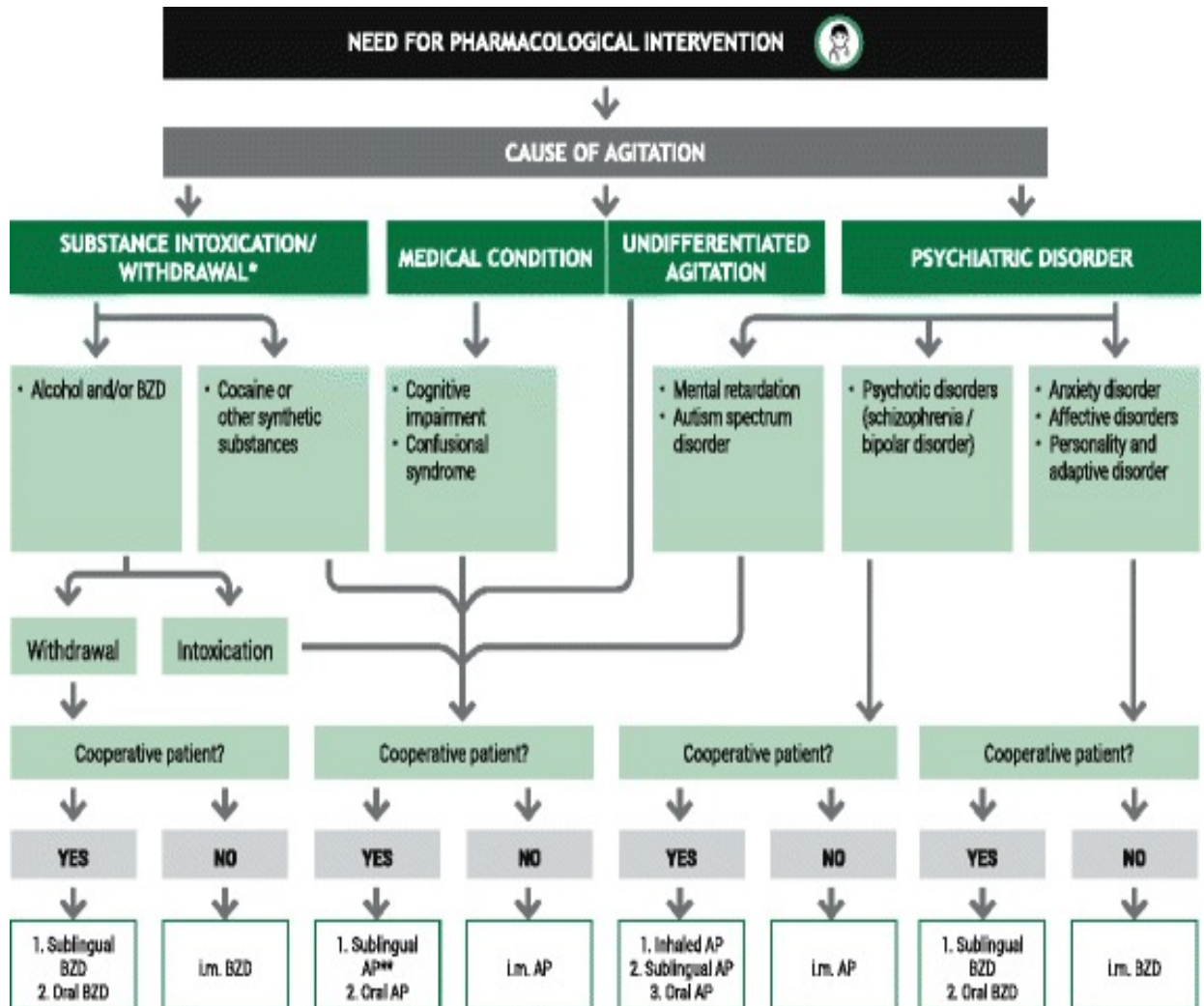
La contenzione fisica è una misura che limita la libertà dell'individuo e, quindi, deve essere autorizzata dal paziente o dall'autorità locale appropriata.

1.4.6 trattamento farmacologico

L'obiettivo primario del trattamento farmacologico è quello di calmare rapidamente il paziente senza eccessiva sedazione.

Durante tutto il processo, dovrebbero essere mantenute sia le tecniche di de-escalation verbale che le tecniche di modifica ambientale.

