



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE  
MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Infermieristica Pesaro

**Gestione Infermieristica  
dell'agitazione psicomotoria nel  
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e  
Cura**

Relatore: Dott.ssa  
**Beatrice Marchionni**

Tesi di Laurea di:  
**Alberto Pasquali**

A.A. 2018/2019

# **GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

INDICE	
PREMESSA	2
INTRODUZIONE	4
<b>CAPITOLO 1: AGITAZIONE PSICOMOTORIA</b>	<b>5</b>
1.1 PRINCIPALI CAUSE NON PSICHIATRICHE	9
1.2 CAUSE PSICHIATRICHE	16
1.3 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	27
<b>CAPITOLO 2: L'AGGRESSIVITÀ</b>	<b>30</b>
2.1 LE ORIGINI DELL' AGGRESSIVITÀ	31
2.2 LE FASI DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO.	39
<b>CAPITOLO 3: INTERVENTI ASSISTENZIALI</b>	<b>42</b>
3.1 LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI	42
3.2 TECNICHE DI DE-ESCALATION	46
3.3 INTERVENTI FARMACOLOGICI	52
3.4 INTERVENTI ALLA FAMIGLIA	54
<b>CAPITOLO 4: LA CONTENZIONE</b>	<b>56</b>
4.1 NATURA DELLA CONTENZIONE	63
4.2 ASPETTI MEDICO LEGALI	66
4.3 ASPETTI DEONTOLOGICI	68
CONCLUSIONI	71
BIBLIOGRAFIA	72

## **PREMESSA**

L'agitazione psicomotoria è, secondo il significato corrente, una forte inquietudine, uno stato di tensione interiore che si manifesta anche nella componente motoria, con atteggiamenti ripetitivi che non hanno un apparente scopo. Tutti gli individui nell'arco della loro esistenza hanno sperimentato o sperimenteranno uno stato di agitazione, causato dalle più disparate cause: emotive, psicologiche, ambientali, biologiche, sociali, organiche, ecc. L'infermiere quindi nello svolgimento della sua professione si trova spesso a dover gestire persone che si trovano in uno stato di agitazione psicomotoria e non solo in setting di cura specifici, quali le strutture del Dipartimento di Salute Mentale ma trasversalmente tutte le strutture sanitarie: dagli ambulatori al domicilio alle residenzialità o alle semiresidenzialità. La gestione dell'agitazione psicomotoria rappresenta un argomento vasto e molto complesso, così come vaste e complesse sono le cause a cui essa fa riferimento.

In effetti, il quadro stesso dell'agitazione psicomotoria racchiude in sé una grande varietà di aspetti clinici e molteplici sono le cause che la determinano. Tale complessità, tuttavia, rende anche ragione dell'interesse che questa sindrome suscita trasversalmente a varie discipline sanitarie e sociali.

Ciò che è importante, è riconoscere quando l'agitazione psicomotoria può sfociare in comportamenti aggressivi autodiretti o eterodiretti e cercare di prevenirli o evitarli. E' per questo che l'agitazione psicomotoria rappresenta un'emergenza sanitaria perché se non correttamente gestita e controllata fino dall'esordio, può esporre a rischi chi ne è interessato, i sanitari e le persone circostanti; i fatti di cronaca correnti ne sono a testimonianza.

Sicuramente il Dipartimento di Salute mentale e le sue strutture in particolare il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura rappresenta uno dei luoghi ove maggiormente è richiesto al personale sanitario tutto, in un lavoro in team, la competenza di gestire adeguatamente l'agitazione psicomotoria. Ed è responsabilità di tutta l'equipe sanitaria rispondere

adeguatamente alla persona che si affida alla struttura per risolvere proprio quelle cause che spingono all'agitazione e all'aggressività, in un delicato equilibrio di tutela della persona assistita, tutela della propria incolumità, diritto alla salute, dovere di assistenza ed etica deontologica. Competenze che comunque devono essere possedute trasversalmente da ogni professionista sanitario.

## **INTRODUZIONE**

Nella mia tesi sulla gestione infermieristica dell'agitazione psicomotoria nelle strutture del Dipartimento di Salute Mentale e in particolare nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, prima di tutto ho cercato di definire che cosa è l'agitazione psicomotoria descrivendo le cause che la possono determinare e i luoghi dove generalmente questa si va a manifestare più frequentemente.

Ho poi correlato il concetto di agitazione psicomotoria alla sua evoluzione, se non adeguatamente trattata, nell' aggressività e violenza descrivendo i vari tipi di aggressività e violenza, i fattori scatenanti e le fasi del comportamento aggressivo.

Successivamente ho parlato dei vari interventi assistenziali che si possono mettere in atto per ridurre l'agitazione psicomotoria, focalizzandomi in particolar modo sulle tecniche di de-escalation. Ho preso in considerazione anche le terapie farmacologiche di contenzione e la contenzione fisica, soffermandomi sulla gestione infermieristica del paziente con agitazione psicomotoria.

## 1 CAPITOLO: AGITAZIONE PSICOMOTORIA

Molto variabile è la definizione di agitazione psicomotoria.

Per esempio, mentre in Europa la definizione più comune di agitazione psicomotoria è quella di *“stato di irrequietezza motoria associato a tensione mentale”* (Battaglia,2005), negli Stati Uniti essa viene definita come *“una condizione in cui il paziente mostra un’attività verbale e/o motoria eccessiva”* (Lidenmayer, 2000).

E’ facile notare come quest’ultima definizione includa un numero più ampio di possibili manifestazioni.

Infatti, in essa si specifica che, per poter parlare di agitazione, l’eccesso di attività non debba essere contemporaneamente presente sia sul piano verbale che su quello motorio.

Al contrario, si può considerare agitata anche la persona che presenta un’attivazione solo sul piano verbale o solo sul piano motorio.

Secondo la definizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali - DSM 5, l'agitazione psicomotoria consiste in un'«*eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna. L'attività è generalmente improduttiva e ripetitiva ed è caratterizzata da comportamenti stereotipati come camminare, dimenarsi, sfregarsi le mani, tirare i vestiti e dall'incapacità di rimanere fermi*».

I sintomi caratteristici dell'agitazione psicomotoria possono comprendere:

- Irrequietezza motoria;
- Iper-reattività agli stimoli esterni;
- Irritabilità;
- Attività motoria stereotipata e priva di scopo;
- Riduzione del bisogno/capacità di dormire;
- Instabilità/fluttuazioni delle manifestazioni.

Il decorso dell’agitazione psicomotoria può essere rappresentata da una curva a forma di “S” in un grafico che mostri orizzontalmente il tempo dall’insorgenza e verticalmente l’intensità dell’agitazione: via via che si

procede nel tempo, l'intensità dell'agitazione (che generalmente insorge con una tensione lieve) va incontro a un rapido inasprimento che può condurre a uno stato di agitazione psicomotoria grave e disfunzionale (Allen et al., 2001).

Questo tipo di andamento che evolve dalla calma oppositività alla franca ostilità richiede, a parere degli esperti, un intervento precoce che limiti la sua naturale tendenza a precipitare in quadri sempre più gravi.

Per stabilire il livello di agitazione psicomotoria è possibile avvalersi di diverse scale di valutazione. Tra queste, una molto semplice, applicabile anche da parte di personale sanitario privo di esperienza in ambito psichiatrico o in contesti d'emergenza e che non richiede la collaborazione del paziente è la **scala di valutazione BARS** (*Behavioural Activity Rating Scale*), basata sull'osservazione di alcune manifestazioni psicofisiche e comportamentali (*Tabella - Scala di valutazione BARS*)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> **Fonte:** Nordstrom K et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med*, 2012;13(1):3-10.

**Tabella - Scala di valutazione BARS**

<b>Punteggio</b>	<b>Stato del paziente</b>
<b>1</b>	Difficoltà o incapacità di svegliarsi.
<b>2</b>	Addormentato, ma con normale risposta a stimoli verbali o al contatto.
<b>3</b>	Sonnolento, apparentemente sedato.
<b>4</b>	Sveglio e tranquillo (livello di attività normale).
<b>5</b>	Segni di eccitazione psicomotoria, controllabili con l'interazione verbale.
<b>6</b>	Segni di franca agitazione psicomotoria tali da richiedere un intervento medico, ma non la contenzione fisica.
<b>7</b>	Aggressivo e violento, al punto da richiedere la contenzione fisica.

Le persone con punteggio BARS 1 devono essere inviati in un Pronto soccorso per effettuare opportuni accertamenti. Le persone con punteggio BARS 2, 3 o 7 devono essere immediatamente trasferiti in strutture in grado di gestire l'emergenza psichiatrica. Le persone con



punteggio BARS 5 o 6, in molti casi, possono essere calmati con l'interazione verbale, preferibilmente attuata da personale sanitario preparato per gestire situazioni di questo tipo. Di fronte a una persona con agitazione psicomotoria, è fondamentale valutare con la maggiore accuratezza possibile lo stato clinico e psichiatrico attuale e pregresso del paziente, verificare le terapie farmacologiche e/o le altre sostanze assunte di recente e in passato (anche con test tossicologici), indagare la presenza di possibili allergie o intolleranze a farmaci, esaminare i segni e i parametri vitali fondamentali attraverso l'esame obiettivo e test di laboratorio/strumentali, da definire in relazione al caso specifico. Alcuni elementi devono indurre a ritenere più probabile un'origine medica (patologia/alterazione organica) dell'agitazione psicomotoria. In particolare:

- l'età > 45 anni;
- l'assenza di diagnosi patologie psichiatriche;
- l'anamnesi familiare negativa per patologie psichiatriche;
- la presenza di sintomi visivi, uditivi, tattili anomali (scotomi, acufeni, parestesie ecc.);
- il riscontro di confusione mentale,
- difficoltà di linguaggio e/o disorientamento;
- storia o segni di traumi cranici;
- presenza o anamnesi positiva per specifiche condizioni mediche organiche;
- insorgenza improvvisa e apparentemente immotivata dell'agitazione psicomotoria.

D'altro canto, va ricordato che la presenza di una diagnosi psichiatrica, non esclude che a determinare l'episodio di agitazione psicomotoria sia una problematica medica acuta di nuova insorgenza. Anche un paziente

affetto da un disturbo psichiatrico va, quindi, valutato attentamente anche sul piano organico.

Le cause che possono portare ad agitazione psicomotoria sono diverse e le possiamo classificare in due macroaree: non psichiatriche (malattie di natura medica, intossicazioni o astinenza da farmaci, uso e abuso di sostanze) o psichiatriche (Disturbi psicotici, Disturbi di Personalità, Doppia diagnosi)

### **1.1 PRINCIPALI CAUSE NON PSICHIATRICHE**

Tra le principali malattie organiche che possono determinare stati di agitazione psicomotoria vanno ricordate:

- demenze,
- encefalopatie di varia natura,
- ictus,
- alterazioni della vascolarizzazione cerebrale,
- infezioni,
- epilessia,
- patologie epatiche,
- neoplasie cerebrali,
- tumore del pancreas,
- malattia di Cushing,
- malattia di Parkinson,
- malattie autoimmuni,
- alterazioni dell'attività della tiroide e malattie endocrine,
- traumi cranici,
- cheto acidosi,
- ipossia,
- ipoglicemia.

Tutte queste problematiche in base al DSM-IV TR possono portare a disturbi di natura psicotica, a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e a disturbo catatonico.

Il disturbo psicotico può essere correlato a neoplasie, patologie cerebrovascolari, epilessia, malattia di Huntington, infezioni del SNC oppure a ipo o ipertiroidismo o a ipossia, ipercapnia. Il disturbo dell'umore può essere correlato a morbo di Parkinson, deficit vitaminici e ad ipo- ipertiroidismo. Il disturbo d'ansia può essere correlato a neoplasie, encefaliti, ipoglicemia, embolia polmonare; il disturbo catatonico può essere correlato ad trauma cranico, ipercalcemia e cheto acidosi diabetica.

Tra i principali farmaci che invece possono provocare agitazione psicomotoria abbiamo:

- antibiotici,
- gli antiemetici,
- antipsicotici,
- antistaminici
- antidepressivi
- cortisone.

Come già avevamo accennato precedentemente tra le possibili cause di natura medica e non psicologica che possono provocare agitazione psicomotoria abbiamo l'uso e l'abuso di sostanze.

I disturbi da uso di sostanze sono molto frequenti e costituiscono un grave problema in termine di salute pubblica , per i rilevanti costi sociali dovuti all'attività di prevenzione e di trattamento oltre che per detenzione e sono spesso una delle cause più frequenti di agitazione psicomotoria.

Le sostanze utilizzate più diffusamente dai soggetti affetti da questo disturbo sono:

- alcool,
- cannabinoidi,
- cocaina,
- oppiacei,

- psicostimolanti sintetici,
- allucinogeni,
- inalanti,
- nicotina
- caffeina.

Nonostante molte persone siano in grado di controllare il proprio uso di sostanze, il rischio di una dipendenza è elevato; in media il 15% di coloro che fanno uso abituale di una sostanza ne diviene dipendente , tanto da non riuscire più a farne a meno.

Il rischio di indurre dipendenza varia per ciascuna sostanza; per l'alcool e la nicotina la percentuale è rappresentata dal 10-30% mentre per l'eroina e crack del 50-60%.

Da un punto di vista epidemiologico, l'uso di sostanze varia in base all'età, sesso, razza e livello socioeconomico.

In Italia l'alcool sembra costituire la sostanza più diffusa, soprattutto tra i giovani e tra coloro che fanno uso di sostanze psicostimolanti con percentuali pari al 55,9 % della popolazione.

Le sostanze di abuso legali (caffeine, nicotina e alcool) e illegali (sostanze stupefacenti) hanno la proprietà di modificare il comportamento dell'individuo attraverso un azione sui sistemi cerebrali della gratificazione andando a mettere in atto condizioni artificiali di euforia.

Sebbene l'esposizione ripetuta alla sostanza sia un elemento necessario e sufficiente allo sviluppo di una tossicomania, le dinamiche di una tossicodipendenza non possono essere considerate monofattoriali.

I fattori di rischio che possono determinare lo sviluppo della tossicodipendenza sono molteplici; tra i tanti è emerso che c'è maggiore rischio di sviluppare nel 70% dei casi dipendenza da eroina tra gemelli monozigoti separati dalla nascita , nel 60% per i consumatori di cannabis.

Una altro elemento importante all'abuso e alla dipendenza da sostanze è costituito dalla presenza di disturbi mentali.

Tra gli elementi correlati all'uso di sostanze, i fattori socioculturali rivestono un ruolo importante.

La presenza tra i giovani di comportamenti che prevedano l'uso di sostanze come una normale consuetudine rappresenta un importante fattore di rischio di abuso negli adolescenti.

Il DSM-IV TR distingue due gruppi principali di disturbi correlati a sostanze: I disturbi da uso di sostanze (dipendenza da sostanze e abuso di sostanze) e i disturbi indotti da sostanze (intossicazione da sostanze, astinenza da sostanze, delirium indotto da sostanze, demenza indotta da sostanze ecc).

La dipendenza da sostanze è un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici indicativi che il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante la presenza di problemi significativi correlati a questa.

La diagnosi di dipendenza da sostanze necessita di una storia dettagliata, raccolta dal soggetto e, tutte le volte che sia possibile, anche da fonti supplementari di informazione( per es, documenti medici , il coniuge, un parente o un amico stretto).

Inoltre, possono risultare utili i reperti dell'esame fisico e gli esami di laboratorio.

