



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Tecniche di de-escalation:
strumento in difesa del personale
DEA dall'agito violento**

Relatore:
Dott. **Francesco Riccardi**

Tesi di Laurea di:
Alessio Coppari

Correlatore:
Inf. **Antonella Silvestrini**

A.A. 2021/2022

INDICE

1. INTRODUZIONE	pag. 2
1.1 Le conseguenze delle aggressioni	pag. 3
1.2 Strategie per fronteggiare le aggressioni	pag. 5
2. OBIETTIVO	pag. 8
3. MATERIALI E METODI	pag. 9
4. RISULTATI	pag. 10
4.1 Le tecniche di de-escalation	pag. 14
4.2 Come implementare l'utilizzo delle tecniche di de-escalation all'interno del DEA	pag. 18
4.3 Gestione della WPV nella nostra realtà.	pag. 19
4.4 Efficacia delle tecniche di de escalation	pag. 21
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag. 24

1- INTRODUZIONE

L'aggressione del personale sanitario da parte dell'utenza è una problematica che affligge da tempo la sanità.

Ad oggi sono presenti diverse definizioni, più o meno simili tra loro, che differiscono in base a quelli che sono gli aspetti prevalenti nelle esperienze locali.

La definizione che comprende più componenti dell'aggressione sul luogo di lavoro è quella del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH): "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"; vengono quindi incluse più tipologie: dalle aggressioni fisiche, a quelle verbali, alle minacce di qualsiasi genere, alle molestie sessuali, alle aggressioni a mano armata e molte altre.

Per quanto concerne l'epidemiologia in Italia, uno studio condotto dall'Istituto superiore di Sanità (ISS) dal 2010 al 2017, rileva che la frequenza di casi riconosciuti dall'Istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) risulta essere in riduzione: da 2.576 eventi occorsi nel 2010 si passa a 2.082 nel 2017, considerando però la progressiva riduzione numerica del personale operante, passato da 724.245 unità del 2010 a 603.375 unità nel 2017. Altro punto da tenere in considerazione in questo studio è l'alto grado di sotto notifica dell'evento che si stima attorno al 70%: le vittime temono conseguenze professionali negative, come essere considerate incapaci di adattarsi alle situazioni o di stabilire buone relazioni con l'utenza.

Il tasso grezzo di eventi è passato quindi da 35,6*10.000 addetti nel 2010 a 34,5 nel 2017, indicando una sostanziale stabilità del problema. La percentuale di infortuni da violenze non mostra differenze significative nel tempo, per nessuna area geografica. Le aggressioni fisiche sono più frequenti verso le donne, coinvolte in quasi il 73% dei casi, in percentuale costante (72,6% nel 2010; 72,7% nel 2017). Il maggior numero di eventi si registrava fino al 2013 negli ospedali, ma il progressivo spostamento verso l'assistenza territoriale ha comportato un aumento di casi sul territorio: nel 2017 quasi il 60% degli eventi è occorso sul territorio (30% in strutture residenziali e il 30% in altri setting, incluso il domicilio) (Mamo et al., 2020).

Una revisione sistematica del 2016 di Pourshaikhian et al., ha preso in considerazione 18 studi effettuati in sistemi di emergenza preospedaliera di diverse nazioni. Nella metà degli studi la percentuale di operatori che sono stati vittime di aggressione sul luogo di lavoro si attesta tra il 53% e il 90%, in altri 4 studi (22%) la percentuale varia tra 0,8 - 8,5%, proporzionalmente al numero di interventi effettuati. In 12 studi (67%) sono state segnalate esposizioni a tipi di violenza fisica o verbale tra cui minacce e intimidazioni; in cinque studi (28%) sono state registrate molestie, violenze e aggressioni sessuali. La frequenza della violenza verbale era circa tra il 21 e l'82% e si è manifestata principalmente con insulti e umiliazioni. Violenza fisica, come spingere, prendere a pugni, graffiare, calci, schiaffi, morsi o uso di armi, sono stati segnalati in circa il 13-79% dei casi. Intimidazioni e/o minacce sono state vissute dal 10 - 55% del personale. Le vittime sono state minacciate da una varietà di armi, inclusi coltelli, bastoni e armi da fuoco. Le minacce effettuate con armi da fuoco sono state riportate in due studi rispettivamente del 17% e del 27%. Inoltre, è stato riportato che gli episodi di aggressioni culturali, aggressioni sessuali e molestie sono stati rispettivamente del 9,5%, 15,5% e 3,5%.

Le aggressioni in ospedale sono concentrate nei Dipartimenti d'Emergenza (DEA), in particolare nel pronto soccorso, dove i lunghi tempi di attesa, la percezione distorta degli utenti (e dei loro accompagnatori), causata dalla preoccupazione e dal disagio connessi all'alterazione del proprio stato di salute, l'assunzione di alcool e sostanze stupefacenti ed altre componenti, renderebbero il personale più soggetto ad andare incontro a questo fenomeno (Hodge & Marshall, 2007).

1.1 Le conseguenze delle aggressioni

Le conseguenze sugli operatori sono molteplici: le più importanti sono traumi fisici, insonnia, depressione, irrequietezza e frustrazione (Ashton et al., 2018) (Sachdeva et al., 2019).

L'aumento della frequenza delle aggressioni, inoltre, si associa ad un aumento del consumo di tabacco e di cibo, perdita di interesse, cambiamento dell'approccio nelle relazioni sociali, fino all'isolamento sociale (Cannavò et al., 2019).