L'immagine sottostante fornisce un algoritmo per la selezione di agenti farmacologici appropriati guidati dalla causa e dalla gravità dell'agitazione. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero avere familiarità con i trattamenti disponibili e ben addestrati su quando e come utilizzare le diverse alternative per scegliere quella più conveniente in ogni caso. Idealmente, la via di somministrazione dovrebbe essere non invasiva e non traumatica, per preservare la partnership medico-paziente, e il paziente dovrebbe essere coinvolto nel processo decisionale. Ove possibile, i farmaci devono essere somministrati in monoterapia. Un rapido inizio d'azione è anche una caratteristica desiderabile di un farmaco ideale per il trattamento dell'agitazione psicomotoria acuta.



1.5 uso di antipsicotici e/o benzodiazepine come metodo per tranquillizzare

Per garantire un ambiente sicuro, le linee guida della pratica clinica suggeriscono che gli operatori sanitari utilizzano prima le tecniche di de-escalation verbale per coinvolgere i pazienti agitati.

In alcuni casi, tuttavia, la de-escalation verbale può essere inefficace, rendendo quindi necessario l'uso di approcci di gestione alternativi. Una di queste strategie è la tranquillizzazione rapida, il cui obiettivo è utilizzare farmaci psicotropi "per calmare/calmare leggermente l'utente del servizio, ridurre il rischio per sé stessi e/o gli altri e ottenere una riduzione ottimale dell'agitazione e dell'aggressività".

Idealmente, i farmaci per una rapida tranquillizzazione dovrebbero avere un rapido inizio d'azione, provocare pochi effetti avversi e avere una breve durata d'azione.

Le prove empiriche suggeriscono che i medici spesso preferiscono usare due principali classi di farmaci: benzodiazepine e antipsicotici, da soli o in combinazione per gestire i pazienti agitati. Le iniezioni intramuscolari (IM) di questi farmaci possono offrire proprietà farmacocinetiche superiori e profili clinici più favorevoli rispetto alle rispettive formulazioni orali.

In caso di agitazione psichiatrica, l'opzione di trattamento farmacologico preferito se l'agitazione è dovuta a sintomi psicotici sono agenti antipsicotici, sebbene le benzodiazepine possano essere considerate anche quando l'agitazione è dovuta a un'agitazione non psicotica. (Wilson MP, et al. 2012)

Nei casi in cui è necessario un effetto rapido del farmaco antipsicotico e il paziente collabora, prendere in considerazione un farmaco con una via di somministrazione per via inalatoria (loxapina; o una formulazione orale/sublinguale (olanzapina, risperidone, asenapina, aripiprazolo, quetiapina, ziprasidone o aloperidolo).

Agenti antipsicotici intramuscolari (IM) (aloperidolo, olanzapina, ziprasidone, aripiprazolo e levomepromazine) possono essere presi in considerazione per i pazienti che si rifiutano di cooperare con un farmaco inalato o somministrato per via orale. Nonostante gli antipsicotici siano stati ampiamente utilizzati nel trattamento dell'agitazione psicomotoria acuta, va notato che alcuni non sono indicati per essa, per la possibile condizione psichiatrica sottolineata (ad esempio: formulazioni orali per olanzapina, risperidone, asenapina, aripiprazolo, quetiapina, ziprasone e aloperidolo e le formulazioni IM di aloperidolo e levomepromazine.)

Si deve usare cautela quando l'eziologia diagnostica non è sufficientemente chiara (agitazione indifferenziata) e il paziente presenta uno stato di coscienza alterato, in questa situazione una condizione medica per la PMA dovrebbe essere considerata fino a quando non si dimostri il contrario.

A questo proposito, sia l'agitazione dovuta a condizioni mediche o agitazione indifferenziata, devono essere inizialmente trattate con agenti antipsicotici.

Per l'agitazione nei pazienti con Parkinson o disturbo simile al Parkinson, gli antipsicotici tipici (aloperidolo, levomepromina) devono essere evitati e lo ziprasidone può essere considerato come alternativa.

Per l'agitazione post-ictale, può essere consigliabile usare le benzodiazepine.

Quando la causa probabile della PMA è correlata all'intossicazione da alcol e/o benzodiazepine, si deve usare cautela per quanto riguarda l'uso di sedativi a causa del rischio di depressione respiratoria.

Gli antipsicotici devono essere considerati per evitare il rischio di ipertensione arteriosa e depressione respiratoria. In caso di astinenza da alcol e/o benzodiazepine, una benzodiazepina deve essere considerata per ridurre il rischio di convulsioni e delirio tremens. (Garriga M, et al. 2016)

Inoltre, l'aggiunta di un trattamento con vitamina B in questi pazienti potrebbe anche prevenire gravi complicazioni nei pazienti bevono alcol. (Schuckit MA 2008)

Per i casi di intossicazione da cocaina e da droghe sintetiche, la sedazione iniziale con benzodiazepina dovrebbe essere presa in considerazione al posto degli antipsicotici al fine di ridurre il potenziale rischio di convulsioni.