La via di somministrazione di una sostanza è un fattore importante nel determinare i suoi effetti perché per esempio nella via endovenosa, la velocità di assorbimento è più rapido e quindi questo tende a provocare una intossicazione più intensa e facilita una modalità di assunzione della sostanza a dosi crescenti.

L'abuso di sostanze è una modalità patologica d'uso di una sostanza.

Perché venga soddisfatto un criterio dell'abuso, il problema correlato alla sostanza deve essersi verificato ripetutamente nello stesso periodo di 12 mesi oppure essere persistente.

I criteri per l'abuso non includono tolleranza, astinenza o una modalità d'uso compulsivo, ma includono le conseguenze dannose dell'uso ripetuto.

Per quanto riguarda l'intossicazione, la caratteristica essenziale è lo sviluppo di un quadro clinico reversibile dovuto all'ingestione recente o

all'uso di una specifica sostanza che può portare ad aggressività, labilità dell'umore, deficit cognitivo, compromissione della capacità critica dovute agli effetti fisiologici diretti della sostanza sul sistema nervoso centrale.

L'intossicazione da sostanze è spesso associata ad abuso o dipendenza.

La caratteristica essenziale dell'astinenza da sostanze è lo sviluppo di modificazioni di tipo comportamentale, cognitivo e fisiologico legate alla cessazione o alla riduzione dell'assunzione prolungata della sostanza.

L'astinenza è di solito, ma non sempre associata a dipendenza.

La maggior parte dei soggetti con astinenza prova un bisogno intenso di risomministrarsi la sostanza per attenuare i sintomi.

Le sostanze che più frequentemente inducono astinenza sono l'alcool, le amfetamine e altre sostanze correlate, la cocaina, la nicotina, gli oppiacei e i farmaci ansiolitici.

L'astinenza si sviluppa quando le dosi sono ridotte o sospese.

La dipendenza, l'abuso, l'intossicazione e l'astinenza da sostanze spesso implicano l'uso simultaneo di diverse sostanze, esempio soggetti che assumono cocaina molto frequentemente fanno uso anche di alcool per contrastare l'ansia indotta dalla cocaina così come soggetti con dipendenza da oppiacei o cannabinoidi fanno uso dell'alcool.

In riguardo a quello sopra scritto precedentemente, quando si è parlato della classificazione delle possibili sostanze che possono provocare agitazione psicomotoria, c'è da dire che ognuna di queste sostanze può portare ad una sintomatologia diversa.

Nell'alcool in dosi elevate si osserva un eccitamento psichico e motorio con euforia, autocontrollo e vigilanza allentati, manifestazioni di aggressività.

A seguire vi è vomito, alito acetoneo; l'abuso persistente, accanto a queste manifestazioni può portare a tremori, allucinazioni alcoliche.

L'uso di oppiacei (eroina) va a stimolare i recettori oppioidi di tipo Mu provocando segni e sintomi come stipsi, pallore, tremore e ipotensione.

La sintomatologia dell'overdose da oppiacei si caratterizza per uno stato comatoso con miosi pupillare e depressione respiratoria.

L'uso della cocaina determina ipertensione, midriasi, tremori, tachicardia, vasocostrizione.

Se usata in maniera continuativa può dare difficoltà a concentrarsi, insonnia e ideazione suicidaria.

Gli effetti che si hanno all'assunzione sono sudorazione, ritenzione urinaria e intestinale, contrazioni muscolari e ipertensione.

La psiche è vigile, l'attività motoria è accelerata così come i pensieri e l'eloquio è rapido.

L'assunzione cronica generalmente può essere la causa di disturbi psicotici, disturbi di personalità.

Con il protrarsi dell'assunzione la sensazione euforica diventa sempre più breve e meno intensa fino alla scomparsa.

Un'assunzione di cocaina a dosi elevate può portare ad uno stato marcato di ansia, pensieri accelerati e comportamenti aggressivi.

La cannabis da dipendenza fisica e psichica e i principali sintomi che si manifestano sono alterazioni della percezione temporo-spaziale, tendenza al riso immotivato, tachicardia ed ipotensione.

Gli allucinogeni sono sostanze insidiose ed attraenti perché non danno né dipendenza fisica né sindromi astinenziali.

Tra i più frequenti abbiamo: LSD, Messalina, Ecstasy.

Sono sostanze che però provocano un elevato rischio di dipendenza psichica, crisi di panico con ideazioni suicidarie.

Gli effetti post-assunzione variano e comprendono ansia, euforia e illusioni.

Le anfetamine sono utilizzate come stimolanti ed anoressizzanti, se assunte a elevati dosaggi possono dare un eccitamento iperattivo con sensazione di resistenza alla fatica.

I tranquillanti sono farmaci a funzione ansiolitica e portano generalmente a dipendenza psichica e fisica per la loro efficacia e per la possibilità che il soggetto attribuisca il suo miglioramento esclusivamente alla sostanza stessa.

Abbiamo precedente detto che l'utilizzo di sostanze d'abuso rientra ampiamente tra gli elementi scatenanti condotte aggressive e violente. Analizziamo allora più in dettaglio questo tema.

I segni clinici di una intossicazione comprendono: disartria, incoordinazione ed instabilità dell'andatura, nistagmo, dilatazione delle pupille (nel caso di anfetamine, cocaina e allucinogeni), sudorazione, tachicardia.

La relazione tra abuso di sostanze (alcol, droghe, ecc) e comportamento violento è condizionata da numerose e complesse dinamiche alcune strettamente organiche altre legate ad elementi socioculturali.

In particolare, per quanto riguarda l'alcol, l'intossicazione può portare a comportamento violento come risultato soprattutto nella fase iniziale, della disinibizione associata alla labilità emotiva ed alla diminuita capacità di critica e portare ad agitazione psicomotoria.

Inoltre per quanto riguarda l'alcol un comportamento violento associato ad agitazione psicomotoria lo possiamo avere anche nel caso di introduzione di minime quantità della sostanza e nella sindrome di astinenza come risultato di una grave disorganizzazione del comportamento o in risposta ad allucinazioni minacciose.

La cocaina, introdotta per via nasale, inizialmente produce un effetto euforizzante ma un uso prolungato, per via endovenosa o inalatoria (fumata come crack), produce un viraggio dell'euforia in un sentimento di grandiosità, con agitazione psicomotoria, sospettosità e violenza.

Successivamente, l'uso prolungato trasforma la sospettosità in ideazione paranoidea (delirante) la quale può essere correlata con un comportamento violento.

L'astinenza da cocaina è più frequentemente associata ad una fase depressiva piuttosto che ad atteggiamenti aggressivi.

Un intenso e prolungato uso di anfetamine può produrre alterazioni del contenuto e della forma del pensiero e portare quindi ad agitazione psicomotoria.



La sindrome di astinenza da amfetamine è spesso associata a depressione ed insonnia, sebbene la presenza di agitazione psicomotoria ed ideazione paranoidea possono produrre un comportamento violento.

Gli allucinogeni quali LSD, DMT, Mescalina possono stimolare ideazione delirante, alterazioni della percezione (sentimenti di depersonalizzazione, illusioni ed allucinazioni ed ansia marcata).

Un comportamento violento che porta anche ad agitazione psicomotoria può essere correlato a questi sintomi e manifestarsi durante la fase di intossicazione; inoltre dopo un uso prolungato di allucinogeni, possono persistere elementi di psicopatologia residuale che possono associarsi a comportamenti violenti.

L'intossicazione da sostanze inalanti come colle, vernici può portare anche questa ad agitazione psicomotoria in quanto il tutto può portare alla diminuzione della capacità critica e ad comportamento violento.

## **1.2 CAUSE PSICHIATRICHE**

Tra le cause psichiatriche, l'agitazione psicomotoria può comparire occasionalmente soprattutto in persone affette da schizofrenia, disturbi bipolare in fase maniacale, disturbi d'ansia e di personalità, associandosi a perdita di senso della realtà (allucinazioni, pensieri deliranti ecc) e, in alcuni casi, a comportamenti aggressivi/violenti, specie se gestita in modo improprio all'esordio. Complessivamente, i comportamenti agitati rendono conto di circa il 5-10% di tutti gli interventi psichiatrici d'emergenza e contribuiscono ad aumentare lo stigma nei confronti delle malattie psichiatriche. Per quanto riguarda la schizofrenia è considerata la più grave e invalidante tra le malattie mentali per diverse ragioni; la precocità di esordio, la gravità sintomatologica e la frequente cronicizzazione e insorge per la prima volta tra i 20-25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne. La storia naturale della schizofrenia si articola in fasi sequenziali ed è caratterizzata da un periodo antecedente l'esordio sintomatologico conclamato, nel quale è possibile riconoscere una fase

prodromica, cui segue una fase precoce, una centrale e infine una fase tardiva della malattia. L'esordio della fase prodromica generalmente avviene in una fascia d'esordio compresa tra l'adolescenza e la prima giovinezza; è caratterizzata da segni e sintomi subclinici che si manifestano prima della malattia manifesta (cambiamenti nella sfera relazionale e sociale come l'isolamento correlato a uno scadimento delle performance scolastiche e lavorative dell'individuo. Nella fase precoce di malattia, si ha la comparsa di sintomi positivi (allucinazioni e deliri), sintomi negativi (povertà di eloquio, appiattimento affettivo) e sintomi di disabilità del funzionamento cognitivo e psicosociale (disturbi formali del pensiero, comportamenti bizzarri). Nella fase centrale della malattia si ha un peggioramento progressivo dei deficit cognitivi e funzionali dell'individuo. Nella fase tardiva, il decorso può stabilizzarsi così come i livelli di disabilità, oppure possono manifestarsi parziali miglioramenti tardivi. La causa della schizofrenia rimane sconosciuta in quanto a causa dell'eterogeneità del quadro clinico e sintomatico molto spiccato non esiste nessun singolo fattore eziologico che può spiegare interamente la malattia. Oggi si tende a ritenere l'eziologia della schizofrenia come multifattoriale, ossia un insieme eterogeneo non necessariamente uguale per tutti di elementi favorenti, scatenanti che determinano l'espressione della malattia. L'espressione della malattia dipende tanto dal soggetto quanto dal suo rapporto con l'ambiente, con la famiglia, con il mondo del lavoro, nonché dalle sue esperienze. Uno dei modelli eziopatogenetici molto utilizzati è il modello vulnerabilità-stress di Lieberman (modello epigenetico-evolutivo).<sup>2</sup> Secondo questo modello un individuo a causa dell'interazione tra i fattori biologici, psicosociali ed ambientali, può possedere una speciale vulnerabilità alla malattia in quanto questa quando viene attivata da un fattore stressante condurrebbe alla formazione dei sintomi psicotici.

Gli aspetti psicopatologici fondamentali della schizofrenia sono:

- autismo,

---

<sup>2</sup> State of Mind, il giornale delle scienze psicologiche)

- turbe della coscienza,
- disturbi percettivi,
- del pensiero (della forma e del contenuto),
- disturbi del linguaggio,
- dell'affettività
- dell'istintualità.

I disturbi formali del pensiero non sono specifici della schizofrenia in quanto possono essere riscontrati anche in altri disturbi psichiatrici (psicosi organiche e dell'umore); inoltre negli schizofrenici ci possono essere neologismi e cioè termini inesistenti per la maggioranza delle persone che condividono la stessa realtà culturale, creati e utilizzati dal paziente per esprimere in forma simbolica un contenuto ideativo( esempi di neologismi sono parole nuove ed incomprensibili, distorsioni di parole comunemente usate).

Inoltre in questi pazienti avviene in seguito alla malattia anche l'impoverimento del pensiero, il concetto di concretismo e la tangenzialità che consiste nelle cosiddette risposte di traverso.

Inoltre un altro aspetto importante che avviene negli schizofrenici è il delirio. Nella schizofrenia i deliri più frequenti sono: il delirio di persecuzione dove rientrano anche quelli di veneficio dove il soggetto si dice convinto di essere spiato, controllato, torturato con mezzi diversi che vanno dalla telepatia alla elettricità.

Altri deliri meno frequenti che si possono presentare nella schizofrenia sono: il delirio erotico, mistico, di grandezza, genealogico e somatico e di trasformazione corporea.

Altri segni che possono presentarsi in uno schizofrenico sono le allucinazioni che possono essere di tipo uditive, visive, cenestesiche, tattili, olfattive e gustative.

I disturbi dell'affettività nella schizofrenia comprendono l'appiattimento affettivo, l'ambivalenza e la perdita della progettualità.

La schizofrenia disorganizzata è la più frequente tra le varie forme; esordisce in età giovanile, nella maggior parte dei casi sotto i 20 anni; ha una prognosi relativamente negativa, si stabilisce in modo lento e progressivo e l'esordio è subdolo e insidioso.

Si caratterizza prevalentemente per la presenza di sintomi di tipo disorganizzato come le alterazioni formali del pensiero, l'incongruità affettiva.

I sintomi positivi si presentano soprattutto nelle fasi di riacutizzazione mentre i sintomi negativi sono più evidenti nei periodi intercritici.

I deliri sono frammentari e le allucinazioni povere di particolari e disorganizzate e il decorso è cronico.

La schizofrenia paranoide esordisce più tardivamente rispetto alle forme ebefreniche e inizia a manifestarsi molto spesso tra i 20 e i 35 anni. L'esordio può essere acuto oppure subdolo ed insidioso; ha una prognosi generalmente più favorevole in quanto risponde meglio sia ai trattamenti farmacologici che alla terapia elettroconvulsiva ed il deterioramento comportamentale è in genere minore che nella forma ebefrenica. In questa forma di schizofrenia prevalgono i deliri e le allucinazioni; i deliri si presentano come idee ben strutturate mentre le allucinazioni sono vivide, ricche di particolari e solitamente sono voci che sussurrano. In questa forma di schizofrenia i sintomi disorganizzati possono accompagnare i sintomi positivi soprattutto nella fasi più floride del disturbo. Il decorso è cronico con episodi di riacutizzazione.

Nella schizofrenia di tipo residuo sono presenti sintomi residui della malattia in assenza di deliri, allucinazioni, incoerenza.

La schizofrenia catatonica rispetto agli anni passati è molto meno frequente e tende a presentarsi generalmente in soggetti relativamente giovani, di sesso femminile e di livello socio-culturale piuttosto basso.

Può essere riscontrata con maggior frequenza in pazienti cronici ospedalizzati da lungo tempo. In questa forma prevale la riduzione completa o quasi completa della motilità spontanea che si appalesa dal punto di vista clinico con lo stupor, il mutacismo, il negativismo, la rigidità.

Nella schizofrenia indifferenziata predominano i deliri, le allucinazioni e il comportamento disorganizzato. Soprattutto nella fasi iniziali della malattia, esiste la possibilità che il paziente schizofrenico abbia comportamenti di agitazione psicomotoria e aggressivi in conseguenza del cambiamento psicotico che si sta compiendo in lui.

Spesso sono solo gli oggetti il bersaglio di tali comportamenti, ma non sono rare le aggressioni ai familiari, ai vicini e più raramente a persone estranee sempre in rapporto al contenuto del delirio.

Anche se i comportamenti aggressivi sono più frequenti nei pazienti schizofrenici rispetto ad altri pazienti con altri tipi di stress, va sottolineato che nella maggior parte dei casi i comportamenti aggressivi dello schizofrenico sono comportamenti difensivo-reattivi nei confronti dell'aggressività, dell'ostilità e del rifiuto da parte delle persone che lo circondano. Non a caso l'espressione dell'aggressività dello schizofrenico è prevalentemente confinata nell'ambito familiare e non a caso esse tende ad essere più alta in ambienti istituzionali chiusi (es vecchi ospedali psichiatrici) rispetto a strutture aperte caratterizzate da un livello di assistenza qualitativamente superiore.