Un ulteriore studio condotto presso il DEA dell'Azienda USL RM/B di Roma, tra Ottobre 2014 e Gennaio 2015, evidenzia che la maggior parte dei professionisti

intervistati che ha subito un'aggressione, ha riportato una riduzione del benessere psichico, piuttosto che fisico (Cannavò et al., 2017).

Lo stress e l'umiliazione che gravano sui sanitari a seguito delle aggressioni durante le attività lavorative, vanno ad incidere inoltre sul livello di qualità assistenziale che si manifesta con la perdita di soddisfazione lavorativa, l'instaurazione di un clima dove l'aggressione viene vista come una parte inevitabile del lavoro, le richieste di cambio reparto, l'aumento del tasso di assenteismo, l'aumento del risentimento tra colleghi, la difficoltà nel reclutamento di nuovi operatori (Ashton et al., 2018) (Cannavò et al., 2019).

Per quanto concerne i costi, una revisione sistematica del 2019 suddivide questi ultimi in 3 categorie: intangibili, diretti e indiretti.

I costi intangibili stimano il costo immateriale della violenza sul lavoro: questi sono stati calcolati chiedendo agli intervistati di indicare l'importo del risarcimento che sentivano di meritare per il turbamento e il disagio subito a causa di aggressioni e minacce subite.

I costi diretti sono rappresentati dalle spese mediche, legali, amministrative, di riabilitazione professionale, ovvero un servizio previsto negli Stati Uniti dal Federal Rehabilitation Act del 1973, nel quale il governo finanzia delle agenzie di riabilitazione professionale che aiutano le persone con disabilità a trovare e mantenere un lavoro.

I costi indiretti stimano la perdita di produttività per morte prematura, l'assenza per malattia, la perdita di guadagno.

Questi calcoli sono stati effettuati moltiplicando per il salario giornaliero dell'individuo le giornate di malattia.

Una metodologia simile è stata utilizzata per stimare la perdita di produttività dovuta a morte prematura, dove è stato stimato il guadagno futuro tra l'anno della morte fino all'anno in cui avrebbe compiuto 67 anni.

Negli Stati Uniti il costo della violenza sul lavoro è stimato in 55,86 miliardi di dollari l'anno; in Inghilterra e Galles il costo intangibile della violenza sul lavoro è stato stimato in 176,43 milioni di dollari all'anno (Hassard et al., 2019).

Secondo la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), che ha presentato in Senato i dati emersi dallo studio CEASE-IT (Violence Against nurses In The workplace) svolto da otto università italiane dal dicembre 2020

all'aprile 2021, si raggiungono fino a oltre 34 milioni di euro/anno di costi totali a carico del sistema e della società per la violenza sui soli infermieri.

1.2 Strategie per fronteggiare le aggressioni

Dagli studi sopra citati emerge che l'inadeguata formazione del personale, assieme alla mancanza di procedure e linee guida che possano essere utilizzate in quegli scenari dove il rischio di escalation è elevato, sono da imputare come responsabili delle aggressioni. Per quanto concerne quest'ultimo punto, in Italia il Ministero della Salute con la legge 14 agosto 2020 n.113, all'articolo 2 istituisce l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, prevedendo al suo interno un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. In particolare, all'Osservatorio sono attribuiti i compiti di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni; promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti; monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro; promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti. Sempre nella legge 14 agosto 2020, n. 113, all'articolo 7 si dà importanza alla redazione, da parte delle strutture, di protocolli operativi in collaborazione con le forze dell'ordine, al fine di prevenire aggressioni e violenza.

Il Ministero della Salute nella raccomandazione del novembre 2007, n. 8, dichiara inoltre che ogni struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza

nei servizi sanitari;

- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello frontline, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma.

Secondo una scoping review del 2018, altre tecniche che possono essere adottate per difendersi da un'aggressione sono l'utilizzo di camere di sicurezza e di allarmi di pericolo che dovrebbero essere fissati in posti prestabiliti o portati direttamente dal personale. I sistemi di allarme indossabili sono dotati di un dispositivo GPS, utile per localizzare il personale che in quel momento è a rischio di aggressione (Morphet et al., 2018).

L'utilizzo di apparecchiature di comunicazione di emergenza come queste, a cui si aggiungono radio, pulsanti antipanico e altre misure di sicurezza come porte bloccabili di sicurezza, telecamere a circuito chiuso, schermi protettivi e stanze con uscite multiple, è importante. L'amministrazione del dipartimento di sicurezza è fondamentale per la sicurezza generale e la protezione in reparti di emergenza come il pronto soccorso. Il personale di sicurezza dovrebbe essere presente in ogni momento, o almeno durante le ore più attive o ad alto rischio (Alister N. et al., 2017).

L'incident reporting è un ulteriore strumento che viene utilizzato per analizzare gli scenari più frequenti e quindi per individuare le possibili soluzioni per prevenire l'escalation.

Un'altra forma di prevenzione è l'educazione del personale che si basa su tre approcci chiave: riconoscimento dei comportamenti a rischio e dei fattori scatenanti; utilizzo delle tecniche di de-escalation e, se queste non dovessero funzionare, l'utilizzo di tecniche di evasione o di autodifesa per distanziarsi dal paziente pericoloso e prevenire danni fisici.

Secondo lo studio CEASE-IT, di 5472 infermieri solo il 62% riporta che sul proprio luogo di lavoro sono stati eseguiti corsi di formazione specifica per prevenire o ridurre il rischio di episodi di violenza sul luogo di lavoro.

Diversi studi hanno rilevato che l'incidenza della violenza si è ridotta in seguito all'educazione del personale al riconoscimento dei comportamenti a rischio, alla comunicazione e alla riduzione dell'escalation, mentre sembrerebbe non essersi dimostrato altrettanto efficace l'allenamento di autodifesa e evasione in quanto non facilmente applicabile (Morphet et al., 2018).