1.6 tecniche di de-escalation

L'aggressività è una disposizione, una volontà di infliggere danni, indipendentemente dal fatto che questo sia espresso a livello comportamentale o verbalmente e che il danno fisico sia subito.

La de-escalation è un intervento psicosociale per la gestione di persone con comportamenti disturbati o aggressivi. Le strategie di gestione secondaria come la rapida tranquillizzazione, l'intervento fisico e l'isolamento dovrebbero essere considerate solo una volta che la de-escalation e altre strategie non sono riuscite a calmare l'utente del servizio.

È un intervento che utilizza tecniche di regolazione emotiva o di autogestione per evitare comportamenti aggressivi o violenti (NICE 2015). "Il ciclo di aggressività" include in genere una fase di innesco, una fase di escalation, una fase di crisi, una fase di recupero e una fase di depressione (Kaplan 1983).

La de-escalation è una gamma complessa di abilità progettate per interrompere il ciclo di assalto durante la fase di escalation, e questo include capacità di comunicazione sia verbale che non verbale (Crag 1996).

Purtroppo, queste raccomandazioni sono impraticabili nella maggior parte delle strutture mediche di emergenza nei paesi in via di sviluppo, dove le risorse sono tese a dura prova da carichi pesanti di pazienti e carenza di personale, e dove un paziente che dorme è

migliore di uno che ha bisogno di un'osservazione costante per valutare la necessità di tranquillizzarlo. Dal punto di vista del paziente, essere addormentati è anche meno traumatico che essere fisicamente trattenuti.

Esistono approcci teorici concorrenti alla de-escalation, compresa la de-escalation verbale. Alcuni approcci fanno uso della teoria della comunicazione (Paterson 1997), altri dell'analisi situazionale (Rix 2001).

Tutti gli approcci sottolineano la necessità di osservare segni e sintomi di rabbia e agitazione, avvicinandosi alla persona in modo calmo e controllato, dando scelte e mantenendo la dignità dell'utente del servizio.

I metodi di de-escalation aiutano stabilire un'alleanza terapeutica positiva con il paziente e la sua collaborazione attiva nel processo di trattamento con le aspettative comportamentali e i trattamenti prescritti, rendendo più facile la gestione del conflitto (Levenson 2004).

Ci sono varie tecniche che possono essere utilizzate per disinnescare una situazione aggressiva.

- 1- Tecniche di comunicazione verbale
- 2- Uso del linguaggio del corpo
- 3- Strategie di prevenzione e riconoscimento (strumenti di valutazione del rischio)
- 4- Atteggiamenti, conoscenze e abilità del personale
- 5- Impostazione di limiti da seguire per i pazienti
- 6- Controlli ambientali (come ridurre al minimo la luce, il rumore, le conversazioni e così via) utilizzati per la gestione dell'aggressività

La de-escalation non comporta moderazione, farmaci usati da soli o isolamento.

1.6.1 formazione multidisciplinare di de-escalation verbale

Gli operatori sanitari affrontano il rischio di aggressioni verbali e fisiche mentre sono al lavoro. Secondo il "Bureau of Labor Statistics", oltre il 70% delle aggressioni sul posto di lavoro si verifica in contesti sanitari e di servizi sociali e gli operatori sanitari hanno più di tre volte la probabilità di subire un'aggressione che causa giorni di lavoro mancati rispetto ad altri campi.

Nel 2019, ci sono stati 52 decessi segnalati nel settore sanitario a causa della violenza sul posto di lavoro.

Gli infermieri, e in particolare gli infermieri del pronto soccorso, riportano un'incidenza estremamente elevata di violenza sul posto di lavoro, con oltre il 95% degli infermieri del pronto soccorso e il 76% degli infermieri in generale che hanno sperimentato una qualche forma di violenza sul posto di lavoro nell'ultimo anno.

La formazione in simulazione riguardante pazienti violenti o aggressivi in pronto soccorso e il piano psichiatrico è stata studiata e si è dimostrata utile. (Wong AH, et al, 2015)

L'impegno per un approccio non coercitivo e centrato sul team per i pazienti agitati ha dimostrato di avere benefici nella de-escalation sicura.