Altre cause psichiatriche che possono portare ad agitazione psicomotoria sono i disturbi dell'umore. I disturbi dell'umore si distinguono in primari e secondari; quelli secondari fanno riferimento a quelle sindromi che possono accompagnare o complicare un quadro patologico di altro tipo (malattie organiche); i disturbi dell'umore primari comprendono i disturbi unipolari e bipolari.

La differenza tra queste due classificazioni consiste nel fatto che nei disturbi unipolari l'alterazione del tono dell'umore si verifica in un' unica direzione (depressione, mania) mentre nei disturbi bipolari , i due quadri psicopatologici (mania e depressione) si presentano associati, in un continuo alternarsi di episodi maniacali e depressivi, intervallati da periodi più o meno lunghi di normalità (normotimia).

Le caratteristiche cliniche degli episodi di innalzamento patologico del tono dell'umore permettono di distinguere i Disturbi Bipolari di tipo 1(con

episodi maniacali) e disturbi bipolari di tipo 2 (con episodi ipomaniacali). Da un lato, l'umore ipomaniacale si caratterizza per gaiezza, euforia, facilità alle relazioni interpersonali, aumento della produttività correlato a ridotta sensazione di stanchezza.

Diversamente le fasi maniacali sono connotate da un umore particolarmente euforico, da sentimenti di onnipotenza e di ottimismo eccessivo; il flusso delle idee risulta accelerato, così come l'iniziativa psicomotoria. I sentimenti di onnipotenza sovraccitati accompagnati da disinibizione comportamentale, determinano frequentemente comportamenti a rischio per tali soggetti in relazione a condotte pericolose per la propria e altrui incolumità. Tuttavia, la fase maniacale talora si caratterizza non per un tono dell'umore particolarmente euforico bensì disforico, ovvero da un senso costante di intolleranza, irritabilità e, spesso vera e propria aggressività.

A volte il passaggio da una fase depressiva a una maniacale/ipomaniacale è immediato anche se in alcuni casi intercorre un periodo di normotimia. L'età media di esordio del disturbo bipolare è di 20 anni sia per gli uomini sia per le donne e generalmente si caratterizza per un decorso cronico. L'alterazione del tono dell'umore è considerata patologica e quindi portare ad agitazione psicomotoria quando sono presenti i 4 criteri fondamentali diagnostici ed è associata ad un'alterazione biologica.

Questi 4 criteri diagnostici possono essere classificati in:

- Inadeguatezza della reazione affettiva agli eventi (ridere ad un funerale);
- Intensità dell'alterazione affettiva: numero e gravità dei sintomi presentati;
- Qualità dell'umore (a volte il paziente non si sente triste, ma si sente diverso come se avesse interrotto il suo continuum esistenziale)
- Compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Ciò è ipotizzabile in base alla risposta positiva alle terapie farmacologiche.

La maggior parte delle volte l'alterazione dell'umore è preceduta o contestuale ad eventi esistenziali importanti (negativi o positivi o cambiamenti di vita) che hanno comunque modificato la psiche del paziente o la sua percezione della realtà.

A seconda dei sintomi presenti si considerano diversi "cluster", cioè aspetti o ambiti di disturbo che portano ad agitazione psicomotoria. Questi hanno legami con fattori individuali (condizioni fisiche, età, carattere), sociali e culturali. Gli ambiti (cluster) principali sono:

- *Emotivo-affettivo*: il soggetto è triste, scoraggiato, abbattuto, si dispera, piange, si chiude in sé stesso e soffre; non sempre il paziente sa di essere malato, ma si sente come se avesse una "morte interiore"; è caratterizzato inoltre da anedonia (incapacità di provare piacere), che si nota soprattutto nelle circostanze che prima lo rendevano felice e indifferenza per ciò che accade intorno e per le persone che gli stanno vicino, che si nota anche nelle espressioni del volto e nella gestualità, con generale rallentamento e intorpidimento più frequente, ma non fondamentale sensazione di ansia; nei bambini si presenta con irritabilità più che tristezza.
- *Cognitivo-percettivo*: secondari al calo dell'umore si hanno disturbi cognitivi, delle prestazioni intellettuali, del pensiero, della memoria, della percezione sensoriale; il paziente si sente intontito e confuso; è caratterizzato da calo della concentrazione, anedonia, rallentamento del pensiero fino alla staticità caratteristica della depressione melanconica ("arresto temporale"), il paziente ha scarsa autostima, si sente inadeguato, incapace, inferiore agli altri, pensiero della morte sia come paura per problemi ipocondriaci, sia come tentativo di suicidio per smettere di soffrire, allucinazioni uditive, dello schema corporeo, gustative, olfattive, in minor numero visive; nelle depressioni psicotiche si hanno idee deliranti gravi di colpa, persecuzione, rovina economica.

- *Psicomotorio*: caratterizzato da rallentamento fisico oltre che del pensiero; il paziente è inetto, resta a letto tutto il giorno, non si interessa della sua igiene personale, non parla, ha caratteristiche catatoniche come sguardo fisso e rallentamento dell'attività mimico-gestuale e verbale (anche se la mimica resta fissa su un'espressione sofferente, a differenza del parkinsoniano che ha una mimica inespressiva); in alcuni casi si ha un atteggiamento di agitazione psicomotoria con movimenti senza pace portati dall'ansia e dall'insofferenza.
- *Somatovegetativo*: la depressione causa sintomatologia somatica con alterazione dell'appetito per perdita del piacere alimentare e calo del peso corporeo (in alcuni casi si ha iperfagia e aumento del peso), astenia, affaticabilità, pesantezza psicofisica e torpore, disregolazione del ciclo sonno-veglia con insonnia caratterizzata da addormentamento ritardato, risvegli multipli notturni, risveglio precoce al mattino con sensazione di cattivo riposo, calo della libido e dell'efficienza sessuale, sintomi cardiovascolari come oppressione toracica e cardiopalmo, sintomi gastrointestinali come dispepsia e stipsi, sintomi urogenitali come disuria.
- *Cronobiologico*: i sintomi si ripetono con decorso oscillatorio circadiano e stagionale, si hanno picchi depressori al mattino (dovuti ad insonnia) e riduzione della sofferenza verso sera.

Inoltre come cause psichiatriche giocano un ruolo importante nell'agitazione psicomotoria i disturbi dell'ansia che in base al DSM IV-TR si dividono in disturbo di panico con o senza agorafobia, agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico, fobia sociale, fobia specifica, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, disturbo acuto da stress, disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale, disturbo d'ansia indotto da sostanze e disturbo d'ansia non altrimenti specificato.



Tutte questi tipi di disturbi d'ansia portano il paziente a manifestare atteggiamenti di apprensione, paura, terrore ad affrontare situazioni sociali/prestazionali nelle quali il soggetto è esposto al possibile giudizio degli altri, inoltre nel caso di disturbi ossessivi compulsivi , il paziente presenta ossessioni o compulsioni che si presentano in modo ripetitivo e queste idee disturbano la persona che tenderà ad agitarsi più frequentemente.

Il disturbo post traumatico da stress rappresenta la conseguenza sul piano psichico dell'esposizione a un evento traumatico in cui il soggetto ha vissuto, assistito che porta a questa persona a rivivere persistentemente il fatto attraverso ricordi spiacevoli , pensieri intrusivi che provocano agitazione della persona.

Anche i disturbi di personalità possono determinare agitazione psicomotoria in quanto a seconda del tipo di disturbo di personalità il paziente può presentare atteggiamenti di aggressività.

La definizione riportata dell'OMS sulla personalità afferma che la stessa è una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale.

I disturbi di Personalità sono stati classificati, in accordo con il manuale diagnostico e statico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR), in tre categorie:

- Cluster A dei disturbi di personalità: Condotte di comportamento bizzarre o eccentriche  
Disturbo Paranoide di Personalità  
Disturbo Schizoide di Personalità  
Disturbo Schizotipico di Personalità

Questi disturbi condividono un significativo disagio negli ambienti sociali, ritiro sociale e pensiero distorto. Il paranoide pensa che gli altri lo danneggino, lo schizotipico pensa che gli altri non si curano o non apprezzano la sua unicità, lo schizoide che gli altri sono crudeli e rifiutanti.

- Cluster B dei disturbi di personalità: Condotte di comportamento drammatiche, emotive o disregolate.

Disturbo Borderline di Personalità

Disturbo Narcisistico di Personalità

Disturbo Istrionico di Personalità

Disturbo Antisociale di Personalità

Questi disturbi condividono difficoltà nel controllo degli impulsi e nella regolazione emotiva.

- Cluster C dei disturbi di personalità: Condotte di comportamento ansioso o inibito.

Disturbo Evitante di Personalità

Disturbo Dipendente di Personalità

Disturbo Ossessivo-compulsivo di Personalità

Questi disturbi si caratterizzano soprattutto per alti livelli di ansia, inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e un'ipersensibilità alle valutazioni negative.

Per quanto riguarda il disturbo paranoide di personalità le caratteristiche principali sono la diffidenza e il sospetto nei confronti degli altri ed è presente uno stile pervasivo negativo di pensare al prossimo.

Generalmente queste persone sono prive di umorismo, appaiono fredde e distaccate; nel disturbo schizoide di personalità, il paziente ha un marcato distacco nelle relazioni interpersonali e sociali e una ridotta gamma di espressione delle proprie emozioni (freddezza emotiva).

E' presente una condizione di isolamento sociale e indifferenza per i legami affettivi o sessuali; nel disturbo schizotipico di personalità il paziente ha una ridotta capacità relazionale, comportamento eccentrico e disturbi di tipo cognitivo e percettivo; nel disturbo borderline di personalità la persona ha una marcata difficoltà nel controllo pulsionale con una instabilità nella sfera delle relazioni interpersonali e dei rapporti affettivi; si ha deficit dell'identità e della stabilità. Sono presenti sentimenti cronici di noia accompagnati da un quadro depressivo. La componente aggressiva risulta carente e sono frequenti comportamenti di tipo impulsivo anche di grave entità; i pazienti hanno una grave fragilità dell'io; nel disturbo

narcisistico di personalità gli elementi che caratterizzano la persona sono la grandiosità, assenza di empatia, bisogno di gratificazione.

Gli individui con tale disturbo hanno un'idea grandiosa di sé e delle proprie capacità; sono costantemente alla ricerca di ammirazione da parte degli altri e le relazioni interpersonali sono caratterizzate dalla mancanza di empatia; nel disturbo istrionico di personalità gli elementi caratteristici della persona sono: iperemotività, comportamenti drammatici e teatrali e la ricerca continua di attirare su di sé l'attenzione degli altri.

Si tratta di persone concentrate su se stesse che si interessano eccessivamente al proprio aspetto fisico, molto seduttive, e che si sentono a disagio quando non sono al centro dell'attenzione.

Sono presenti in questi pazienti atteggiamenti emotivi e impulsivi; nel disturbo antisociale di personalità la persona ha mancanza di empatia, di sentimenti di colpa e di rimorso e tendono ad ignorare e a violare i diritti non rispettando le regole; nel disturbo evitante di personalità l'individuo manifesta un'inibizione per i rapporti sociali in seguito ad eccessivo timore di essere respinto e vive i rapporti con gli altri accompagnato da costanti sentimenti di inadeguatezza; nel disturbo dipendente di personalità l'individuo manifesta comportamenti sottomessi legati ad eccessivo bisogno di accadimento. Si tratta di individui incapaci di prendere decisioni in modo autonomo, che delegano ad altri le proprie scelte e che non sono in grado di avere un funzionamento autonomo senza appoggiarsi a figure di riferimento significative, rispetto alle quali vivono in modo pauroso il timore di essere abbandonate; nel disturbo ossessivo compulsivo di personalità si osservano non sintomi ma tratti della personalità quali rigidità, ricerca del perfezionismo, inflessibilità che il paziente non riconosce come mal adattivi. I soggetti sono rigidi, esigenti ed incapaci di avere fiducia e di delegare agli altri le proprie mansioni.

Tra questi disturbi di personalità, quelli che più frequentemente provocano agitazione psicomotoria sono quelli del Cluster B e soprattutto il disturbo di Borderline di Personalità, quello Istrionico di Personalità e il Disturbo Narcisistico di Personalità.

Come percentuali di frequenza del disturbo è necessario valutare quei fattori per esempio il numero di episodi di agitazione psicomotoria in un anno.

### **1.3 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

Come già abbiamo accennato un luogo dove più frequentemente ci si trova a gestire l'agitazione psicomotoria e quindi sfociare in comportamenti aggressivi e violenti è rappresentato dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

SPDC è una Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera che è impegnato nella cura e nell'assistenza di persone con disturbo psichico critico e grave. Garantisce: ricoveri volontari, ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e attività di consulenza urgente attraverso l'accesso al Pronto Soccorso. Fornisce il servizio di ricovero attraverso lo specialista che effettua servizio di consulenza urgente 24h/24h e che è chiamato dal medico di Pronto Soccorso secondo il codice colore attribuito all'ingresso (*triage*) dove in base alla gravità della problematica, il paziente avrà un livello di urgenza maggiore e quindi dovrà essere più controllato. L'agitazione psicomotoria, nell' SPDC, è caratterizzata da un comportamento anomalo ed eccessivo dal punto di vista motorio, fisico e verbale, spesso finalistico che può manifestarsi in diversi modi: aumento dell'arousal (stato di eccitazione), minacciosità, ostilità, impulsività, rabbia, comportamento intimidatorio, irrequietezza, imprevedibilità e scarsa cooperazione.

A determinare questa condizione possono contribuire alcuni elementi:

- **Fattori ambientali:** tra questi si riconoscono difficoltà nell'accoglienza; spazio fisico limitato, attesa prolungata, luogo rumoroso e affollato, stile relazionale degli operatori di tipo ansiogeno, insufficienza definizione di ruoli e procedure, possesso di oggetti contundenti, presenza di persone di disturbo per il paziente.

- **Storia personale del paziente:** di norma è caratterizzata da precedenti comportamenti aggressivi/suicidari, uso improprio di sostanze o altri fattori facilitanti, irrequietezza sociale, precedente verbalizzazione dell'intenzione di danneggiare gli altri, precedenti atti impulsivi pericolosi, precedente esposizione alla violenza, background sociale che incita alla violenza, recenti eventi stressanti(es. perdite, lutti), recente discontinuità nelle cure.
- **Sesso:** sono più a rischio soggetti di sesso maschile, di giovane età (compresa tra i 15-24 anni),
- **Stato Socio-economici:** condizioni disagiate, con scarso sostegno sociale e familiare, basso livello di istruzione, con una storia di abusi e/o abbandoni infantili alle spalle e facenti uso di droghe/alcool e psicofarmaci.
- **Fattori situazionali:** quali accessibilità alla potenziale vittima e alla relazione con essa, estensione della rete sociale, facilità di accesso a una potenziale arma.
- **Fattori clinici:** possono favorire agitazione psicomotoria e sfociare in atti di aggressività e violenza la presenza di sintomi attivi di schizofrenia o mania (es. allucinazioni di comando, nichilistiche, persecutori età), l'uso di alcool o droghe, effetti collaterali dei farmaci, emozioni quali la rabbia, ostilità, sospettosità, patologie psico-organiche, dolore, disabilità, deficit intellettivo, storia di abusi fisici o sessuali, personalità impulsiva o antisociale, scarsa compliance al trattamento.