Considerando quindi l'impatto, descritto in letteratura, che le tecniche di de-escalation hanno sulla riduzione del numero e della gravità delle aggressioni, l'elaborato di tesi si propone di approfondire la tematica, al fine di diffonderne la conoscenza e implementarne l'utilizzo strutturato.

2- OBIETTIVI

L'elaborato di tesi si propone di individuare e descrivere le tecniche di de-escalation per la gestione dei conflitti e di indagarne l'impatto sul fenomeno delle aggressioni del personale sanitario dei dipartimenti d'emergenza da parte dell'utenza.

3- MATERIALE E METODI

È stata realizzata una revisione narrativa della letteratura attraverso ricerca bibliografica svolta sulla banca dati biomedica PubMed.

Sono stati inclusi articoli pubblicati a partire dal 2007 ad oggi, redatti in lingua inglese e reperibili in full text.

Le parole chiave sono state individuate tramite il seguente schema PICO:

Problema	Intervento	Comparazione	Outcome
Aggressioni subite dal personale sanitario	Utilizzo di tecniche di de-esclation	Non impiego di tecniche di de-esclation	Riduzione del numero delle aggressioni

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono: work place violence hospital, de-escalation techniques, aggression, safety management, emergency departement.

La ricerca ha prodotto n. 97 risultati, di cui n. 16 ritenuti validi per il presente elaborato, in base a pertinenza e rilevanza degli stessi.

Sono state inoltre consultate norme, raccomandazioni, linee guida e protocolli emanati a livello nazionale e locale.

4- RISULTATI

I risultati della ricerca bibliografica sono riportati nella seguente tabella:

n .	Titolo articolo	Autore/i	Anno di pubblicazione	Fonte
1	A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel	Pourshaikhan M., Abolghasem Gorji H., Aryankhesal A., Khorasani-Zavareh D., Barati A.	2016	Arch Trauma Res. 2016 Jan 23;5(1):e28734. doi: 10.5812/at.28734
2	Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema	Mamo C., Penasso M., Quarta D.	2020	Boll Epidemiol Naz 2020;1(2):15-21. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_003
3	Violence and aggression in the emergency department: A critical care perspective	Hodge, A. N., Marshall, A. P.	2017	Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 20(2), 61–67. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.03.001
4	A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression	Ashton, R. A., Morris, L., & Smith,	2018	International emergency nursing, 39, 13–19. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004

5	Perception of Workplace Violence in the Emergency Department	Sachdeva, S., Jamshed, N., Aggarwal, P., & Kashyap, S. R.	2019	Journal of emergencies, trauma, and shock, 12(3), 179–184. https://doi.org/10.4103/JETS.JETS_81_18
6	Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza	M. Cannavò, N. Fusaro, F. Colaiuda, G. Rescigno, M. Fioravanti	2017	. Clin Ter. 2019 Mar-Apr;170(2):e110-e123. doi: 10.7417/CT.2019.2120. PMID: 30993307
7	Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals	Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M.	2019	Clin Ter. 2019 Mar-Apr;170(2):e110-e123. doi: 10.7417/CT.2019.2120. PMID: 30993307
8	Estimating the economic burden posed by work-related violence to society: a systematic review of cost-of-illness studies.	Hassard, J., Teoh, K., & Cox, T.	2019	Safety Science, 116, 208-221. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.03.013

9	Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review	Morphet, J.Griffiths, D.Beattie, J.Velasquez, Reyes, D.Innes K.	2018	Collegian Volume 25, Issue 6, December 2018, Pages 621-632, 2018 DOI: https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.003
10	Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum	Ambrose H. Wong, Lisa Wing, Brenda Weiss, Maureen Gang.	2015	West J Emerg Med. 2015 Nov;16(6):859-65. doi: 10.5811/westjem.2015.8.26220. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26594279; PMCID: PMC4651583.
11	Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt	Dena Ali Abozaid1, Mohamed Momen1, Nahla Fawzy Abou El Ezz1, Hanaa Abdelhakiem Ahmed2, Mahi Mahmoud Al-Tehewy1, Maged El-Setouhy1, 3, Mohamed El-	2022	BMC Nurs 21, 63 2022, https://doi.org/10.1186/s12912-022-00828-y

		Shinawi ⁴ , 5, Jon Mark Hirshon ⁶ and Moustafa El Houssinie		
1 2	Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De- escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process	Scott S. Christensen, Madeline Lassche , Dustin Banks, Glenn Smith, Trell M. Inzunza.	2021	Worldviews Evid Based Nurs, 2021, DOI: 10.1111/wvn.12540
1 3	A Novel Simulation- Based Multidisciplinary Verbal De- escalation Training,	Gary Duncan, Megan Schabbing, Brad D. Gable	2021	Cureus, 2021, DOI: 10.7759/cureus.20849
1 4	Effects of aggression management trainings for mental health care and disability care staff - Systematic review	Richter, Dirk & Needham, Ian.	2007	Psychiatrische Praxis. 34. 7-14. 10.1007/978-0-387-33965-8_11.
1 5	Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments	Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A.	2021	Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 10;18(16):8459. doi: 10.3390/ijerph18168459. PMID: 34444208; PMCID: PMC8392011.

	: A Systematic Review.			
16	A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings	Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P.	2021	Saf Health Work. 2021 Sep;12(3):289-295. doi: 10.1016/j.shaw.2021.04.004. Epub 2021 May 3. PMID: 34527388; PMCID: PMC8430427.