Si raccomanda che tutti i tipi di personale siano formati alla de-escalation e che sia disponibile un numero sufficiente di personale qualificato in caso di situazione. (Richmond JS, et al. 2012)

Le emergenze psichiatriche, indipendentemente dall'ambiente ospedaliero, aumentano il rischio di danni al personale, ai pazienti e ai visitatori.

L'implementazione di un sistema di de-escalation basato sul team, facilmente riproducibile ed eseguito con personale completamente addestrato può aiutare a ridurre gli eventi di sicurezza.

La nostra educazione ha sottolineato l'importanza di trattare il paziente con dignità e rispetto e di comprendere i ruoli dei vari membri del team sanitario.

Garantire una comunicazione completa e rispettosa con una chiara delineazione dei ruoli tra tutti i collaboratori sul pavimento porta a migliori risultati per i pazienti. (Gillespie et al 2012)

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di comprendere quali sono le diverse tecniche che permettono di prevenire e affrontare atti di violenza nei confronti degli infermieri nei reparti di emergenza/urgenza, in modo tale da ridurre la frequenza degli incidenti violenti, aumentare le conoscenze e le competenze del personale sanitario per aiutarlo a sentirsi più sicuro e a suo agio nel luogo di lavoro.

2.2 Disegno dello studio

È stata condotta una revisione narrativa

2.3 Domande di ricerca

- Quali sono le tecniche per prevenire la violenza contro gli infermieri nei dipartimenti di emergenza?
- Inoltre queste tecniche vengono messe in atto e quali benefici hanno?

2.4 Risorse di dati e strategia di ricerca

In questa ricerca della letteratura sono stati selezionati diversi studi utilizzando le banche dati PubMed e GoogleScholar, analizzando gli studi pubblicati tra gli anni 2000 e 2023. La strategia di ricerca si è basata sulla combinazione delle seguenti parole chiave: ‘‘violence on health care workers’’; ‘‘violence prevention in emergency departments’’; ‘‘de-escalation techniques for aggression or agitation’’.

2.5 Selezione degli studi

La selezione degli studi è basata su criteri di inclusione ed esclusione predefiniti secondo lo schema PICO:

P: infermieri del dipartimento di emergenza

I: tecniche di riduzione dell'aggressività

C: -

O: riduzione della violenza dell'aggressività contro gli infermieri

2.6 Sintesi dei risultati

I principali risultati degli studi inclusi sono stati riassunti nella seguente tabella, che include una descrizione dei diversi tipi di interventi attraverso i quali sono stati ottenuti risultati del lavoro.

CAPITOLO 3: RISULTATI

Sintesi degli studi e i relativi risultati con lo scopo di prevenire, attraverso le diverse tecniche, la violenza e le aggressioni contro gli infermieri dei dipartimenti di emergenza/urgenza.

AUTORE TITOLO ANNO	TITOLO	CAMPIONE ANALIZZATO	RISULTATI
Parker "A call for behavioral emergency response teams in inpatient hospital settings" 2020	Simulazione effettuata attraverso tecniche di de-escalation, approccio empatico e lavoro di squadra tra operatori sanitari	Infermieri di pronto soccorso	È stata rilevata una diminuzione degli episodi di violenza in seguito all'utilizzo di tecniche di de-escalation, lavoro di squadra e un approccio empatico col paziente, che ha mostrato benefici in situazioni di alta tensione
Schuffenhauer "Violence against nursing staff in emergency departments" 2019	Interventi di trattamento, prevenzione, protezione implementati a livello ambientale come per esempio: buona illuminazione, segnali chiari, aree di attesa confortevoli, sistemi di allarme, messa in sicurezza di mobili utilizzabili come arma	105 infermieri del dipartimento di emergenza di sette ospedali tedeschi	Riduzione degli incidenti violenti e miglioramento della sicurezza del personale attraverso tecniche di prevenzione, protezione e trattamento

Gillespie "Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events" 2014	Formazione del personale per prevenire episodi di violenza, come per esempio l'attuazione di segnaletica, videosorveglianza e screening per il rischio di violenza	infermieri del dipartimento di emergenza	Tasso di aggressione diminuito nel tempo attraverso l'utilizzo di politiche e procedure, con la formazione l'istruzione per la prevenzione delle aggressioni
Cowling "Managing acute behavioural disturbance in an emergency department using a behavioural assessment room. Australian Health Review" 2007	Utilizzo di una scala di valutazione comportamentale specializzata (sistema BAR)	Personale sanitario del dipartimento di emergenza	98,5% ha creduto che il BAR (scala di valutazione comportamentale e specializzata) abbia creato un ambiente più sicuro; l'86,5% di tutti gli intervistati ha riferito di sentirsi al sicuro; 74,5%; ha riferito che la politica BAR ha migliorato la gestione dei pazienti; il 63,6% ha notato una risposta più tempestiva alla gestione dei pazienti.
Frick et al. "Experiences of aggressive behavior in the emergency room after implementation of de-escalation training" 2018	Integrazione di 8 ore di formazione interna per l'insegnamento di tecniche di de-escalation	110 membri del personale del dipartimento di emergenza urgenza (92,3% infermieri)	Diminuzione e migliore gestione delle aggressioni con l'applicazione delle nuove competenze dopo la formazione, tra cui: rilevamento dei segnali di