L'SPDC nella gestione dei comportamenti di agitazione psicomotoria per ridurre il rischio di aggressione utilizza tre insiemi di variabili (F. Lisanti 2016)<sup>3</sup>:

- 1) **“le variabili di reparto, risultanti in forme di stress ambientale”:**
  - la collocazione del reparto,

---

<sup>3</sup> Convegno-SPDC-NO-RESTRAINT 2016

- la densità di affollamento,
- la luminosità,
- la temperatura,
- la privacy,
- l'organico disponibile

2) **“le variabili del paziente, che si traducono in stress percettivo”:**

- la diagnosi clinica,
- il consenso al ricovero
- la compliance farmacologica

3) **“le variabili dello staff, che comportano stress comunicativo”:**

- difficoltà comunicative sulle finalità della terapia e sugli aspetti normativi,
- grado di coerenza del personale nella definizione dei limiti,
- vere o presunte provocazioni relazionali.

Il risultato di tutto questo può portare ad un comportamento violento del paziente che provoca un alta tensione ambientale portandolo a mettere in atto atteggiamenti di negazione dei propri sentimenti o addirittura di resa.

## 2 CAPITOLO: L'AGGRESSIVITÀ

L'agitazione psicomotoria può essere un sintomo prodromico della escalation aggressiva. Una definizione molto autorevole riguardante l'aggressività nell'essere umano rimane quella di Bond ('92): *“Un comportamento diretto da un individuo contro un simile, un oggetto o verso sé con lo scopo di causare danno”*. Alcuni possono pensare all'aggressività immaginando forme estreme, due sconosciuti che si prendono a pugni o si accoltellano. In realtà dobbiamo immaginarla in una prospettiva dimensionale che parte da forme lievi, quasi impercettibili, per arrivare a forme estreme.

Una recente ricerca della Georgia Regents University ha rilevato che nella maggior parte dei casi l'aggressività nella vita quotidiana è indirizzata con maggiore probabilità verso le persone che ci stanno accanto: familiari, amici, colleghi o partner. Sempre considerando l'aggressività nella componente dimensionale e nelle varie modalità d'espressione si sfata il luogo comune che vede il maschio come più aggressivo della donna. In realtà sembra che gli uomini manifestino l'aggressività mediante forme dirette mentre nelle donne prevarrebbero forme espressive indirette. L'aggressività può essere:

- verbale,
- non verbale,
- emotiva
- fisica.

L'aggressività verbale è quella condizione che si manifesta quando si va a ferire una persona con le parole minacciandola e insultandola; l'aggressività non verbale si ha quando la persona mette in atto atteggiamenti e comportamenti come postura eretta, protesa in avanti, braccia tese, pugni serrati, gestualità scattosa e accusatoria. Inoltre in questo tipo di aggressività la persona può avere le mascelle serrate e il viso teso, gli occhi fissi, il suo eloquio è veloce e di volume alto; nell'aggressività fisica il soggetto grida, piange, lancia oggetti, picchia e

cerca di mordere mentre l'aggressività emotiva è quella condizione che rappresenta una delle caratteristiche più rilevanti dei soggetti aggressivi in quanto essi attribuiscono a questa condizione l'unico strumento per la soluzione dei conflitti e i sentimenti che suscitano in loro la capacità di prevalere sugli altri. L'aggressività è comunque un fenomeno complesso che rientra nelle problematiche legate al concetto di violenza. La possiamo considerare come un qualcosa di connaturato all'essere umano. Essa può avere un duplice destino, ovvero tramutarsi in condotte socialmente accettabili oppure generare comportamenti violenti finalizzati al produrre sofferenza agli altri. I meccanismi che presiedono alla sua genesi, le condizioni che la incrementano e le procedure che la cronicizzano sono tutt'ora oggetto di analisi nell'ambito delle scienze della mente. Nell'ambito della cronologia dell'aggressività si possono riconoscere vari momenti, quali la patogenesi e i meccanismi di implementazione.

## **2.1 LE ORIGINI DELL' AGGRESSIVITÀ**

Molto probabilmente l'origine dei comportamenti aggressivi risiede in alcune caratteristiche endemiche all'individuo, quali la provenienza da una famiglia in cui l'aggressività è uno stile relazionale diffuso o da un gruppo sociale in cui le modalità interattive sono estremamente violente. Le cose però non sembrano essere così semplici e questo è dimostrato dalle varie ipotesi, che in campo filosofico sono state avanzate nel corso della storia dell'umanità, e dalle teorizzazioni psicologiche, che nell'ambito dell'ultimo secolo sono andate coagulandosi. Che l'aggressività sia sempre stata un nodo concettuale dibattuto è confermato dalle speculazioni che hanno attraversato le ideologie dei vari filosofi nella successione del tempo (Martina, 1994). Nel pensiero greco antico, per esempio, all'aggressività era attribuita una valenza positiva, dal momento che obbediva alla razionalità, divenendo sinonimo di coraggio in battaglia. Per il pensiero latino, nello specifico nelle teorizzazioni di Seneca, l'aggressività è considerata un equivalente della follia. Nelle



concettualizzazioni medievali l'aggressività diviene sinonimo di ira. A questo riguardo San Tommaso distingue l'ira in:

- ira biliosa;
- iracondia;
- furore.

L'ira biliosa è quella che si attiva subito dopo aver subito un torto e che si spegne altrettanto rapidamente. L'iracondia è quell'aggressività di lunga data che si acutizza ogniqualvolta si pensa all'episodio che l'ha scatenata. Il furore è quell'emozione che si esplicita nel momento della vendetta.

Un grande teorico dell'aggressività umana è stato il filosofo Hobbes. Secondo il suo pensiero, la rabbia si attiva allorquando una persona sente di essere stata disprezzata da un suo simile e diventa condotta aggressiva nel momento in cui il denigrato è mosso dal desiderio di vendetta nei confronti dell'individuo che lo ha svilito. Il far del male all'altro è una peculiarità dell'essere umano riassunta nel famoso costrutto "*homo homini lupus*", pronunciato per la prima volta da Plauto, un commediografo latino. Per Cartesio l'aggressività corrisponde alla collera che si scatena quando qualcuno subisce del male, provocato da un altro individuo. Si distinguono due varianti della collera:

- la collera subitanea, meno nociva dal punto di vista della violenza;
- la collera tardiva, che è esplosiva e particolarmente violenta.

Per Schopenhauer l'aggressività è endemica all'essere umano ed è sintonica con quello che avviene in natura, ovvero è presente in tutte le specie animali. Anche per Nietzsche l'aggressività è un qualcosa di connaturato all'uomo e deriva dal condizionamento del Cristianesimo. L'individuo sovente la dirige verso se stesso, generando una forma di autoconflittualità. Solo il superuomo, secondo il filosofo tedesco, ha imparato a dirigerla fuori di sé, esplicitandola nelle azioni di guerra.

Nel corso del ventesimo secolo varie ipotesi sono state fatte in ambito psicologico riguardo alla genesi dell'aggressività (Palmonari, Cavazza e Rubini, 2012). Secondo la teoria etologica, espressa da Lorenz,

l'aggressività nasce da un istinto endemico all'essere umano, ovvero una pulsione interiore che genera e dirige i suoi comportamenti aggressivi.

Tale forza interna è attivata da elementi ben precisi quali:

- la difesa di quello che si possiede a livello materiale, emotivo e affettivo;
- la lotta per il potere;
- il bisogno di rendere organizzato il proprio ambiente di vita.

Tutto questo si realizza con una finalità ben precisa che è quella di assicurare un futuro per sé e per coloro che condividono lo stesso patrimonio genetico.

La stessa linea di tendenza pulsionale si trova nelle teorizzazioni freudiane. Per Freud l'aggressività ha un'origine istintuale, legata all'istinto di morte che insieme all'istinto di vita coabita nello stesso individuo. Perché la persona possa conservare la propria integrità, l'aggressività deve essere indirizzata verso l'esterno, preferibilmente canalizzandola in attività socialmente accettate, come quelle che caratterizzano le rivalità fra i gruppi all'interno di un'organizzazione sociale, egemone in un contesto geografico.

Secondo Fromm, nell'ambito dell'aggressività umana, si possono distinguere una forma benigna, necessaria alla sopravvivenza dell'individuo in quanto permette di difendere la propria personalità e il proprio mondo e una forma maligna, che determina la distruttività nell'ambito delle relazioni fra le alterità. Dunque, la prima differenza tra le varie definizioni di aggressività riguarda le cause che la innescano. L'idea secondo cui l'aggressività abbia una natura istintuale venne meno perché non fu in grado di spiegare i livelli di aggressività diversi da individuo a individuo e da cultura a cultura. Infatti, non si è riusciti a spiegare perché popoli ritenuti pacifici prima di essere invasi siano diventati aggressivi ed ostili dopo l'invasione. Si è così ipotizzato che l'aggressività avesse uno scopo adattativo, cioè servisse per acquisire risorse o difendersi da attacchi.

A tale visione si collega la posizione di Marina Valcarengi, psicoanalista e docente in una scuola di specialità post universitaria in psicoterapia a Milano. Secondo la Valcarengi, con il termine aggressività si intende *“Quella disposizione istintiva che orienta a conquistare e a difendere un proprio territorio fisico, psichico e sociale nelle sue forme più diverse; o, in altri termini, quell’istinto che guida a riconoscere, ad affermare e a proteggere la propria identità”*

Una delle prime teorie psicologiche sull’aggressività fù la teoria della frustrazione elaborata da Dollard e Miller che affermarono che alla base della aggressività c’è un meccanismo di frustrazione. In ragione di ciò, l’individuo prova questa emozione allorquando trova degli ostacoli sul suo cammino che impediscono il raggiungimento degli obiettivi che si è fissato. L’aggressività subisce un incremento esponenziale in funzione dell’avvicinamento alla meta. In altre parole, quanto più l’individuo sta per raggiungere il suo obiettivo e viene interrotto in tale proposito, tanto più aumenta la sua aggressività. Solitamente questo stato emotivo viene orientato non verso le persone che hanno determinato la frustrazione, ma in direzione degli individui che per caratteristiche personali (maggiore debolezza e minore potere) si prestano facilmente a divenire oggetto dei comportamenti aggressivi. Secondo questo costrutto, inoltre, perché l’individuo possa accedere alle condotte violente deve essere vissuto in un ambiente estremamente tipizzato in tal senso. Questa teoria è stata successivamente meglio delineata da Berkowitz, secondo cui la frustrazione determina una predisposizione all’aggressività, che si palesa in condotte violente laddove trova le condizioni favorevoli, che sono rappresentate da alcune variabili, quali:

- un contesto di vita in cui predominano gli atteggiamenti aggressivi nelle interazioni sociali;
- una disposizione personale derivante dall’essere vissuto in un ambiente familiare, caratterizzato da stili relazionali aggressivi.

Per Berkowitz, oltre che dalla frustrazione, l’aggressività può essere attivata anche dalle condizioni croniche di dolore e sofferenza.

Nell'ambito comportamentista l'aggressività è teorizzata come frutto del condizionamento operante. In altre parole, il soggetto nel corso della sua storia apprende e consolida i comportamenti aggressivi nella misura in cui le conseguenze prodotte da tali condotte creano dei vantaggi. Quindi, laddove le conseguenze positive sono di gran lunga maggiori rispetto a quelle negative l'aggressività tende a rinforzarsi e a consolidarsi.

Secondo l'ottica cognitivista il comportamento aggressivo si attiva ogni volta che l'individuo attribuisce determinati significati alle situazioni che vive. Tale significazione è frutto dei processi di apprendimento che si sono verificati nel corso del ciclo di vita e che concorrono a costituire la sua mappa cognitiva. Questa processualità di conoscenza può avvenire direttamente o indirettamente attraverso l'osservazione del comportamento di modelli di riferimento (apprendimento sociale).

Un'altra concettualizzazione proposta nell'ambito della genesi dell'aggressività è la teoria dell'obbedienza (Patrizi e De Gregorio, 2009). In pratica, un individuo si comporta in maniera aggressiva e violenta, allorquando subisce l'influenza di una persona particolarmente aggressiva, a cui attribuisce alcune peculiarità, come il carisma, l'autorevolezza e la superiorità sociale.

Complementare a questo costrutto è la teoria della deindividuatione. In questo caso più che una singola persona è un intero gruppo sociale, a cui l'individuo appartiene, che esercita una forma di influenza negativa. È l'appartenenza al gruppo che determina la deindividuatione, la quale consente al singolo di allentare l'autocontrollo, che altrimenti avrebbe esercitato se fosse stato da solo. Per un certo lasso di tempo nella genesi dell'aggressività si è dato un peso rilevante alle caratteristiche innate che, dal punto di vista temperamentale, stigmatizzano l'individuo, predisponendolo a condotte violente. A questo riguardo Lombroso, alla fine dell'Ottocento, vedeva in alcune peculiarità somatiche dell'individuo la predisposizione ai comportamenti delinquenti, connotati dall'aggressività e dalla violenza nei confronti dell'alterità.

Secondo le sue teorizzazioni esiste una personalità delinquenziale facilmente riconoscibile da alcune fattezze del capo quali:

- un cranio di dimensioni inferiori rispetto a quelle osservabili nella maggior parte degli individui;
- gli zigomi sporgenti;
- una fronte poco pronunciata;
- le sopracciglia molto folte e particolarmente evidenti;
- delle deformità a carico del naso;
- il labbro superiore quasi inesistente;
- le orecchie particolarmente sviluppate e a sventola;
- una massa di capelli ricci e informi;
- la barba rada o completamente inesistente nei soggetti di sesso maschile (Gibson, 2004)

I comportamenti aggressivi possono essere suddivisi, dal punto di vista fenomenologico, in diverse tipologie (Attanasio, 2012):

- l'aggressività attiva che si verifica allorquando un individuo cerca di far del male ad un suo simile, utilizzando la forza;
- l'aggressività passiva che si esplicita nel non prestare soccorso a chi si trova in uno stato di bisogno;
- l'aggressività diretta nella quale una persona arreca danno ad un'altra, utilizzando una modalità mirata, che si concretizza nell'utilizzazione del proprio corpo per cagionare sofferenza;
- l'aggressività indiretta che si realizza nel momento in cui si mettono in giro delle calunnie gratuite sul conto di un altro individuo;
- l'aggressività autodiretta nella quale si provoca disagio a se stessi;
- l'aggressività eterodiretta in cui l'oggetto della violenza diviene l'alterità;

- l'aggressività reattiva che è provocata dall'aver subito un torto ed è alimentata dal desiderio di vendetta (Price e Dodge, citati in Berti e Bombi, 2005);
- l'aggressività proattiva nella quale la violenza fisica o psicologica viene pianificata ed obbedisce ad una specifica strategia di distruzione dell'altro (Price e Dodge, op. cit.).

I meccanismi di implementazione sono rappresentati da quelle procedure che incrementano la fenomenologia dell'aggressività negli individui. A questo riguardo si possono citare le distorsioni cognitive che hanno come focus concettuale centrale l'idea che i conflitti interpersonali possano essere risolti e vinti da chi mostra maggiore aggressività.

Un altro elemento che potenzia le manifestazioni aggressive è la suscettibilità neurofisiologica individuale. In altre parole, ci sono alcuni individui che accedono più facilmente a comportamenti aggressivi di maggiore intensità, per fattori neurofisiologici connaturati alla loro persona. In tale direzione vanno le ricerche di Bruner, citate in Gargione (2000), che hanno ipotizzato che l'incremento dell'aggressività può essere messo in relazione con modificazioni del cromosoma X, che alterano la formazione di alcuni neurotrasmettitori, come la dopamina e la serotonina.