Figura 1: tabella delle evidenze

4.1 Le tecniche di de-escalation

Secondo le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la de-escalation consiste nell'uso di tecniche (comprese le abilità di comunicazione verbale e non verbale) volte a disinnescare la rabbia e scongiurare l'aggressività (NICE 2015).

Sempre secondo NICE le organizzazioni che forniscono assistenza sanitaria e sociale dovrebbero fornire una formazione del personale sulla riduzione dell'escalation che consenta loro di:

- riconoscere i primi segni di agitazione, irritazione, rabbia e aggressività;
- comprendere le probabili cause di aggressione o violenza, sia in generale che per ciascun utente del servizio;
- utilizzare tecniche di distrazione e modi per incoraggiare il rilassamento;
- riconoscere l'importanza dello spazio personale;
- rispondere alla rabbia di un utente del servizio in modo appropriato, misurato e ragionevole ed evitare provocazioni;
- stabilire una relazione collaborativa con gli utenti del servizio il prima possibile e monitorare con attenzione i cambiamenti del loro umore o della postura che possono portare ad aggressione o violenza;

- separare gli utenti agitati dagli altri (usando aree appartate del reparto, camere da letto, camere comfort, giardini o altri spazi disponibili) per favorire la riduzione dell'escalation, assicurando che il personale non venga isolato;
- utilizzare un'ampia gamma di abilità verbali e non verbali e tecniche di interazione per evitare o gestire situazioni di "punto di infiammabilità" note (come rifiutare la richiesta di un utente del servizio, chiedere loro di smettere di fare qualcosa che desiderano fare o chiedere di fare qualcosa che non desiderano fare) senza provocare aggressività;
- incoraggiare gli utenti a riconoscere i propri fattori scatenanti e i primi segnali di allarme di violenza e aggressività e altre vulnerabilità, e a discutere e negoziare i propri desideri in caso di agitazione;
- includere queste informazioni nei piani di assistenza e consegnarne una copia all'utente del servizio; comunicare con rispetto ed empatia con l'utente del servizio in tutte le fasi della de-escalation.

Secondo un approfondimento dell'agosto 2008 sulle tecniche di de-escalation verbale, realizzato dal comitato per lo Studio e la Prevenzione della Violenza contro gli Assistenti Sociali, operante presso la sezione del Massachusetts della Associazione Nazionale degli Assistenti Sociali, tradotto e adattato a cura di M. Alessandra Giribaldi, nell'attuazione delle tecniche di de-escalation ci sono due concetti importanti da tenere sempre presenti:

1. ragionare con una persona in preda alla rabbia non è possibile. Il primo e unico obiettivo nella de-escalation è ridurre il livello della tensione in modo che il dialogo diventi possibile;
2. le modalità di comunicazione nella de-escalation non sono "tradizionali".

Quando si è spaventati si è portati a lottare, fuggire o restare bloccati. Tuttavia, nella de-escalation questi comportamenti non possono essere adottati. Serve apparire concentrati e calmi anche quando la paura sembra prendere il sopravvento.

Serve quindi un addestramento preventivo in modo che queste tecniche possano essere praticate in modo spontaneo e naturale quando se ne presenti la necessità.

Nella de-escalation sono tre gli aspetti che bisogna padroneggiare:

1) l'operatore deve essere in grado di avere il controllo di sé stesso. Serve che il professionista:

- appaia calmo, centrato e sicuro di sé, anche se non sente di esserlo;
- cerchi di rilassare muscoli del volto mostrandosi fiducioso perché la sua ansia può – a sua volta - far sentire l'interlocutore ansioso ed insicuro, portandolo a scatenare l'aggressione;
- usi un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume);
- non indossi la cravatta, la sciarpa, collane, eventuali simboli religiosi o politici;
- non stia sulla difensiva: anche se i commenti o gli insulti sono diretti al professionista, non lo riguardano personalmente;
- non difenda mai sé stesso o qualcun altro dagli insulti, accuse o idee sbagliate sul ruolo dei professionisti;
- abbia sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo;
- sia consapevole che ha la possibilità di andarsene e di chiamare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace;
- sia molto rispettoso, anche quando pone con fermezza dei limiti o chiama aiuto;
- sia consapevole che un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto: l'obiettivo è che il cliente sappia che non è necessario mostrarsi aggressivo per essere rispettato.

2) La posizione fisica; alcune regole da seguire:

- non dare le spalle per nessun motivo;
- mantenere con l'utente lo stesso livello di sguardo;
- incoraggiare l'utente a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi, anche il professionista è opportuno stia in piedi;
- mantenere tra professionista e utente una distanza maggiore, ricordando che la rabbia e l'agitazione “riempiono” lo spazio extra fra due persone;
- non stare faccia a faccia di fronte al cliente;

- mantenersi in una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario;
- non mantenere un continuo contatto visivo perché è opportuno permettere all'utente di interrompere questo tipo di contatto e guardare altrove;
- non puntare né scuotere il dito gesticolando;
- non sorridere: può sembrare che ci si prenda gioco dell'utente
- non toccare l'utente, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico è culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso;
- non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi;
- non argomentare per provare a far cambiare idea al cliente, piuttosto è opportuno prospettargli possibilità diverse;
- non stare sulla difensiva e non avere un atteggiamento giudicante.