			avvertimento, de-escalation verbale, tecniche di difesa e fuga, gestione del comportamento provocatorio
Bataille et al "Training in the management of violence in hospitals." 2013	Formazione con l'obiettivo di gestire una situazione di conflitto, insegnando le basi della psicologia del conflitto, gesti e posture di autodifesa	Dipendenti medici, paramedici e infermieri di pronto soccorso	Maggiore soddisfazione e sicurezza del personale di fronte a situazioni che potrebbero sfociare in violenza, con conseguente diminuzione degli episodi di aggressione
Wong "Coordinate a team response to behavioral emergencies in the emergency department" 2015	Integrazione e potenziamento del curriculum intraprofessionale attraverso lezioni di 30 minuti con due scenari di simulazioni e debriefing strutturato	106 membri del pronto soccorso (infermieri)	Attraverso l'insegnamento di tecniche di de-escalation, autodifesa, applicazione di restrizioni fisiche e l'utilizzo di farmaci si è visto un miglioramento nell'atteggiamento degli infermieri nei confronti dei fattori di aggressione dei pazienti

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

Questa revisione narrativa fornisce una panoramica della ricerca attuale sugli interventi di prevenzione della violenza sul posto di lavoro nei dipartimenti di emergenza/urgenza ospedalieri.

I risultati hanno rivelato che gli studi inclusi hanno mostrato per lo più un impatto positivo degli interventi comportamentali e multidimensionali sulla riduzione degli incidenti violenti da parte dei pazienti verso il personale di pronto soccorso o sulla preparazione degli operatori sanitari ad affrontare situazioni violente, anche se le prove sono ancora scarse.

Nel suo studio Parker ha rilevato una diminuzione degli episodi di violenza e aggressione in seguito all'utilizzo, da parte degli infermieri, di tecniche di de-escalation, attraverso un lavoro di squadra tra i vari operatori sanitari all'interno del pronto soccorso e adottando un approccio empatico con il paziente, in modo da instaurare un rapporto di fiducia; tutte queste tecniche hanno mostrato benefici nelle situazioni di alta tensione.

In un sondaggio sul personale infermieristico nei dipartimenti di emergenza Schuffenhauer ha evidenziato che la maggioranza non è ben preparata a gestire gli episodi di violenza sul posto di lavoro. A tal proposito sono stati proposti interventi di prevenzione protezione e trattamento: gli approcci di trattamento mirano a ridurre l'impatto negativo degli incidenti violenti, quelli di prevenzione e protezione puntano in modo proattivo a ridurre il rischio di violenza o a migliorare la gestione degli incidenti violenti, questi ultimi due possono essere implementati a livello ambientale, organizzativo e/o comportamentale.

Secondo le linee guida sulla prevenzione della violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario, i cambiamenti ambientali potrebbero essere attuati sotto forma di accesso controllato, buona illuminazione, segnali chiari, aree di attesa confortevoli, sistemi di allarme, telecamere di sorveglianza e la rimozione o la messa in sicurezza di mobili utilizzabili come oggetto di arma.

A livello organizzativo, si raccomanda inoltre di garantire che il personale sia sufficiente e adeguato, di evitare che lavori da solo, di far circolare le informazioni sui pazienti, di praticare la comunicazione aperta e di migliorare le pratiche di lavoro.

Gillespie ha esaminato gli effetti di un programma che includeva procedure dettagliate per identificare i rischi ambientali e attuare cambiamenti specifici, la formulazione di

politiche, procedure di best-practice e la formazione per la prevenzione e la gestione della violenza. Le componenti più importanti del programma sono: la sorveglianza da parte del personale di sicurezza, il monitoraggio dei pazienti, la formazione e i cambiamenti ambientali attraverso l'attuazione di segnaletica e videosorveglianza. Si è vista una notevole diminuzione dell'incidenza di aggressioni fisiche e minacce contro gli infermieri.