Nell'espressione delle condotte aggressive, in ambito neurofisiologico, l'amigdala riveste un ruolo determinante. Essa è una struttura anatomica del sistema nervoso centrale, nello specifico del sistema limbico, che presiede alla regolazione delle condotte di rabbia, paura e ansia. La serotonina, inoltre, sembra esercitare un ruolo di contenimento dell'aggressività. Infatti, persone che presentano delle quantità esigue di serotonina manifestano un incremento delle condotte aggressive e antisociali. Dal punto di vista ormonale il testosterone occupa una posizione preminente: infatti è in grado di incrementare la cosiddetta aggressività offensiva. A tal proposito alti livelli di testosterone conducono ad un incremento delle condotte aggressive nei confronti dell'altro.

Ci sono inoltre delle variabili situazionali che presumibilmente implementano l'aggressività. Si suppone che il caldo eccessivo, un'umidità

particolarmente alta, un ambiente caratterizzato da un inquinamento atmosferico estremamente accentuato, con odori e rumori essenzialmente sgradevoli determinino un aumento dei comportamenti aggressivi (Aronson, Wilson e Akert, 2010).

A pari passo con il concetto di aggressività, c'è il concetto di violenza che è un comportamento aggressivo rivolto contro persone o cose che ha lo scopo di danneggiare o distruggere per imporre il proprio dominio; questo sta a significare che il concetto di violenza è sempre un'aggressione, ma non tutte le aggressioni sono violente poiché esse possono tendere anche per scopi diversi a quello di danneggiare l'altro.

Tra i fattori scatenanti episodi di violenza abbiamo:

- ansia,
- rifiuto di una richiesta,
- mancanza di rispetto (reale o immaginaria),
- paura,
- frustrazione,
- ospedalizzazione coatta,
- rabbia,
- perdita di lavoro,
- lunga attesa,
- rumore,
- confusione,
- dolore,
- deprivazione del sonno

Una particolare espressione di un comportamento violento è la violenza di genere, che può portare a conseguenze negative sia sulla salute fisica che psicologica della persona che la subisce e che peggiorano sempre di più se non si interviene subito o nel giro di poco tempo; questi comportamenti violenti della persona possono essere fisici, evidenti come (calci, pugni) oppure danneggiare qualcosa che la persona aveva a cuore (vestiti) oppure violenza psicologica attraverso comportamenti denigratori o di possesso.

L'agitazione psicomotoria non è aggressività e non è che uno è agitato perché è aggressivo, ma ci sono dei fattori, delle circostanze che possono sfociare in un comportamento aggressivo.

## 2.2 LE FASI DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO

L'agitazione psicomotoria può evolvere verso un comportamento aggressivo. In particolare nelle persone che sono ricoverate nell'SPDC quando si riscontra un'agitazione psicomotoria si deve sempre prendere in considerazione la possibilità che questa evolva verso comportamenti aggressivi. Per spiegare il comportamento aggressivo del paziente psichiatrico è stato elaborato il modello del ciclo dell'aggressione che si compone di fasi che possiamo schematizzare in:

- **Fase di Innesco:** qualsiasi motivo o stimolo che genera la reazione aggressiva; in ambiente psichiatrico i fattori scatenanti possono essere gli stimoli sgradevoli, abuso di sostanze, recenti perdite. La fase di innesco è una fase molto importante e può essere individuata come l'inizio dell'agitazione psicomotoria; in questa fase ogni individuo ha una serie di comportamenti definiti che raramente si configurano come violenti ma alcune volte si possono innescare per quel soggetto una sequenza di comportamenti violenti che si identificano attraverso segnali verbali e non verbali. Quindi proprio per questo è necessario conoscere questi segnali per agire sui comportamenti aggressivi.

Si possono osservare in questa fase comportamenti come:

- Contratture mimiche, serratura dei pugni e dei denti, sguardo minaccioso,
- Minacce verbali, aumento di volume della voce, emissione della voce continua quasi automatica
- Comportamenti motori macroscopici, quali gesticolazione, passeggiare rapidamente ecc.



- **Fase dell'Escalation:** se lo stimolo non viene rimosso si arriva all'attivazione fisiologica connessa alla rabbia. In questa fase la deviazione del comportamento del soggetto si accentua sempre di più in modo esponenziale tanto da rendere sempre meno probabile un'operazione diversa rispetto all'obiettivo su cui il soggetto è polarizzato. E' qui che gli operatori devono utilizzare sin dall'inizio tutte le risorse per evitare la crisi: esempio l'allontanamento del soggetto dalla situazione, l'offerta di un impegno alternativo se conosciuto cercare di allontanare lo stimolo che ha causato l'innescò.
- **Fase della Crisi:** il livello di rabbia raggiunge il picco massimo. In questa fase è inutile un intervento che si basi sulle capacità razionali del soggetto, il quale è invece emotivamente e fisicamente eccitato e non in grado di controllarsi. L'intervento prioritario è quello legato al fornire sicurezza alle vittime potenziale o frenare l'aggressore.
- **Fase della Defervescenza:** il paziente comincia a riprendere contatto con l'ambiente e lo stato di eccitazione diminuisce. Il soggetto ritorna solo gradualmente alle condizioni di base e mantiene per un ora circa uno stato di eccitamento rabbioso. In questa fase si possono verificare nuove crisi qualora si ripresentino le situazioni irritative che hanno generato il primo attacco.
- **Fase Depressiva dopo la crisi:** dove subentra il senso di colpa, di vergogna, il soggetto esaurisce la sua carica emotiva passando dall'eccitamento alla depressione. In questa situazione emotiva il paziente è recettivo ad interventi di tipo psicologico e quindi deve essere ascoltato in un clima non giudicante e di tranquillità ( P.Smith,1983); inoltre è più facile intervenire per aiutare il

soggetto nella rielaborazione di quanto è successo e per la prevenzione di eventuali successive crisi.

### **3 CAPITOLO: INTERVENTI ASSISTENZIALI**

Un intervento di tipo precoce si dimostra cruciale nella gestione dell'agitazione psicomotoria, guardando al decorso della crisi ne deriva un concetto fondamentale per la sua gestione: quello di "spettro" dell'agitazione (Wilson et al., 2012). L'intensità dell'agitazione psicomotoria, infatti, si distribuisce lungo un continuum (o "spettro") che va da intensità lievi a intensità gravi che, a loro volta, si riflettono in diversi livelli di collaboratività del paziente. Il soggetto con agitazione psicomotoria si presenta, di norma, maggiormente collaborativo in caso di agitazione da lieve a moderata, mentre in caso di agitazione grave è generalmente poco o per niente collaborativo. Il livello di collaborazione del paziente, naturalmente, si riflette sulle strategie di trattamento dell'agitazione psicomotoria che possono essere relazionali, ambientali, fisiche, farmacologiche. L'infermiere negli interventi assistenziali gioca un ruolo fondamentale come case manager della persona assistita in tutti i diversi setting assistenziali dal pronto soccorso all'SPDC, ad iniziare dalla valutazione iniziale del paziente attraverso il colloquio e l'osservazione, la prevenzione dell'escalation sintomatologica e la gestione dei familiari; diviene il responsabile della corretta gestione clinica-organizzativa. In particolare per i pazienti ricoverati in SPDC, l'infermiere-case manager è il garante della continuità terapeutica con i servizi territoriali. Non da ultimo è suo compito la somministrazione di farmaci, il controllo dei possibili effetti indesiderati, delle complicanze e della esecuzione, ove necessario, delle misure di contenzione fisica su prescrizione medica.

#### **3.1 LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI**

Recentemente, la World Federation of Societies of Biological Psychiatry ha indetto un consiglio di esperti internazionali allo scopo di produrre una revisione sistematica della letteratura sulla gestione clinica dell'agitazione psicomotoria e condurre una indagine con metodica Delphi, che è un

metodo d'indagine interattivo, particolarmente utilizzato nella ricerca scientifica, che si svolge attraverso più fasi di espressione e valutazione delle opinioni di un gruppo di esperti o attori sociali ed ha l'obiettivo di far convergere l'opinione più completa e condivisa in un'unica "espressione". (Garriga et al., 2016). L'obiettivo è quello di fornire una lista di raccomandazioni utili per la gestione del paziente affetto da agitazione psicomotoria.

Riportiamo qui di seguito le raccomandazioni.

1. in assenza di una diagnosi presuntiva o della disponibilità di ulteriori informazioni, l'agitazione psicomotoria è da considerarsi, fino a prova del contrario, come originata da una condizione medica;
2. l'esame medico di routine di un paziente agitato dovrebbe includere una valutazione completa dei segni vitali, la misurazione della glicemia (per esempio con stick glicemico), della saturazione dell'ossigeno e l'analisi tossicologica urinaria;
3. una volta trattata l'agitazione, dovrebbe essere condotta una valutazione sistematica dei livelli di sedazione raggiunti (a oggi non vi è tanto la necessità di trattamenti farmacologici più efficaci nel trattamento dell'agitazione, perché la disponibilità di farmaci ancora più efficaci implica sempre il rischio di ottenere una sedazione eccessiva. La necessità fondamentale nel trattamento dell'agitazione sembra piuttosto la disponibilità di trattamenti a rapida insorgenza d'azione che non inducano sedazione eccessiva);
4. l'approccio iniziale al paziente con agitazione psicomotoria dovrebbe sempre essere quello delle tecniche di "de-escalation" verbale che sono un insieme di azioni verbali e non, miranti ad abbassare il livello di rabbia e la predisposizione al comportamento aggressivo e a suggerire agli operatori atteggiamenti che potrebbero consentire di mantenere calmo il paziente con un elevato livello di rischio di comportamenti

potenzialmente aggressivi, degli interventi di natura ambientale, delle strategie di tranquillizzazione orientate al coinvolgimento del paziente agitato e non alla sua contenzione fisica;

5. le tecniche di de-escalation verbale dovrebbero essere sempre utilizzate nei casi di agitazione psicomotoria da lieve a moderata, permettendo così di evitare il ricorso alla contenzione fisica;

6. la contenzione fisica dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa, ovvero quando essa rappresenta l'unico mezzo disponibile per prevenire un danno imminente (questa raccomandazione viene ribadita più volte proprio per la sua importanza nella gestione corretta del paziente agitato);

7. di fronte al possibile rischio di violenza, la sicurezza del paziente, del personale sanitario e degli altri pazienti dovrebbe sempre essere tutelata;

8. se la contenzione e l'isolamento dovessero rendersi necessari, si dovrebbero sempre mettere in atto non solo un adeguato monitoraggio delle condizioni del paziente, ma anche l'adozione di indicatori qualitativi dell'intervento;

9. in caso di contenzione fisica, il monitoraggio documentato da parte del personale sanitario incaricato dovrebbe rappresentare un provvedimento obbligatorio. I segni vitali dovrebbero essere rilevati ogni 15 minuti nella prima ora e ogni 30 minuti nelle successive 4 ore o finché il paziente non sia sveglio;

10. i mezzi di contenzione fisica dovrebbero essere rimossi non appena il paziente non sia più valutato come pericoloso per sé stesso o per gli altri;

11. i trattamenti non invasivi dovrebbero essere preferiti ai trattamenti invasivi, ogni qualvolta questo è possibile (un principio fondamentale nell'approccio al paziente agitato);

12. i pazienti con agitazione psicomotoria dovrebbero essere coinvolti il più possibile nella scelta sia del tipo di trattamento farmacologico che della sua via di somministrazione;

13. l'obiettivo principale del trattamento farmacologico dovrebbe essere la tranquillizzazione rapida del paziente agitato senza incorrere in una sedazione eccessiva;
14. nella pianificazione di un trattamento farmacologico non volontario per il paziente, sarebbe opportuno raggiungere il consenso condiviso del personale sanitario e preparare con attenzione il piano d'azione;
15. nei pazienti con agitazione psicomotoria lieve si dovrebbero preferire i trattamenti somministrabili per bocca ai farmaci per via intramuscolare, ivi incluse le formulazioni in soluzione liquida, le gocce e le compresse orodispersibili;
16. i due principali fattori da tenere in considerazione nella scelta della via di somministrazione del trattamento per l'agitazione psicomotoria grave sono la rapida insorgenza d'azione e l'affidabilità di rilascio del principio attivo (questo problema è particolarmente evidente nel trattamento intramuscolare con benzodiazepine. L'impiego di questi farmaci per via intramuscolare è infatti caratterizzato da un'ampia variabilità nella risposta, sia in termini di insorgenza d'azione che di efficacia, rendendo così estremamente difficile predire gli esiti di questo tipo di trattamento);
17. nel caso dell'agitazione psicomotoria secondaria ad astinenza da alcol (per es. nel delirium tremens), il trattamento con benzodiazepine dovrebbe essere preferito al trattamento con farmaci antipsicotici;
18. nel caso di agitazione psicomotoria associata a intossicazione da alcol, il trattamento con farmaci antipsicotici dovrebbe essere preferito al trattamento con benzodiazepine;
19. nei casi di agitazione psicomotoria da lieve a moderata e in quelli in cui è necessaria un'azione rapida, è possibile tenere in debita considerazione l'uso di antipsicotici somministrabili per via inalatoria;

20. l'uso concomitante di olanzapina per via intramuscolare e di benzodiazepine dovrebbe essere evitato, a causa dei possibili effetti dannosi prodotti dall'interazione dei due trattamenti usati in combinazione (ipotensione, bradicardia e depressione respiratoria);

21. il trattamento per via endovenosa dovrebbe essere evitato, eccetto in quei casi in cui nessun'altra alternativa sia disponibile;

22. I pazienti anziani con agitazione psicomotoria dovrebbero essere trattati con dosaggi di farmaco più bassi, generalmente compresi tra un quarto e metà della dose standard indicata per un paziente adulto.

Un elemento centrale nel trattamento dell'agitazione psicomotoria è rappresentato dalla necessità di strategie atte a interrompere la tendenza di questa sindrome a evolvere in quadri sempre più gravi intercettando gli stadi in cui il quadro clinico è ancora a un livello di intensità lieve o moderata e consentendo un intervento il meno invasivo possibile.

I principi generali a cui fare riferimento nella gestione clinica dell'agitazione psicomotoria sono quindi: l'agire il più rapidamente possibile per interrompere la gravità del quadro clinico, preservare il contatto con il paziente, preservare la dignità del paziente evitando trattamenti invasivi.

Nel raggiungimento di questi obiettivi, il sanitario dispone di strumenti importanti sia di natura farmacologica che non farmacologica.

### **3.2 TECNICHE DI DE-ESCALATION**

Come definito precedentemente tra gli strumenti non farmacologici abbiamo le tecniche di de-escalation verbale e non verbale, ovvero quell'insieme di misure basate sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno come obiettivo la riduzione della tensione e dell'aggressività e che consentono gli operatori a gestire il paziente aggressivo.

Le tecniche di de-escalation sono la chiave per evitare il confronto fisico con chi sta perdendo il controllo del proprio comportamento.

In psichiatria, l'intervento di de-escalation avverrà tra un operatore ed un paziente che presenta un comportamento agitato correlabile a sintomi di una psicopatologia in corso (schizofrenia, disturbo bipolare, astinenza od intossicazione acuta da sostanze) ed ha come obiettivo finale la costruzione di un rapporto finalizzato all'aiuto.

Il tentativo di un intervento di de-escalation è sempre appropriato ogni qualvolta una situazione potenzialmente violenta rischia di scoppiare e non ci si trova sotto la minaccia di armi o di oggetti atti ad offendere (martelli, coltelli, oggetti contundenti), nel qual caso ci si deve allontanare e pensare ad un intervento mediato dalle forze dell'ordine.