3) La de-escalation verbale:

- ricordare che l'unico obiettivo della de-escalation verbale è il riportare con calma l'eccitazione ad un livello di maggiore sicurezza;
- non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando;
- aspettare che l'utente riprenda fiato e solo allora parlare;
- parlare con calma e con un tono di voce medio;
- rispondere richieste di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste;
- non rispondere mai a domande tendenziose. È molto importante ricordare che a questo tipo di domanda non si deve mai rispondere;
- spiegare i limiti e i ruoli in modo autorevole, fermo, ma sempre con un tono rispettoso;
- prospettare, quando possibile, scelte alternative che consentano ad entrambi di uscire dalla situazione in modo sicuro;
- essere empatico con i sentimenti ma non con il comportamento;
- non chiedere all'utente quali siano i suoi sentimenti, e non interpretarli in modo analitico;

- non argomentare o provare a convincere l'utente;
- adattarsi, quando possibile, al livello cognitivo dell'utente;
- non chiedere, ad esempio, "Mi dica come si sente" ma piuttosto "Mi aiuti a capire quello che lei vuole dirmi"; normalmente le persone non aggrediscono mentre stanno spiegando ciò che vogliono si sappia;
- suggerire comportamenti alternativi. Ad esempio: "Le va di fare una pausa, prendersi un caffè (tiepido e in bicchiere di carta...) o un bicchiere d'acqua? ";
- esporre le conseguenze dei comportamenti inadeguati senza minacce o rabbia;
- illustrare i controlli sull'utente come istituzionali piuttosto che personali;
- fidarsi del proprio istinto e della propria esperienza;
- un suggerimento importante, infine: se il professionista valuta o sente – e ciò avviene nel giro di 2-3 minuti - che la de-escalation non sta funzionando, deve assolutamente fermarsi;
- se la de-escalation non funziona il professionista deve:
 - chiedere alla persona di andarsene, accompagnarla alla porta, chiedere aiuto o allontanarsi e chiamare le Forze dell'Ordine;
 - soprattutto, evitare qualsiasi comportamento “eroico” e nemmeno iniziare a provare la de-escalation se l'utente ha un'arma: in questo caso, semplicemente assecondarlo (Patrizia Del Principe et al., 2015).

4.2 Come implementare l'utilizzo delle tecniche di de-escalation all'interno del DEA

Esistono più modi per formare il personale sulla gestione delle aggressioni, in particolar modo tramite l'utilizzo delle tecniche di de-escalation.

Tra gli studi analizzati ne è emerso uno del 2015 che suddivide la formazione del personale in 2 fasi: una prima fase didattica e una seconda simulativa.

La prima fase consiste in una lezione interattiva introduttiva di 30 minuti relativa ai contenuti fondamentali dei corsi convalidati di gestione dell'aggressività. Le componenti chiave della didattica, inclusi i principi di gestione delle crisi, le tecniche di de-escalation e la corretta applicazione delle restrizioni, sono riassunte in un volantino pre-sessione, distribuito ai discenti prima dell'inizio della sessione.

Nella parte simulativa i partecipanti sperimentano l'utilizzo delle tecniche di de-escalation su "attori" che impersonano il ruolo dell'utente agitato, come illustrato durante la sessione didattica.

Gli scenari simulati vengono progettati in modo tale che le tecniche di riduzione dell'escalation abbiano un successo solo parziale e il team abbia quindi la necessità di applicare restrizioni fisiche e terapia medica per risolvere la situazione (Ambrose H. Wong et al., 2015).

In un ulteriore studio egiziano del 2022 è stata condotta una sessione di formazione di due ore, la quale mirava a migliorare la capacità degli infermieri di identificare situazioni potenzialmente violente e a fornire agli stessi le competenze necessarie per ridurre efficacemente una situazione violenta.

La sessione di formazione prevedeva quanto segue:

- Introduzione: definizione di violenza sul luogo di lavoro (Work place violence-WPV), tipi di WPV e diffusione nel settore sanitario mondiale.
- Componenti di un programma di prevenzione della violenza efficace e completo e l'importanza della formazione.
- Precauzioni dell'Occupational Safety and Health (OSHA), una diramazione del dipartimento del lavoro americano, per la violenza sul lavoro contro gli operatori sanitari.
- Cause della violenza del paziente/visitatore contro gli operatori sanitari negli ospedali.
- Riconoscimento dei segnali di situazione potenzialmente violenta.
- Tecniche per disinnescare una situazione potenzialmente violenta (Dena Ali Abozaid et al., 2022).

Ulteriori studi hanno strutturato una formazione composta di 3 fasi: didattica, simulativa e di debriefing simile agli studi precedentemente citati, che differiscono però per la durata del corso di formazione con tempi che variano da 60 a 120 minuti (Scott S. Christensen et al., 2021) (Gary Duncan et al., 2021).

4.3 Gestione della WPV nella nostra realtà

A seguito dell'approvazione da parte dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord della consultazione e utilizzo del protocollo di Prevenzione e gestione degli atti di

violenza a danno degli operatori all'interno di questa tesi, si voleva mostrare un esempio locale dell'applicazione di misure per la prevenzione e gestione di eventuali episodi di violenza.

Questo documento nasce dalla raccomandazione ministeriale n.8 del 2007 al fine di programmare e implementare misure strutturali e organizzative per la riduzione del rischio di WPV; accrescere le competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi; incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti.

Il protocollo sottolinea che le WPV si manifestano maggiormente negli ambienti dove vengono gestiti rapporti caratterizzati da "una condizione di forte emotività" e riporta che ulteriori fattori che possono facilitare l'insorgenza delle WPV siano i tempi di attesa prolungati, l'inosservanza degli orari di visita e delle regole di reparto, l'influsso di alcool/droghe o pazienti affetti da disturbi psichici, incomprensioni tra utenti e operatori sanitari, mancata o non completa adesione al piano di trattamento proposto.