Un altro metodo per gestire situazioni violente è stato studiato da Cowling, il quale ha idealizzato l'utilizzo di una scala di valutazione comportamentale specializzata (BAR). Attraverso l'utilizzo di questa scala la maggior parte del personale ha affermato di sentirsi in un ambiente più sicuro e di avere una migliore gestione del paziente.

Nel suo studio Frick ha valutato un programma di formazione di de-escalation di tre giorni per affrontare i comportamenti provocatori. Al termine della formazione ha notato una diminuzione e un miglioramento nella gestione delle aggressioni grazie all'applicazione delle nuove competenze acquisite tra cui: rilevamento di segnali di avvertimento, de-escalation verbale, tecniche di difesa e fuga e infine gestione del comportamento provocatorio.

Bataille et al. ha implementato la formazione con l'obiettivo principale di gestire situazioni di conflitto, insegnando le basi della psicologia del conflitto, gesti e posture di autodifesa. La formazione è stata soddisfacente e chiara per tutti i componenti e ha portato a una maggiore sicurezza del personale di fronte a situazioni di violenza e a una diminuzione degli episodi di aggressione contro il personale.

Wong et al. ha sviluppato un curriculum interprofessionale che include simulazioni case-based che incorporavano tecniche di de-escalation e autodifesa, approcci basati sul team, l'applicazione di restrizioni fisiche e l'utilizzo di farmaci. C'è stato un miglioramento nell'atteggiamento dei partecipanti nei confronti dei fattori di aggressione del paziente.

È necessario incrementare gli studi in merito al fenomeno per approfondire ulteriormente i fattori di rischio e le conseguenze della violenza sulla salute e sul benessere degli operatori sanitari, individuando le forme di prevenzione e di intervento precoce nei confronti delle vittime.

In conclusione, questa revisione rileva la necessità di attuare misure di prevenzione e strategie di supporto per le vittime di violenza, al fine di creare un ambiente sicuro, sia per il personale che per i pazienti nei dipartimenti di emergenza. Al riguardo, un

programma di formazione sarebbe utile per migliorare le strategie di comunicazione degli operatori con i pazienti “difficili”, per ridurre il rischio, migliorare l’assistenza per i cittadini e le capacità di rapporto con i familiari e gli accompagnatori.

La formazione deve focalizzarsi sull’ identificazione precoce e sulla gestione della violenza attraverso le tecniche di de-escalation, usando la sedazione o la contenzione soltanto quando tutte le altre strategie sono fallite.

La Comunicazione Empatica permette di riconoscere il dolore, la preoccupazione, la paura o la disperazione e di creare una relazione con l’altro; la comunicazione ha lo scopo di ridurre la paura, la preoccupazione e gli errori cognitivi o distorsioni che intensificano tali vissuti; la de-escalation ha lo scopo di ridurre l’aggressività.

Sono però necessari ulteriori studi, che siano di alta qualità metodologica e che considerino in particolare gli interventi ambientali e organizzativi, poiché questi sono stati raramente trattati finora.

Questo sarebbe un contributo importante per promuovere l'introduzione di interventi di prevenzione della violenza sul posto di lavoro nei reparti di emergenza e aumentare la conoscenza dell'efficacia di misure specifiche.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

AbuAlRub, R. F., & Al-Asmar, A. H. (2011). Physical Violence in the Workplace Among Jordanian Hospital Nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 157–165.

AbuAlRub, R. F., & Al Khawaldeh, A. T. (2013). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1937–1947.

A Call for Behavioral Emergency Response Teams in Inpatient Hospital Settings. (2020). *AMA Journal of Ethics*, 22(11), E956-964.

ALBashtawy, M., & Aljezawi, M. (2016). Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *International Emergency Nursing*, 24, 61–65.

ALBashtawy M, Aljezawi M. (2016) Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: a national survey. *Int Emerg Nurs*. 61-65.

American Nurses Association. (2019) Reporting incidents of workplace violence
<https://www.nursingworld.org/globalassets/practiceandpolicy/work-environment/endnurseabuse/endabuse-issue-brief-final.pdf>

Amministrazione per la sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA). (2016) *Linee guida per la prevenzione della violenza sul posto di lavoro per gli operatori sanitari e dei servizi sociali*;

Anderson L, FitzGerald M, Luck L. (2010) An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. 19(17–18) 20–30.

Andrade, C. (2007). Rapid tranquillisation in emergency psychiatric settings. *BMJ*, 335(7625), 835–836.