Ci sono delle premesse fondamentali da tenere in considerazione quando ci si deve avvicinare ad un soggetto potenzialmente violento, rappresentate da due punti: ragionare con una persona arrabbiata, irrequieta non è possibile; l'intervento di de-escalation ha un unico obiettivo ovvero quello di ridurre il livello della rabbia, dell'eccitamento e dell'irrequietezza in modo che sia possibile impostare un dialogo.

Le modalità di comunicazione e gli interventi verbali nella de-escalation non sono "normali" e non possono fare affidamento esclusivo al buon senso, ma richiedono premesse teoriche ed esercitazioni.

Iniziamo a prendere atto che, in condizioni non controllate, quando un individuo è messo a contatto con il comportamento aggressivo, è portato a combattere, a fuggire o a restare bloccato perché spaventato.

Perché la de-escalation sia efficace non possiamo fare nessuna di queste cose, al contrario dovremmo inizialmente padroneggiare il cosiddetto "*Talk Down*" ovvero usare strategie volte ad abbassare i toni espressivi del soggetto che esprime aggressività mediante utilizzo di un volume della voce basso e toni pacati, anche a costo di sembrare monocorde o monotono, utilizzando un linguaggio idoneo al livello socio culturale della persona, verificare sempre di aver compreso e di essere stato compreso, porre attenzione a non rimproverare, offrire cibo o bevande, così come



una sigaretta, nel caso il soggetto fumi, può essere d'aiuto, essere sempre molto rispettosi, non argomentare o provare a convincere il soggetto, evitando di usare espressioni radicali come "no", "non si può", cercare di essere comprensivi con i sentimenti e le emozioni, evitando di rispondere a domande tendenziose.

Questo va appaiato a messaggi di tipo non verbale quali: non sorridere ma neppure esprimere rabbia o paura, togliere cravatta, la sciarpa, le collane, simboli religiosi prima di incontrare la persona, non incrociare le braccia e non assumere posizioni spavalde, mantenere sempre il contatto visivo con la persona, non tenere le mani in tasca, non puntare né scuotere il dito ed evitare di gesticolare con le mani, evitare qualsiasi tipo di contatto fisico, anche bonario, potrebbe essere sempre scambiato per un gesto aggressivo. Infatti una persona agitata spesso cresce nella rabbia e nel suo comportamento minaccioso quando ha la sensazione di non essere compreso, ovvero quando vuole dimostrare ad azioni la necessità e l'opportunità del suo essere arrabbiato. Se noi riusciamo a riconoscere le sue esigenze, i suoi sentimenti e le motivazioni del suo comportamento, sebbene non condivisibili da noi, è probabile che la persona agitata ritorni indietro e si calmi, il concetto che deve sostenere il nostro intervento è: *"io non condivido quello che fai ma capisco perché lo stai facendo"*.

Bisogna anche tenere a mente che in psichiatria, la gestione del paziente agitato può essere difficoltosa perché il soggetto può presentare sintomi psicotici gravi come il delirio o schizofrenia. Inoltre nessuna persona può sapere a priori come reagirà in un contesto nel quale è presente una forte quota di aggressività così come non è facile migliorare la propria tecnica di Talk Down quando si è posti sotto stress; quindi per queste ragioni tutte le persone che sono a rischio di imbattersi nella gestione del paziente agitato dovrebbero sperimentarsi sul campo mediante Giochi di Ruolo o attività simulate nelle quali si recitano a turno la parte della persona agitata e dell'operatore impegnato in un intervento di de-escalation.

Tali attività andrebbero sempre condotte in gruppo e sotto la supervisione di un operatore più esperto che ne controlla l'andamento e fornisce

consigli. Nel caso che l'agitazione psicomotoria evolva in comportamenti aggressivi è necessario che l'operatore faccia attenzione alla comunicazione verbale e non verbale, abbia sempre un buon controllo visivo, garantisca la sicurezza ambientale e che non volti mai le spalle alla persona assistita, è importante restare calmi, con atteggiamento tranquillo e accogliente, parlare lentamente, a basso volume, con frasi corte, concetti semplici e concreti, incoraggiare la verbalizzazione, lasciare tempo al paziente per esprimere e descrivere i sentimenti, fornire al paziente la possibilità di scegliere qualcosa (es luogo del colloquio).

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. L'operatore dovrebbe cercare di trasformare la situazione di emergenza in un contesto in cui sia possibile parlare e non agire. Altri interventi possono essere ad esempio deviare l'agitazione da una persona ad un problema più generale, può essere tranquillizzato da una persona di cui ha fiducia e la cui presenza serve a diluire la montata di ansia e di agitazione. Potrebbe essere utile familiarizzare col paziente (offrire una sigaretta, prepararsi un caffè, dividere e consumare del cibo, trovare interessi che uniscono, comunanze di gusti, aver vissuto uguali esperienze) questo può permettere al paziente di provare quell'empatia che può essere un freno inibitorio.

Altri interventi che sarebbe opportuno mettere in atto nel caso di pazienti agitati abbiamo:

- Usare il nome personale del paziente
- Usare un tono di voce rassicurante
- Non polemizzare o contrastare
- Usare frasi brevi dal contenuto molto chiaro
- Porre limiti crescenti
- Porre il paziente di fronte a scelte alternative
- Stabilire un contatto verbale
- Mantenere una distanza utile
- Dichiararsi d'accordo con le affermazioni del paziente

- Assumere un atteggiamento positivo

Al contrario vi sono degli interventi che **non devono** mai essere messi in atto in pazienti aggressivi e violenti tra cui:

mai formulare promesse con il paziente che non possono essere mantenute, mai utilizzare un atteggiamento provocatorio e mai interrompere il paziente durante l'aggressione verbale.

Per l'infermiere un paziente con agitazione psicomotoria può essere molto stressante in quanto molto spesso avendo frequenti contatti con i pazienti, diventa il bersaglio della sua collera.

Per noi infermieri questo può risultare difficile, ma è opportuno comprendere che in molti casi dare al paziente la possibilità di esprimere la collera è importante per la sua guarigione. Per esempio quando il paziente ha subito una perdita importante, la collera diviene un mezzo che lo aiuta a fronteggiare il dolore, oppure il paziente a cui è stato diagnosticato un cancro può contrapporsi all'assistenza dell'infermiere invece di esprimere la paura della morte.

Saper contenere l'aggressività del paziente in agitazione psicomotoria non è affatto semplice, ma è fondamentale da parte nostra l'applicazione di competenze che variano dalla comunicazione di messaggi non minacciosi verbali o meno, al disimpegno in sicurezza e al controllo dell'aggressore con mezzi fisici. E' importante valutare i comportamenti assunti da questi pazienti (per esempio: la cadenza, i pugni chiusi, la voce alta, il lancio di oggetti) e/o le espressioni che indicano stizza (ad esempio: porre ripetute domande all'infermiere, non fare quanto gli è chiesto, scoppi di aggressività e minacce). Spesso questi pazienti amano essere sarcastici, rifiutano le terapie, assumono atteggiamenti anche infantili e hanno un basso livello di sopportazione delle frustrazioni. L'agitazione psicomotoria di alcuni pazienti potrebbe essere ridotta se da parte del team clinico-assistenziale venissero messe in atto oltre agli interventi citati precedentemente anche un'altra serie di interventi quali:

- Creare di un clima accogliente per il paziente;

- Usare del silenzio terapeutico e capacità di far parlare il paziente delle proprie impressioni;
- Capacità di rispondere alle domande in modo corretto: se il paziente formula un tipo di domanda aggressiva, indirizzarlo verso nuove direzioni e porre dei limiti fornendogli delle aspettative chiare e concise. Informare il paziente delle potenziali conseguenze se non modificherà i suoi comportamenti;
- Se il paziente minaccia verbalmente di fare del male agli altri, restare calmi e continuare a porre limiti al suo comportamento inadeguato. Se alla dimissione vi è una forte probabilità di pericolo imminente, l'infermiere deve notificarlo all'autorità competente;
- Mantenere la sicurezza e uno spazio personale con il paziente verbalmente intimidatorio. Conservare un comportamento non verbale privo di minacce, linguaggio del corpo incluso.

È opportuno che l'infermiere possa sempre avere la possibilità, ad esempio posizionandosi fra il paziente e la porta aperta, di guadagnare l'uscita senza subire danni e di poter fruire del pronto intervento di una équipe, che osservi senza disturbare o alterare la riservatezza del colloquio. Quest'ultima avvertenza serve non solo per il pronto intervento fisico, che l'équipe può mettere in atto, ma anche per tranquillizzare, dissuadere con la presenza, discreta ma significativa di varie persone, eventuali atti aggressivi, soprattutto se questi sono di tipo manipolatorio, e cioè suscettibili alla provocazione, ma sempre sensibili al confronto con la realtà. Una considerazione da tenere in mente è quella di Rita Ricci , un psicoterapeuta della famiglia e psicologa italiana che affermò che: *«Nessuno di noi è completamente "buono", la malvagità, nel senso di aggressività, pensieri "cattivi", instintualità, è comunque parte della nostra personalità e non serve a molto tentare di soffocarla, meglio piuttosto integrarla con in resto e canalizzarla verso un fine utile e costruttivo»*

### 3.3 INTERVENTI FARMACOLOGICI

Come interventi farmacologici, per gestire l'agitazione psicomotoria, il medico può decidere in base alla gravità, di prescrivere farmaci, l'obiettivo del trattamento farmacologico è di agire, a seconda dei casi, sull'agitazione psicomotoria e/o sui sintomi positivi (deliri e allucinazioni) utilizzando antipsicotici tipici ad alta o bassa potenza, antipsicotici atipici, antistaminici, benzodiazepine. Tra gli **antipsicotici** sia tipici ad alta o bassa potenza che quelli atipici abbiamo l'Aloperidolo (Serenase-Haldol) che generalmente agisce in intramuscolo in 20 minuti ed è utilizzato nel delirium nel paziente critico, la Promazina (Talofen) che è il più sicuro fra gli antipsicotici a bassa potenza e ha effetto sedativo da preferire negli anziani ed etilisti, la Clorpromazina (Largactil) che è più sedativo e ipotensivante della Promazina e da una risposta intramuscolo in 30-60 minuti, la Clotiapina (Entumin) che è più sedativo e ipotensivante della clorpromazina, il Tiapride (Sereprile) che viene utilizzato in alternativa all'alooperidolo, lo Ziprasidone (Zeldox) che ha un buon effetto sedativo superiore all'alooperidolo, l'Olanzapina (Zyprexa) che determina una buona sedazione superiore allo Ziprasidone ed infine come antipsicotici che si possono utilizzare abbiamo l'Asenapina (Sycrest), Risperidone e la Loxapina.

Tra gli **antistaminici** abbiamo la Prometazina (Farganesse) che generalmente determina una buona sedazione nel paziente.

Tra le **benzodiazepine** si possono somministrare per ridurre l'agitazione psicomotoria: il Midazolam (Ipnovel) che ha una risposta intramuscolo in 5-10 minuti e generalmente è utilizzato per trattamento < 24 ore dell'ansia, il Diazepam (Valium) che ha un effetto sedativo e agisce in 2-3 minuti; il Delorazepam (En) e il Lorazepam (Tavor).

Nella somministrazione di tutti questi farmaci è necessario evitare di somministrare gli antipsicotici per via endovenosa per rischio cardiovascolare in quanto possono portare ad aritmie, ipotensione; inoltre le benzodiazepine nel caso vengano somministrate per via endovenosa,

vanno fatte lentamente in 2 minuti per evitare l'arresto respiratorio e evitare di somministrarle in anziani, nel delirium, nel ritardo mentale, nelle demenze e nelle sindromi psicoorganiche.

Per un effetto ansiolitico (crisi d'ansia) utilizzare il Diazepam o altra benzodiazepina o il Lorazepam; per ottenere un effetto sedativo marcato (gravi agitazioni psicomotorie) associare una benzodiazepina per via endovenosa con un antipsicotico a bassa potenza o antipsicotico atipico per via intramuscolare ed eventualmente un antistaminico; per un effetto sedativo soft in sindromi deliranti utilizzare l'Aloperidone e l'Aripiprazolo:

Proprio perché l'agitazione psicomotoria è molto diffusa sono state fatte delle linee guide per la tranquillazione rapida dell'adulto. In base alle linee guida per la tranquillizzazione rapida dell'adulto, il primo obiettivo deve essere quello di calmare il più rapidamente possibile un paziente gravemente agitato, riducendo il rischio di atteggiamenti auto ed etero lesivi, senza compromettere lo stato di coscienza.

Inoltre come intervento farmacologico, la prima opzione di somministrazione deve essere per bocca dove le condizioni lo permettono mentre la via endovenosa andrebbe evitata ed usata solo quando le altre vie di somministrazione sono state inefficaci.

Dopo l'intervento di tranquillizzazione rapida è necessario monitorare il paziente tenendo conto del farmaco utilizzato, delle condizioni del paziente e della via di somministrazione utilizzata.

L'intervento farmacologico deve essere attuato solo dopo il fallimento delle strategie relazionali messe in atto per la gestione della crisi.

Inoltre secondo le linee guida per la tranquillazione rapida del paziente, nel trattamento farmacologico maggiore attenzione va posta alle popolazioni fragili in cui vi sono più rischi per la scelta del farmaco; in particolare anziani, intossicati, pazienti con comorbidità mediche, disabili, pazienti con sospetta astinenza da alcool o da sostanze, pazienti con casi di allergie a particolari farmaci e pazienti stranieri con cui la comunicazione risulta difficile a causa di barriere linguistiche.

### 3.4 INTERVENTI ALLA FAMIGLIA

La persona agitata è un grave problema per i familiari che non riescono a gestire queste persone essendo essi stessi oggetto di aggressione.

Molto frequentemente infatti, i familiari adottano modalità relazionali inconsapevolmente provocatorie nei confronti del loro congiunto scatenando la sua reazione. L'intervento dell'infermiere in queste situazioni è diretto ad aiutare i familiari a riconoscere le distorsioni relazionali sostenendoli nello sviluppare nuovi modelli relazionali/comunicativi, non provocatori, sebbene assertivi.

Nelle situazioni di eccessiva tensione, può essere necessario allontanare il paziente dall'ambiente familiare per consentire un miglior riequilibrio nelle relazioni. Secondo la teoria generale dei sistemi, la famiglia vien considerata come un sistema di relazioni connesse tra loro in cui ogni azione su un comportamento modifica l'intera struttura; così, come in ogni sistema, i comportamenti all'interno di essa non sono indipendenti, se un membro cambia, con esso cambia anche il suo sistema di appartenenza.

Questo ci fa capire come lavorare con le famiglie dei pazienti non significhi quindi formulare una nuova ipotesi eziologica che vede la famiglia come causa del disturbo del paziente, ma al contrario vuol dire utilizzare un'ottica che considera il comportamento umano non solo come caratteristica dell'individuo, ma anche funzione del contesto in cui esso vive.

Tale comportamento assume un significato soprattutto all'interno della rete di relazioni e della situazione ambientale in cui si manifesta.

Gli studi sui sistemi umani elaborati da Jackson sui sistemi familiari hanno dimostrato che l'interazione ed in particolare la comunicazione umana è governata da criteri di organizzazione. Jackson insieme a Gregory Bateson del Mental Research Institute dove avvenne la prima applicazione clinica dei concetti sistemici a famiglie in terapia, osservò che nelle famiglie di pazienti psichiatrici, in particolare negli schizofrenici, in coincidenza con miglioramenti del paziente si manifestavano ripercussioni violente su altri membri (depressioni) e per questo affermò che questi

comportamenti del paziente erano meccanismi omeostatici che operavano per restituire al sistema disturbato il suo precario equilibrio

Nel processo assistenziale è molto importante il coinvolgimento della famiglia anche se a volte questo coinvolgimento può essere vissuto come una colpevolizzazione rispetto alla malattia del familiare.