Per prevenire le WPV il protocollo sottolinea la comunicazione chiara e comprensibile tra professionista e utenza, la collaborazione con i servizi di vigilanza e con le forze dell'ordine, l'eventuale implementazione di sistemi di sicurezza come quelli precedentemente descritti nel capitolo precedente e in oltre suggerisce una serie di suggerimenti comportamentali riprendenti le tecniche di de-escalation per la gestione del paziente agitato nelle sue varie fasi di eccitamento che in questo caso vengono riassunte in quattro: fase del fattore scatenante, fase dell'aumento progressivo di intensità, fase critica, fase del recupero.

Rispettivamente alle tre fasi l'Azienda Ospedaliera suggerisce ai professionisti: nella fase uno di avere un tono di voce calmo e pacato, comunicare in modo semplice e comprensibile, mostrarsi disponibili all'ascolto e di non guardarlo negli occhi; nella fase due di rimanere fermi, tranquilli di fornire spiegazioni oggettive e chiare, di negoziare con il paziente e di evitare sarcasmo, di invadere i suoi spazi e di fare movimenti che possano essere interpretati come aggressivi; nella fase 3 di aumentare la distanza di sicurezza, diminuire la sagoma esposta a eventuali colpi assumendo una posizione con l'asse del corpo ruotato a 30° rispetto all'assistito, mantenere sempre una via di fuga e cercare il supporto dei colleghi o della vigilanza.

Nell'eventualità che la situazione non migliori rapidamente il professionista si deve allontanare rapidamente e chiedere aiuto alla vigilanza e poi alle forze dell'ordine se

invece si va verso una fase di recupero mantenere un atteggiamento calmo, rilassato e le mani bene in vista evitando di incrociare gli arti.

Successivamente all'episodio l'Azienda Ospedaliera esorta i professionisti a segnalare l'accaduto, convocare un audit e a seguito di ciò individuare e implementare misure correttive.

L'Azienda, inoltre, con questo documento si prende la responsabilità di mettere in atto attività di informazione e formazione attraverso progetti formativi specifici e periodici, rivolti in particolare al personale che opera in strutture considerate particolarmente critiche per il manifestarsi di tali eventi (AOORMN, 2021).

4.4 Efficacia delle tecniche di de escalation

In uno studio americano del 2015, 162 membri del personale del DEA hanno completato il corso con una partecipazione del personale superiore al 95%, generando un totale di 106 sondaggi pre-post accoppiati.

Le conoscenze relative ai fattori interni ed esterni del paziente e alle prospettive situazionali/interazionali che possono innescare un'escalation hanno migliorato significativamente il post-test.

Non sono cambiati significativamente gli atteggiamenti del personale nei confronti della gestione dell'aggressività del paziente.

Ciononostante, i partecipanti hanno gradualmente generato un elenco di iniziative di miglioramento della qualità con il passare delle settimane, molte delle quali sono state implementate con successo, inclusa la creazione di un protocollo interprofessionale di allerta e risposta per la gestione delle crisi basato sul pronto soccorso (Ambrose H. et al., 2015).

Nello studio di Dena Ali Abozaid et al. del 2022, la valutazione dei risultati si è basata sulle abilità che gli infermieri hanno acquisito partecipando alle sessioni di formazione. Per valutare ciò sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

I. Sicurezza nell'affrontare la scala l'aggressività del paziente (scala CCPA): la scala CCPA si compone di 10 item, che riflettono la fiducia in sé stessi nell'affrontare l'aggressività fisica e psicologica, dove punteggi più alti indicano più fiducia nella gestione del comportamento aggressivo.

II. Atteggiamenti degli infermieri verso la violenza, rilevati attraverso un

questionario comportamentale.

Il questionario consiste in sette affermazioni, ad ognuna di queste il sanitario deve assegnare un punteggio in base a quanto sente questa affermazione rappresentativa per sé. Punteggi più alti indicano atteggiamenti positivi.

La scala CCPA e il questionario sull'atteggiamento degli infermieri nei confronti della violenza sono strumenti autosomministrati e sono stati misurati tre volte: una linea di base all'inizio della sessione di formazione, immediatamente alla fine della formazione e un mese dopo aver frequentato la sessione di formazione.

Un totale di 99 infermieri ha completato il pre-test e il post-test. Solo 65 di loro sono stati raggiungibili per il follow-up dopo un mese.

Ne è risultato un miglioramento significativo relativamente alla fiducia percepita dagli infermieri nel trattare con pazienti aggressivi.

Inoltre, nel pre-test un quarto degli infermieri ha concordato fermamente che la violenza può essere anticipata e riconosciuta: questa percentuale è cambiata rispettivamente al 47,5% degli infermieri nel post-test e al 61,5% nel follow-up.

Lo stesso vale per gli infermieri che non erano d'accordo nel pre-test nel ritenere che "la violenza fisica potesse fare parte del lavoro", valore che è aumentato da un terzo degli infermieri a rispettivamente il 51,5% nel post test, fino al 70,8% dopo un mese (Dena Ali Abozaid et al., 2022).

In ulteriore studio di 75 discenti, oltre il 97% si sentiva più sicuro nella gestione dei pazienti agitati dopo aver partecipato alla specifica formazione (Gary Duncan et al., 2021).

Secondo una revisione sistematica del 2007 che prende in considerazione 39 studi, i corsi di formazione tenuti sulle tecniche di autodifesa e quelli sulle tecniche di de-escalation registrano una riduzione delle aggressioni post-intervento formativo, la riduzione degli infortuni correlati alle aggressioni, la riduzione delle assenze lavorative e la riduzione dell'utilizzo di misure coercitive.