Bataille, B., Mora, M., Blasquez, S., Pierre-Etienne Moussot, Silva, S., & Pierre-Henri Cocquet. (2013). Formation à la gestion des situations violentes en contexte hospitalier. *Annales Francaises D Anesthesie et de Reanimation*, 32(3), 165–169.

Battaglia, J. (2005). Pharmacological Management of Acute Agitation. *Drugs*, 65(9), 1207–1222

Brunetti, L., & Bambi, S. (2013). Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 66(2).

Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI) - Current and Revised Data. (2018, December 18). Bls.gov. <https://www.bls.gov/iif/oshcfoi1.htm>

Cowling, S. A., McKeon, M. A., & Weiland, T. J. (2007). Managing acute behavioural disturbance in an emergency department using a behavioural assessment room. *Australian Health Review*, 31(2), 296.

D'Ettoire, G., Caroli, A., Pellicani, V., & Ceccarelli, G. (2020). Preliminary risk assessment of workplace violence in hospital emergency departments. *Annali Di Igiene : Medicina Preventiva E Di Comunità*,

D'ettorre, G., Caroli, A., Pellicani, V., & Ceccarelli, G. (2020). Preliminary risk assessment of workplace violence in hospital emergency departments. *Ann Ig*, 32(2), 99–108.

Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778–787.

Frick, J., Slagman, A., Möckel, M., Searle, J., Stemmler, F., Joachim, R., & Lindner, T. (2017). Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. *Notfall & Rettungsmedizin, 21*(5), 349–356.

Garrido Viñado, E., Lizano-Díez, I., Roset Arissó, P. N., Villagrán Moreno, J. M., & Mur de Viu Bernad, C. (2015). El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica, 22*(1), 12–16.

Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vázquez, G., Baldaçara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E. W., Fagiolini, A., Möller, H. J., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., & Hidalgo-Mazzei, D. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry, 17*(2), 86–128.

Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine, 31*(3), 331–337.

Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2012). Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work, 42*(1), 21–27.

Hankin, C. S., Bronstone, A., & Koran, L. M. (2011). Agitation in the Inpatient Psychiatric Setting. *Journal of Psychiatric Practice, 17*(3), 170–185.

Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. (n.d.). https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf

Kennedy, M. P. (2019). Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *The Medical Journal of Australia*, 183(7), 362–365.

Knott, J. C., Bennett, D., Rawet, J., & Taylor, D. M. (2005). Epidemiology of unarmed threats in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17(4), 351–358.

Marco, C. A., & Vaughan, J. (2005). Emergency management of agitation in schizophrenia. *The American Journal of Emergency Medicine*, 23(6), 767–776. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2005.02.050>

Morphet J, Griffiths D, Plummer V, et al. (2014) At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses.

Occupational Safety and Health Administration. (2021) Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service worker; <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>

Pacciardi B, Mauri M, Cargiolo C, Belli S, Cotugno B, Di Paolo L, et al. (2013) Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety? *Front Psychiatry Frontiers*.

Parker CB, Calhoun A, Wong AH, Davidson L, Dike C. *AMA J Ethics*. (2020) A call for behavioral emergency response teams in inpatient hospital settings.

Person-centred care | Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings | Guidance | NICE. (n.d.). [Www.nice.org.uk](https://www.nice.org.uk). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/Person-centred-care>

Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., & Ng, A. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25.

Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., & Ng, A. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25.

Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. (2012) Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med*. 13:17–25.

Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does Team Training Work? Principles for Health Care. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1002–1009.

Schuckit, M. A. (2014). Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109–2113.

Schuffenhauer, H. ; Güzel-Freudenstein, (2019) G. Violence against nursing staff in emergency departments. *ASU Arb. Soz. Umw.* 54, 386–393.

Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 218–228.

Stone, T. E., & Hazelton, M. (2008). An overview of swearing and its impact on mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 208–214. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00532.x>

University of Iowa Injury Prevention Research Center. *Workplace Violence – A Report to The Nation*. University of Iowa; 2001. [[Google Scholar](#)]

Use of Antipsychotics and/or Benzodiazepines as Rapid Tranquilization in In-Patients of Mental Facilities and Emergency Departments: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet], 2015

Wilson, M., Pepper, D., Currier, G., Holloman, G., & Feifel, D. (2012). The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26–34.

Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3–10.

Wiskow, C. *Linee guida sulla violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario - Confronto delle principali linee guida e strategie nazionali conosciute: Regno Unito*

Wong, A. H., Auerbach, M. A., Ruppel, H., Crispino, L. J., Rosenberg, A., Iennaco, J. D., & Vaca, F. E. (2018). Addressing Dual Patient and Staff Safety Through A Team-Based Standardized Patient Simulation for Agitation Management in the Emergency Department. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 13(3), 154–162.