Coinvolgere la famiglia nei processi terapeutici quindi è un momento delicato e molto legato al contatto tra i familiari e gli operatori sanitari con cui essi vengono in contatto. In questo caso il ruolo dell'infermiere nel contesto del ricovero è quello di contenere le ansie e le richieste della famiglia. Il primo obiettivo è aiutare i familiari a sentirsi protagonisti e risorsa fondamentale nella cura del paziente tenendo conto che la famiglia spesso subisce in modo traumatico l'ospedalizzazione di un proprio membro. Per quanto riguarda le famiglie anche le terapie sistemico-relazionali e dialettico-comportamentali hanno dato vita ad infinite possibilità di intervento con la famiglia che si è rivelato negli anni uno strumento prezioso nel rendere più accessibili i pazienti difficili, nello sbloccare percorsi individuali lunghi, nell'aiutare i genitori durante i processi a volte lunghi, nell'aiutare fratelli ad affrontare un dramma che li coinvolge profondamente.



## 4 CAPITOLO: LA CONTENZIONE

Quando mezzi alternativi meno restrittivi si dimostrano inefficaci o insufficienti, per garantire l'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine si adottano le contenzioni che comprendono l' utilizzo di mezzi chimici, fisici e ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti.

Si possono distinguere 4 tipi di contenzione:

- Fisica (sponde laterali, cavigliere di contenzione, ecc.)
- Chimica (farmaci neurolettici)
- Ambientale (porte chiuse a chiave, sbarre sulle finestre e isolamento)
- Psicologica (tecniche di tranquillizzazione rapida).

I mezzi di contenzione fisica, sono mezzi di norma applicabili al paziente a letto, per uno, due, tre e quattro arti. Si tratta generalmente di cinture in cuoio rivestito, con chiusura a chiave, e cinture monouso, in poliuretano con chiusura velcro. Sono vietati i mezzi di contenzione estemporanei quali, ad esempio, cerotti, garze, bende, lenzuola, in quanto destinati ad altri usi e pertanto non possono garantire la sicurezza del paziente e dell'operatore. Il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a circostanze eccezionali:

- situazioni di emergenza in cui il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per gli altri e l'uso della contenzione si dimostri essere la scelta migliore;
- rischio di rimozione di presidi medicali, da parte del paziente (es.: tubo endotracheale), specialmente quando necessari per l'immediato benessere e la tutela del paziente

La contenzione fisica deve essere considerata un evento eccezionale, da attuarsi solo dopo aver messo in atto numerosi tentativi alternativi, documentati nella cartella clinica, volti ad evitare danni al paziente, al personale o a terzi. In ogni reparto in cui tale pratica sia prevista devono dunque essere operativi sistemi di cura e contenimento ambientale,

farmacologico ed emotivo, di valutazione del rischio e predittività tali da azzerare o almeno ridurre fortemente la pratica stessa e devono essere stilate linee guida che indirizzino gli operatori.

I fattori di predittività della crisi di agitazione psicomotoria sono riconducibili ad aspetti legati al paziente:

- storia di precedenti atti violenti
- abuso di sostanze
- diagnosi di psicosi
- diagnosi di disturbi di personalità borderline
- disturbi paranoidi
- confusione mentale
- eccitamento maniacale
- presenza di dolore
- status socio-economico precario
- giovane età
- sesso maschile
- etnia, stranieri con difficoltà di comprensione della lingua
- TSO non sufficientemente informati riguardo a modalità e finalità del ricovero
- Sesso soprattutto uomini

Tuttavia la possibilità di condotte violente e la frequenza di contenzione sono correlate non tanto al tipo di psicopatologia ma alla sua gravità e soprattutto alle caratteristiche di quel particolare paziente.

A questi si possono aggiungere quelli legati al personale sanitario:

- status di tirocinante
- giovane età 10
- infermieri neoassunti
- ridotta esperienza professionale
- scarse capacità relazionali
- sesso, soprattutto presenza di sole donne.

Quelli legati al setting di cura e alle dinamiche di equipe:

- Ambiente con spazi fisici angusti, sovraffollato, mancanza di privacy,
- convivenza forzata,
- impossibilità di uscire,
- stile di lavoro e atmosfera di reparto con un assetto pedagogico-paternalistico o con ritmi frenetici caratterizzati da scarsa empatia
- violenza/contenzioni solo in un determinato turno (dinamiche disfunzionali o accordi di omertà),
- contenzioni punitive a carattere disciplinare messe in atto al fine di placare sentimenti di rabbia verso il paziente. Tali contenzioni spesso configurano reati penali.

Al contrario i fattori di protezione che riducono la frequenza di contenzione sono intelligenza ed apertura dell'operatore, capacità di relazione, ascolto e contenimento emotivo, contrapposte alla tendenza ad etichettare subito, con modalità proiettive, il paziente che turba (paziente King-Kong) assumendo atteggiamenti difensivi ostili e provocandone l'aggressività.

Anche il calore umano, direttive chiare, coesione e collaborazione tra i membri dello staff con risposte rapide, coerenti e non ambigue, competenza professionale ed esperienza, motivazione e training personale sono anch'esse fattori di protezione, come anche ambiente spazioso e accogliente, tinte pastello, quadri allegri-rilassanti, possibilità di uscire. L'affollamento è correlato alla violenza (aumento dei contatti, ridotto spazio difendibile) mentre aumento del numero di persone senza affollamento determina aumento del controllo sociale e riduzione della violenza. A volte è il paziente stesso che richiede di essere contenuto se la richiesta di contenzione è indice di atteggiamenti regressivi (isteria) o vittimistici (paranoia) non andrebbe soddisfatta.

Merita una particolare nota l'utilizzo, errato, della contenzione per sopperire a carenze organizzative o convenienza dello staff. Mentre è opportuno valutare l'aggressività e la forza fisica del paziente in rapporto alle risorse disponibili. In caso di risorse insufficienti, richiedere l'intervento

di personale da altre strutture e se necessario delle Forze dell' Ordine (Polizia Municipale, Carabinieri, Polizia) onde garantire la sicurezza del paziente, degli operatori e degli altri degenti.

L'intervento contenitivo va sempre registrato e documentato e motivato sull'apposita documentazione clinica medica e infermieristica in dotazione e necessita di una prescrizione medica e/o dell'equipe sanitaria. Il medico deve precisare, sulla documentazione del paziente, i mezzi adottati ed il loro posizionamento, deve essere temporanea non può superare le 12 ore consecutive, salvo che non lo richiedono le condizioni del paziente e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Negli SPDC durante il normale svolgimento dell'attività assistenziale, si possono quindi verificare situazioni in cui, per la combinazione di questi fattori, l'agitazione psicomotoria evolve e degenera nella crisi di aggressività acuta, che in casi estremi ed eccezionali, porta gli operatori a utilizzare mezzi di contenzione fisica.

L'obiettivo secondo le regole del rischio clinico è di prevenire eventi avversi, fornire un'assistenza personalizzata, con estrema attenzione però alle ricadute sulla dignità personale e sulla dimensione etica ed emotiva sia della persona che dell'equipe sanitaria.

A tale proposito gli interventi raccomandati sono:

- a) istituire un programma formativo continuativo specifico rivolto al personale medico ed infermieristico;
- b) momenti strutturati di discussione e condivisione dell'equipe successivi agli episodi di aggressione/contenzione, con eventuale aggiunta di supervisione e/o consultazione di esperti esterni all'equipe .

Quando la contenzione fisica risulta l'unico intervento possibile occorre organizzare l'intervento come segue:

- preparazione dell'ambiente in sicurezza con rimozione di oggetti potenzialmente taglienti, contundenti e che possano comunque provocare lesioni,
- allontanamento di terzi eventualmente presenti per non esporli a rischi;
- preparazione preventiva del letto, quando possibile, con appropriata apposizione dei mezzi di contenzione e collocazione idonea alla sorveglianza ed all'assistenza. I mezzi utilizzati devono essere quelli idonei alla pratica, autorizzati per il presidio sanitario, e devono essere impiegati secondo le raccomandazioni fornite dal produttore;
- azione dell'equipe, possibilmente secondo un piano preordinato, in base al quale ogni operatore trattiene un arto e uno protegge la testa (minimo 3 operatori, ideali 5/6); le modalità utilizzate per effettuare la contenzione devono, per quanto possibile, evitare compressioni al collo, torace, addome;
- dotazione di mascherina protettiva e guanti da parte del personale sanitario, al fine di evitare il più possibile danni nel corso della presa del paziente e contaminazioni con materiale biologico. I pazienti intossicati dovrebbero essere contenuti in posizione di decubito laterale, premunendosi per una possibile aspirazione nelle vie aeree ed evitare ab-ingestis.
- contenere il paziente su un letto articolato preferibilmente munito di ruote e ubicato, se possibile, in camera singola, altrimenti selezionare attentamente i compagni di camera per prevenire possibile aggressione a persona impossibilitata a difendersi. La camera deve essere attigua alla guardiola.
- assicurarsi che tutti i potenziali oggetti di offesa e gli

ostacoli siano stati rimossi dall'ambiente, aprire ante delle porte della camera, spostare altri letti, allontanare altri pazienti o visitatori dalla camera.

Il numero di operatori che necessitano nel momento della contenzione è di 5, a segnale convenuto ogni operatore trattiene un arto mentre il quinto posiziona ferma polsi e ferma caviglie. Particolare attenzione va posta alla testa del paziente che va in ogni caso “stabilizzata” e protetta. Stante la notevole forza del muscolo quadricipite, la immobilizzazione fisica degli arti inferiori andrà condotta impugnando la caviglia del paziente con una mano mentre con l'altra mano o con il peso del proprio corpo si porterà il ginocchio del paziente in estensione al fine di permettere al collega la immobilizzazione meccanica dell'arto.

Altre importanti cose da tenere in considerazione sono:

- Per garantire la massima sicurezza del paziente evitare il ricorso alla contenzione parziale (solo gambe o solo braccia)
- Accertarsi che il paziente non sia portatore di protesi dentaria, lenti a contatto o altri ausili sanitari che possano costituire un potenziale pericolo per la salute del paziente durante la contenzione.
- Togliere indumenti che potrebbero arrecare fastidio e oggetti che potrebbero costituire pericolo per il paziente (accendini, oggetti taglienti).
- Spiegare con calma e chiarezza al paziente i motivi della contenzione e informarlo che sarà temporanea.

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 15 minuti dal personale infermieristico e almeno ogni 8 ore dal personale medico e deve avere la possibilità di poter chiamare gli operatori. Controllare il comfort personale e ambientale (indumenti, arti in posizione

tale da non produrre un danno fisico, igiene personale, microclima della stanza, illuminazione, rumori). Modulare eventuali stimoli percettivi (rumori, luce).

Molto importante è monitorare i parametri vitali (FC, PA, FR, TC, SaO<sub>2</sub>), monitorare effetti collaterali dei farmaci e controllare alimentazione, dipsia, diuresi, evacuazione, stato di coscienza, compressioni, abrasioni, ulcere da decubito. Tali controlli vanno rilevati ad intervalli di 3 ore. Registrare le rilevazioni nell'apposita scheda in dotazione. Oltre all'utilità clinica tali controlli comunicano al paziente un senso di accudimento, distanziando vissuti punitivi legati all'atto coercitivo. Inoltre durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.

Le complicanze legate all'uso scorretto e/o prolungato dei mezzi di contenzione possono essere:

**Rischi fisici:**

- Polmonite ab ingestis,
- le lesioni nervose da compressione (lesione del plesso brachiale distale per scivolamento del paziente e risalita del corsetto fino alle ascelle, in caso di contenzione con testata del letto alzata),
- la contrattura ischemica dei muscoli delle mani (polsini troppo stretti),
- le abrasioni, le contusioni, gli ematomi, le piaghe da decubito,
- la TVP,
- le infezioni,
- l'asfissia da compressione della gabbia toracica o strangolamento (persona rimasta impigliata o appesa nel tentativo di alzarsi),
- il rush catecolaminico con possibile morte improvvisa dopo un lungo periodo di agitazione e lotta nel tentativo di liberarsi,
- la rabdomiolisi ( danno grave del muscolo scheletrico)
- la violenza di altri pazienti.

### **Rischi psichici:**

- L'Addomesticamento del paziente (contenzione non "metabolizzata" vissuta come sopruso anziché come atto necessario) e degli altri degenti (contenzione vissuta come atti impositivo anziché normativo ossia "conviene star buono se no capita anche a me") e corrispettivi vissuti inconsci di onnipotenza dello staff per aver controllato ed immobilizzato il paziente.
- Paura
- Sconforto
- Depressione

La contenzione cessa quando a giudizio del medico e/o dell'equipe non sussistano più le condizioni che l'hanno determinata. La contrattazione col paziente in merito alla de-contenzione è utile per il raggiungimento di una condivisione sul percorso terapeutico successivo. Effettuare la de-contenzione almeno in 2 operatori registrandola in cartella clinica infermieristica, medica e scheda di rilevazione. Si sbloccano le fasce col magnete di apertura, si pone il paziente semiseduto per alcuni minuti rilevando PA E FC , quindi lo si aiuta a scendere dal letto e compiere alcuni passi.

### **4.1 NATURA DELLA CONTENZIONE**

Secondo la recente sentenza della Corte di Cassazione V sezione, 20 giugno 2018, n. 50497 la contenzione non ha natura di atto medico in quanto quest'ultimo ha lo scopo principale di realizzare un beneficio per la salute, bene tutelato dall'articolo 32 che afferma che la libertà personale è inviolabile e nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. L'uso della contenzione meccanica secondo i giudici della corte di Cassazione rappresenta l'utilizzo di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente. Nell'analisi della natura della



contenzione, la Cassazione cita i codici deontologici delle professioni interessate art 51 Codice Fnomceo, 2014 e art 30 Ipasvi (oggi FNOPI 2009) che delimitano l'utilizzo della contenzione a situazioni eccezionali.

L'utilizzo dei mezzi di contenzione viene giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale che afferma che " non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Gli elementi dello stato di necessità sono quindi: il pericolo attuale di un danno grave alla persona, le inevitabilità altrimenti del pericolo e la proporzionalità del fatto. Il pericolo deve essere attuale e quindi è inammissibile l'applicazione della contenzione in via precauzionale; occorre il riscontro degli elementi obiettivi che devono essere indicati in maniera dettagliata e inoltre la valutazione del pericolo deve basarsi su un costante monitoraggio del paziente con la registrazione in cartella clinica del monitoraggio. La inevitabilità altrimenti del pericolo entra in atto quando non vi è la possibilità di salvaguardare la salute del paziente con strumenti alternativi. Ultimo requisito, la proporzionalità è inerente alle modalità di applicazione della contenzione essendo evidente che per la sua invasività, la contenzione deve essere applicata allo stretto necessario verificando anche se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo che sussiste impone di bloccare entrambi i polsi e caviglie.

Tutte queste cose e valutazioni devono essere valutate dal medico e registrate in cartella clinica motivando l'utilizzo.

La Cassazione quindi ha affermato che la contenzione è una prescrizione medica da applicare, ma un atto sanitario da valutare di volta in volta al cambio del medico in servizio per la verifica dei requisiti sopracitati e indicanti lo stato di necessità e la valutazione deve essere dettagliata per spiegare meglio i motivi di prescrivere tale presidio. Fuori da questi elementi la contenzione è illecita e il medico e il personale sanitario che la

applicano sottopongono il paziente ad una privazione della libertà personale mettendo in atto gli estremi di sequestro di persona.