Tutti gli studi selezionati da questa revisione eccetto uno, che non riporta cambiamenti significativi, hanno registrato effetti positivi dei programmi di formazione sulla conoscenza e sulla fiducia del personale nel gestire una WPV (Richter et al., 2007).

Una ulteriore revisione sistematica del 2021 prende in considerazione quindici studi: dieci condotti negli USA, due in Australia, due in Francia e uno in Germania.

Undici di loro hanno esaminato interventi comportamentali sotto forma di lezione in aula, programmi di formazione online o in entrambe le forme su abilità di de-escalation, o tecniche di autodifesa. Quattro studi includevano non solo una componente educativa, ma anche interventi organizzativi e ambientali nel DEA. La maggior parte degli studi ha osservato un impatto positivo sulla frequenza degli incidenti violenti o sulla preparazione del personale ad affrontare situazioni violente, mentre la minoranza degli studi che non ha riscontrato miglioramenti significativi sembrerebbe essere associata a minori tempi dedicati alla formazione (Wirth T. et al., 2021).

Un'ultima revisione sistematica prende in considerazione ventisei studi, quattordici dei quali sono stati condotti negli Stati Uniti, tre sono stati condotti in Australia, due in Canada, due in Corea del Sud, uno a Taiwan e uno in Svezia. Gli studi rimanenti sono stati condotti in paesi in via di sviluppo come Giordania, Turchia e Pakistan. Dei 26 studi, 10 hanno implementato sessioni di formazione individuale per infermieri nel tentativo di contrastare la violenza sul posto di lavoro.

Il target però non era lo stesso: alcuni si sono concentrati sugli abusi verbali, altri su quelli fisici, uno studio sugli abusi sessuali e via dicendo. Questi studi variavano inoltre per la lunghezza del corso. In ogni caso al termine della formazione il personale era più sicuro della propria capacità di affrontare situazioni violente e di riconoscere un utente potenzialmente aggressivo.

In questi studi è stato riportato anche un aumento degli strumenti a disposizione del personale sanitario per gestire una WPV, una diminuzione dei costi sanitari, una riduzione del turnover, il miglioramento nel lavoro di equipe.

Undici studi inclusi in questa revisione hanno utilizzato programmi certificati di istruzione strutturata. Questi differiscono dalla formazione gestita localmente in autonomia principalmente per la durata: i primi spesso durano settimane, consentendo ai partecipanti di raggiungere più competenze.

Cinque degli studi considerati in questa rassegna hanno utilizzato interventi multicomponenti per combattere la violenza sul posto di lavoro. Come suggerisce il nome, gli interventi multicomponenti differiscono dalle altre due forme di intervento già discusse utilizzando un approccio su più fronti. Quindi, oltre ad agire sul comportamento dei professionisti con la formazione sulle tecniche di de-escalation e di

autodifesa, suggeriscono anche la modifica dell'ambiente di lavoro, l'adozione di politiche per la prevenzione della violenza sul lavoro e di procedure di sicurezza. Questa tipologia di studi relativi ai programmi di formazione ha dimostrato un'effettiva diminuzione dei tassi di violenza sul posto di lavoro contro i sanitari e una maggiore fiducia tra operatori sanitari (Somani R. et al., 2021).

5- DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

Dagli studi reperiti in letteratura e dai dati rilevati a livello nazionale e internazionale, si evince che l'aggressione sul luogo di lavoro è un evento piuttosto frequente, in particolare in ambito sanitario, dove lo stato emotivo alterato degli utenti può fungere da innesco per atti di violenza rivolti ai professionisti che incontrano lungo il percorso clinico-assistenziale.

In particolar modo si è visto come questo fenomeno in sanità sia particolarmente presente all'interno del DEA, dove spesso avviene il primo incontro tra utente e professionista.

Nel DEA la persona che richiede assistenza e cure è generalmente in una condizione di acuzie acuta dove, oltre al disagio per il malessere fisico, si vanno a sommare frustrazione per i tempi di attesa, paura per le incognite relative alla gravità del proprio stato di salute, disappunto per tutti quei bisogni che non riesce più a soddisfare, sensazione di non essere tenuto nella giusta considerazione o che la gravità della propria situazione sia sottostimata.

Inoltre, la persona potrebbe essere in uno stato psicofisico alterato a causa di disturbi psichici esacerbati, per uso di sostanze psicoattive o alcool, per uno stato metabolico alterato e via dicendo.

Tutto ciò fa di questa tipologia di utenza una "bomba" pronta ad esplodere se non gestita nel modo corretto: la WPV è un evento che scaturisce da un aumento progressivo dello stato di agitazione.

In questo elaborato di tesi sono state sottolineate quelle che sono le ripercussioni sia sulla personale vittima di aggressione, che sia essa fisica, verbale, abuso, evidenziando anche come con il trascorrere del tempo il personale consideri la WPV come una condizione “normale” del proprio lavoro.

Questa errata convinzione ha arrecato molti danni sia ai professionisti, con aumento del burnout e del turn-over, con ripercussioni sul sistema sanitario a livello economico, gestionale, amministrativo e rendendo inoltre le professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica, sempre meno attrattive per i giovani.

Inoltre, questa condizione ha fatto sì che per molto tempo non si cercassero delle strategie per prevenire le WPV o per garantire la sicurezza del personale al primo accenno del manifestarsi di queste ultime.

Le tecniche di de-escalation agiscono proprio nella prevenzione della WPV, con l’obiettivo di disinnescare l’escalation dell’utente.