Wong, A., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015). Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(6), 859–865.

Wright C, Price J, Cooper N, et al. (2014) Staff wellbeing. The anatomy of violence. *Health Serv J*. 124(6397):28–30.

Zeller, S. L., & Rhoades, R. W. (2010). Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clinical Therapeutics*, 32(3), 403–425.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio relatore, il Dottore Claudio Grillo, e la mia correlatrice la Dottoressa Martina Michelini, per avermi seguita passo per passo in questo ultimo periodo rendendolo più leggero e meno stressante.

Ai miei genitori, che mi hanno sostenuta da sempre, per aver creduto in me dandomi la forza di superare anche i momenti più difficili. Grazie per essermi stati sempre accanto e per tutte le opportunità che mi avete offerto, per non avermi mai fatto pesare nulla, anzi, eravate più felici voi dei miei traguardi più di quanto già lo fossi io. Non avete mai avuto dubbi sulle mie capacità fin da quando ero piccola e mi avete sempre incoraggiato a superare le sfide più difficili, non smetterò mai di ringraziarvi, vi voglio bene.

A mia nonna, Gaia, tutta la forza che ho l'ho acquisita grazie a te, ti ringrazio per avermi insegnato l'educazione e per essere stata più di una nonna.

Alle mie sorelle Vanessa e Susanna e mio fratello Andrea, sono fortunata ad avermi nella mia vita e anche se non sempre lo dimostro il bene che vi voglio è immenso, grazie per avermi sopportato e supportato in ogni momento di difficoltà.

A Michele, la mia persona, sei entrato nella mia vita in modo inaspettato e sei stata la cosa più bella che mi sia successa dopo un periodo buio e di tante difficoltà. Non smetterò mai di ringraziarti per essermi sempre vicino, anche se molto spesso non è semplice, per darmi la forza di superare tutte le mie insicurezze e per aver creduto sempre in me, per aiutarmi ogni giorno a superare le mie paranoie e le mie ansie. Con te ho imparato ad affrontare le cose con più leggerezza dando importanza a ciò che davvero la merita, mi hai insegnato molto in così poco tempo e spero che continuerai a farlo. Grazie davvero per tutto quello che fai per me, sono grata di averti al mio fianco.

A Betta, in questi anni sei diventata sempre più importante, grazie per essere stata la spalla su cui piangere e la prima persona su cui poter contare per qualsiasi cosa. Mi

hai sostenuta ogni giorno, incoraggiata ad affrontare le mie paure e oltrepassarle. Ti voglio un mondo di bene.

Alla mia terza sorella acquisita, Giana, siamo cresciute insieme in questi ultimi otto anni e nonostante abbiamo preso strade differenti la nostra amicizia non è mai venuta a meno, anzi si è fortificata. Ti ringrazio per tutto il bene che mi hai fatto e continui tuttora a farmi, per darmi sempre un motivo per sorridere.

Alle mie migliori amiche Rebecca, Giusy e Giulia senza di voi tutto sarebbe noioso, avete portato allegria nelle mie giornate, vi ringrazio per tutto quello che avete fatto per me in questi anni, per i bellissimi momenti passati insieme. Vi voglio bene.

Alle mie compagne di avventure, Barbara ed Elena, con le quali ho condiviso ansie, paure, pianti e tante risate in questi tre meravigliosi anni. Avete reso questo percorso ancora più bello e soprattutto meno faticoso. Grazie per l'aiuto che mi avete dato e per essere le migliori future colleghe che si possano avere.

A Valeria, con la tua pazzia e spensieratezza mi hai insegnato ad affrontare la vita in modo migliore, mi hai sempre dato un motivo per sorridere. Grazie per avermi aiutato e per i consigli dati, non smettere mai di splendere, ti voglio un bene dell'anima.

A Gaia, con te c'è stato subito feeling, grazie per tutte le volte in cui avevo perso la speranza e tu eri lì per farmela riprendere e andare avanti più forte di prima. Sei parte essenziale di me.

Ringrazio tutti coloro che fanno parte della mia vita, a chi è rimasto e chi invece ha deciso di andarsene. Grazie ai miei compagni con cui ho condiviso tutto in questi ultimi tre anni.

Ultimo ma non meno importante, vorrei ringraziare me stessa. Voglio ringraziarmi per aver creduto in me. Voglio ringraziarmi per aver fatto tutto questo duro lavoro.

Voglio ringraziarmi per non aver mai smesso di credere in me stessa e per aver raggiunto il mio obiettivo.