E' proprio questo che è successo a Franco Mastrogiovanni, un maestro elementare di 58 anni che il 4 agosto 2009, in seguito a 82 ore di atroce contenzione, digiuno, solo e legato mani e piedi a un letto del reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Vallo della Lucania, dove era stato forzatamente ricoverato per il TSO, morì in conseguenza di un edema polmonare. Nella sopracitata sentenza i giudici, dopo 9 anni di processi, condannarono il comportamento dei medici per la prescrizione immotivata e per la mancata rivalutazione della contenzione per i medici subentrati in turno e degli infermieri. Quello che è emerso da tutti i gradi di giudizio è stato incontrovertibile; il motivo dell'agitazione di Mastrogiovanni non è stata la motivazione della contenzione ma il contrario: l'agitazione era dovuta dal tempo in cui la contenzione era stata messa in atto e cioè 82 ore e dall'invasività che aveva già causato numerose abrasioni e profonde escoriazioni che nessun operatore sanitario si era occupato di medicare.

E' stato quindi disposto un utilizzo della contenzione per uso precauzionale senza che ne sussistessero i motivi e senza che il paziente venisse rivalutato. I reati che si sono presentati nel caso sono: il sequestro di persona e la responsabilità di medici e infermieri, falso ideologico, morte come conseguenza di un altro reato.

Per quanto riguarda il reato di sequestro di persona, previsto dall'articolo 605 del codice penale, è a dolo generico ed è stato in primo luogo accertato dalla mancata annotazione in cartella clinica; inoltre è emerso che all'Ospedale di Vallo della Lucania la contenzione si metteva in atto in un modo usuale a tutti i pazienti psichiatrici. La mancata annotazione in cartella e la piena consapevolezza da parte dei medici di aver applicato la contenzione in difetto dei presupposti di necessità hanno privato Mastrogiovanni della libertà; tutto questo si è aggravato dal momento che è stato impedito ai familiari di visitare Mastrogiovanni durante il ricovero.

Sono stati condannati a sequestro di persona anche gli infermieri in quanto non hanno rispettato gli obblighi giuridici autonomi in base alla

legge 25/2000 e il codice deontologico dell'infermiere; infatti è emerso durante le indagini che gli infermieri che facevano i turni si erano limitati solamente ad eseguire l'ordine verbale di contenere i pazienti e a tollerare il mantenimento di una situazione rilevante di privazione della libertà personale che potevano e dovevano far cessare alla luce degli obblighi giuridici. L'autonomia dell'infermiere era riconosciuta dalla legge 251/2000 e dall'articolo 33 del vecchio codice deontologico e afferma che “l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia un evento straordinario sostenuto da prescrizione medica”. Si richiede quindi agli infermieri un comportamento attivo di verifica della legittimità dell'uso della contenzione affinché la stessa sia un evento straordinario e non costituisca un regime ordinario di trattamento del paziente psichiatrico. Inoltre l'articolo 30 del vecchio codice deontologico prevedeva l'obbligo di protezione del paziente attraverso segnalazione all'autorità competente di eventuali maltrattamenti o privazione. Questi obblighi propri devono portare se necessario a situazioni di segnalazione e denuncia delle violazioni. Nel reato di morte come conseguenza di altro reato è stata annullata la sentenza in quanto a differenza di quanto si riteneva in primo e secondo grado di appello dove si parlava di morte come causa di contenzione, questo nesso non è stato riconosciuto come non sussistente. Per quanto riguarda il falso ideologico, la mancata annotazione in cartella clinica ha portato ai medici anche alla condanna per falso ideologico in atto pubblico per omissione.

#### **4.2 ASPETTI MEDICO LEGALI**

È vero comunque che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità, la misura di contenzione non solo può ma deve essere applicata se non si vuole facilmente incorrere nel reato di abbandono di incapace. Qualora la contenzione fosse ingiustificata o viene messa in atto per convenienza del personale sanitario si possono configurare i reati di sequestro di persona e maltrattamento come evidenziato nel paragrafo sopraesposto. L'abuso dei

mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale (Chiunque abusa dei mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo e nella mente) e all'articolo 610 del Codice Penale (L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe tradursi in accusa di aggressione e violenza).

Altrettanto punibile è la mancata segnalazione da parte degli operatori sanitari all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (art 33 Codice Deontologico IPSVI 2009).

Qualora, per l'uso di mezzi di contenzione, si verificano danni alla persona si possono andare incontro a reati per responsabilità colposa (art 590- lesioni personali colpose) o per violazione (art 586-morte o lesioni come conseguenza di altro delitto); inoltre l'uso di mezzi di contenzione è sempre vietato nei pazienti in età pediatrica (Carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale-Consiglio d'Europa)

Le misure contenitive possono essere più facilmente giustificabili in un TSO che non in caso di ricovero volontario. Il TSO in regime di degenza ospedaliera deve essere attuato nel caso di: esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e nel caso di assenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere; deve essere costantemente accompagnato da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato e deve essere rigorosamente circoscritto all'urgenza e limitato allo stretto necessario.

Come già accennato precedentemente, le misure di contenzione sono più facilmente giustificabili nei TSO; questo fa sì che ogni operatore ha delle responsabilità in questi tipi di trattamenti che possiamo classificare in:

responsabilità penale, civile ed etica.

Nella responsabilità penale, il personale sanitario ha dei precisi obblighi durante il regime di TSO che se non rispettati, possono portare ad fattispecie di responsabilità penale colposa, qualora vengano ravvisate un omissione di assistenza o un erogazione di assistenza inadeguata per

cause quali imperizia, imprudenza e negligenza.

Gli art 328, 591 e 593 del codice penale normano rispettivamente l'omissione e rifiuto di atti d'ufficio, l'omissione di soccorso e l'abbandono di persone incapaci: nel caso di rifiuto o della prematura interruzione di un TSO (difetto di TSO), il medico può essere accusato di questi reati ovvero di concorso nelle condotte eventualmente commesse dal malato durante il ricovero o ancora di omicidio colposo nel caso che il malato si suicidi.

Viceversa, il medico della struttura pubblica che propone il TSO senza che vengano soddisfatte le tre condizioni dell'art 34 della Legge 833 del 1978 può essere imputato di sequestro di persona (art 605 c.p) o di violenza privata (art 610 c.p). In sintesi, il medico della struttura pubblica può essere ritenuto responsabile penalmente di colpa se: dal mancato o inadeguato intervento derivi un danno alla salute del paziente, se il paziente arrechi danno a se o agli altri, se il paziente sia vittima di reato, se sia dimostrabile un nesso di causalità tra non intervento e danno (presunta condotta omissiva ed evento non impedito, art 40 c.p).

La responsabilità civile riguarda la responsabilità dello psichiatra, degli operatori psichiatrici e dell'ente preposto all'assistenza psichiatrica relativamente al risarcimento del danno da fatto illecito o da inadempienza contrattuale. Può essere di tipo contrattuale, derivante ossia dalla violazione di patti sanciti, quale nel caso di un danno causato all'interno del contratto paziente-terapeuta (art. 2236 c.c), oppure extracontrattuale, conseguente alla produzione di un danno ingiusto in assenza di un precedente contratto (art. 2043 c.c).

### **4.3 ASPETTI DEONTOLOGICI**

I presupposti giuridici per la contenzione li troviamo anche nel codice deontologico del medico e dell'infermiere.

Per quanto riguarda il codice deontologico del medico, gli articoli 29, 31 e 32; l'articolo 29 afferma che il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità,

la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle conseguenze della terapia e della mancata terapia al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche terapeutiche; nell'articolo 31 il medico non deve mettere in atto alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il consenso del paziente; nell'articolo 32 in base al rifiuto della persona capace di intendere e volere, il medico non deve mettere in atto atti diagnostici e curativi. Nel codice deontologico dell'infermiere, nell'ambito del TSO è dovere deontologico del sanitario per quanto riguarda la responsabilità etica assumere un comportamento eticamente responsabile, che ascolti, si informa e coinvolge valutando con la stessa i bisogni assistenziali per favorire un livello di assistenza garantito, che rispetti le indicazioni espresse dall'assistito e ne facilita i rapporti con la comunità e lo aiuti a sostenere la persona nelle scelte terapeutiche; inoltre è importante che il sanitario eviti discorsi ambigui e fornisce al paziente e ai familiari un'informazione il più possibile chiara e sincera, ammettendo la necessità di ricorrere a mezzi coercitivi.

Nel nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Presentato dal Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019 l' articolo 35 dichiara che: *“ L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori”.*

Quindi alla luce delle cose suddette possiamo concludere che:

- la contenzione non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica, non ha una finalità di carattere terapeutico;
- la contenzione è una pratica eccezionale che può essere giustificata solo con il ricorso allo stato di necessità, ex art. 54 cp;

- compete al medico prescrivere la contenzione e compete ai medici che si alternano nei turni e nelle guardie riconfermare la contenzione dopo valutazione e procedere all'annotazione in cartella clinica che serve (anche) per la dimostrazione degli elementi che portano allo stato di necessità;
- la prescrizione della contenzione non è da considerarsi un "ordine gerarchico" rivolto agli infermieri dal medico;
- compete agli infermieri la verifica della correttezza della contenzione come obbligo giuridico e deontologico autonomo e diverso da quello del medico.

In assenza di questi presupposti la contenzione diventa abusiva e integra gli estremi del reato di sequestro di persona

## **CONCLUSIONI**

Per concludere possiamo affermare che la contenzione, nonostante sia ritenuta “inevitabile” e considerata uno strumento per gestire l’agitazione psicomotoria, è più un problema che una soluzione; per questo per ridurre il fenomeno dell’ abuso e le relative conseguenze della contenzione fisica soprattutto in ambito psichiatrico, è opportuno mettere in atto svariate strategie che hanno lo scopo principale di potenziare il soggetto e il personale sanitario, di migliorare l’organizzazione del servizio applicando adeguati strumenti relazionali e valorizzando il clima terapeutico. Molto importante è il coinvolgimento di tutta l’istituzione allo scopo principale di attuare un cambiamento strutturale di carattere culturale e deontologico; questo si potrebbe mettere in atto focalizzandosi su strategie gestionali, iniziative di educazione e formazione relazionali, ambientali e logistiche sulla rete esterna al presidio ospedaliero.

Inoltre per ridurre al minimo l’utilizzo della contenzione è molto importante per quanto riguarda l’infermiere, il lavoro di equipe multidisciplinare che ci consente di poter assistere la persona sia sotto l’aspetto fisico, psichico e sociale oltre che collaborare con i membri dell’equipe mettendo in atto interventi che vanno a prevenire il problema come l’accoglienza, l’ascolto della persona e il monitoraggio del soggetto.



## BIBLIOGRAFIA

*Alexy EM, Hutchins, JA (2006) WORKPLACE violence: A primer for critical care nurses. Crit care nurs clin north AM, 18(3), 305-312.*

*Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med 2001;(Spec No):1-88.*

*Anderson, L.N, E Clarke, J.T (1996). DE escalation verbal aggression in primary care settings. Nurse Practitioner, 21(10), 95-107*

*Aronson, E., Wilson, T.D. and Akert, R.M. (2010) Social Psychology. 7th Edition, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.*

*Attanasio S. (2012). Psicologia Sociale e Devianza – Lezione 11: Aggressività.*

*Basaglia F Lettere in Scritti Vol 2:1968-1980:Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica(1979)*

*Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. Behavioural Sciences, 1956.*

*Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Drugs 2005;65:1207-22*

Bailey B, *Women's Psychological Aggression Toward an Intimate Male Partner: Between the Impulsive and the Instrumental. J Interpers Violence* 2018 Nov 30:

Berti A.E. & Bombi A.S. (2005). Corso di psicologia dello sviluppo. Bologna: Il Mulino.

Caso Mastrogiovanni:articolo da quotidiano sanità.it del 12 novembre 2018.

Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM: *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Milano, 2002

Comitato Nazionale per la Bioetica. (2015). *La Contenzione: problemi bioetici* (pp. 4-20). Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Eva Skolnik-Acker, LICSV; Committee for the study and prevention of violence against social workers, NASWMA, AGOSTO 2008

- Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002). *A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 616–625

- Ferioli, V. (2013). *Contenzione: Aspetti clinici, giuridici e psicodinamici. Psichiatria E Psicoterapia*, 32(1), 29- 44.

Fernandez Gallego V, Murcia Perez E, Sinisterra Aquilino J, et al. *Management of agitated patients in the emergency department. Emergencias* 2009;21:121-32

Fornari, U. (2004). *Trattato Italiano di Psichiatria Forense*. Milano: UTET.

Gargione G. (2000). *Psicologia: la nuova frontiera*; Di Fraia Editore

Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, et al. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 2002;52:9-14. *World J Biol Psychiatry* 2016;17:86-28.

Gibson M. (2004). Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica. Milano: Bruno Mondadori.

Glatt SJ, Faraone SV, Tsuang MT. Association between a functional catechol O-methyltransferase gene polymorphism and schizophrenia: meta-analysis of case-control and family-based studies. *Am J Psychiatry* 2003;160:469-76.

Hare R.D. *Psychopathy and violence.* R. Hays, T.K. Roberts, K.S. Solway (Eds.), *Violence and the violent individual* (1981). New York: Jamaica, N.Y.. Hare, 1983.

James A, Madeley R, Dove A (2006) *Violence and aggression in the emergency department.* *Emerg Med J*, 23(6), 431-434

Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP et al. (1998) *Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland.* *J Accid Emerg Med*, 15, 262-265

Lindenmayer JP. *The pathophysiology of agitation.* *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 14):5-10.

Malagoli Togliatti M, Telfner: *La terapia sistemica.* Roma: Astrolabio, 1983

Martina P. (1994). *Aspetti teorici dell'aggressività.*

*Nordstrom K et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med, 2012;13(1):3-10.*

*Palmonari A., Cavazza N. & Rubini M. (2012). Psicologia sociale. Bologna: Il Mulino*

*Patrizi P. & De Gregorio E. (2009). Fondamenti di psicologia giuridica. Bologna: Il Mulino.*

*- Regione Lazio Direzione salute e politiche sociali. (2017). Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti (pp. 13-15). Regione Lazio.*

*Rita Ricci, Harry Potter: l'avventura di crescere. Psicologia dell'adolescenza e magia della fiaba, EDUB, 2005.*

*Schepisi L. L'imprevisto famiglia nei servizi di salute mentale. De Ferrari, F. E Altamura, A.C. (2002). Medicina Legale in Psichiatria. Napoli: Mediserve.*

*Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G: Paradosso e contro paradosso*

*Svrakic DM & Cloninger RC: Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. Psychiatr Danub 2010;22: 153-66.*

*Valzelli L. Fortschr Neurol Psychiatr 1995;63:12-8.*

*Valzelli L, Psicobiologia dell'aggressione e della violenza, Faenza Editrice, Faenza 1989,*

*Wilson MP, Pepper D, Currier GW, et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med 2012;13:26-34.*

*American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione-TR, Masson, Milano, 2001*

*Zanetti, E., Castaldo, A., Miceli, R., Mariani, L., Gazzola, M., & Gobbi, P. et al. (2012). L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. Rivista L'infermiere, (2), 29-38.*

*Zimbardo P, The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil, Random House, New York 2007; tr. it., L'effetto Lucifero, Cattivi si diventa?, Cortina, Milano 2008.*