Queste tecniche, rispetto ad altre, tengono in considerazione che si è al cospetto di una persona in un momento di difficoltà e sconvolgimento emotivo, garantiscono quindi il rispetto nei confronti dell’utenza soggetta ad escalation, basandosi su tecniche comunicazione verbale e non verbale e non su misure coercitive.

I corsi di formazione su queste tecniche, come si è visto dai dati ricavati dalla specifica letteratura, hanno avuto un impatto positivo:

- sul contrastare l’erronea idea della WPV come “parte del lavoro”;
- nel far comprendere agli operatori sanitari che la WPV è riconoscibile e prevenibile;
- nell’aumento delle conoscenze dei professionisti nel riconoscere i possibili scenari di aggressione;
- nell’aumento della fiducia nei discenti nel gestire una WPV;
- nel rafforzare il lavoro di gruppo nella gestione di una WPV;
- in diversi casi nella riduzione dell’incidenza delle WPV;
- nel far ricercare nuove strategie per prevenire o gestire le WPV.

In ogni caso queste tecniche sono efficaci se associate ad altri strumenti che garantiscano la sicurezza dei professionisti, soprattutto quando sono inefficaci o non è possibile metterle in atto, come nel caso in cui l’aggressore sia armato.

Sarebbe importante quindi affiancare a queste tecniche protocolli interni in collaborazione con le forze dell'ordine, la modifica dell'ambiente di lavoro con l'installazione di videocamere, porte antipanico, allarmi silenziosi, dispositivi di localizzazione e via dicendo, praticando anche l'incident reporting.

Sarebbe utile creare degli ambienti appositi per isolare la persona agitata e far sì che le tecniche di de-escalation risultino più efficaci.

Queste tecniche dovrebbero pertanto essere implementate nel bagaglio di qualsiasi professionista che lavora nell'ambito sanitario, in particolar modo nei luoghi in cui il rischio di aggressione è più elevato.

Un professionista sanitario deve avere a disposizione tutti gli strumenti per saper riconoscere e gestire una persona agitata con il massimo del rispetto per la sua condizione attuale; allo stesso modo i datori di lavoro dovrebbero poter fare riferimento a un quadro normativo chiaro per la prevenzione e la gestione di molestie e violenza da parte di terzi, in cui inserire le politiche aziendali di salute e sicurezza. Tale politica dovrebbe essere elaborata dai datori di lavoro in collaborazione con i lavoratori e i loro rappresentanti, nel rispetto della legge nazionale, degli accordi collettivi e/o delle pratiche comuni, come suggerito dall'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Abozaid, D. A., Momen, M., Ezz, N., Ahmed, H. A., Al-Tehewy, M. M., El-Setouhy, M., El-Shinawi, M., Hirshon, J. M., & Houssinie, M. E. (2022). Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. *BMC nursing*, 21(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00828-y>

- Ashton, R. A., Morris, L., & Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International emergency nursing*, 39, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>

- Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord- AOORMN. 2021, Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori

- Cannavò, M., Fusaro, N., Colaiuda, F., Rescigno, G., Fioravanti, M. (2017). Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. *Clin Ter* 2017; 168 (2):e99-112. doi: 10.7417/CT.2017.1990

- Cannavò, M., La Torre, F., Sestili, C., La Torre, G., & Fioravanti, M. (2019). Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *La Clinica terapeutica*, 170(2), e110–e123. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2120>.

- Christensen, S. S., Lassche, M., Banks, D., Smith, G., & Inzunza, T. M. (2022). Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(4), 297–305. <https://doi.org/10.1111/wvn.12540>

- Duncan, G., Schabbing, M., & Gable, B. D. (2021). A Novel Simulation-Based Multidisciplinary Verbal De-escalation Training. *Cureus*, 13(12), e20849. <https://doi.org/10.7759/cureus.20849>

- Hassard, J., Teoh, K., & Cox, T. (2019). Estimating the economic burden posed by work-related violence to society: a systematic review of cost-of-illness studies. *Safety Science*, 116, 208-221. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.03.013>

- Hodge, A. N., & Marshall, A. P. (2007). Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 20(2), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.03.001>

- Mamo C, Penasso M, Quarta D. Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(2):15-21. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_003

- Morphet, J.Griffiths, D.Beattie, J.Velasquez, Reyes, D.Innes K. (2018) . Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review, *Collegian* Volume 25, Issue 6, Pages 621-632, DOI:<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.003>

- National Institute for Health and Care Excellence – NICE. 2015 Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

- Patrizia Del Principe e Gianmario Gazzì, Alessandro Sicora, Graziella Povero, Bruna Pirola, M. Alessandra Giribaldi. 2015. Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_573_15_fileAllegatoIntervista.pdf

- Pourshaikhian, M., Abolghasem Gorji, H., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D., & Barati, A. (2016). A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Archives of trauma research*, 5(1), e28734. <https://doi.org/10.5812/atr.28734>

- Richter, D., & Needham, I. (2007). Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe--Systematische Literaturübersicht [Effects of aggression management trainings for mental health care and disability care staff--systematic review]. *Psychiatrische Praxis*, 34(1), 7–14. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940063>

- Sachdeva, S., Jamshed, N., Aggarwal, P., & Kashyap, S. R. (2019). Perception of Workplace Violence in the Emergency Department. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 12(3), 179-184. https://doi.org/10.4103/JETS.JETS_81_18

- Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Saf Health Work*. 2021 Sep;12(3):289-295. doi: 10.1016/j.shaw.2021.04.004. Epub 2021 May 3. PMID: 34527388; PMCID: PMC8430427.

- Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

- Wong, A. H., Wing, L., Weiss, B., & Gang, M. (2015). Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *The western journal of emergency medicine*, 16(6), 859–865. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.8.26220>

