

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**STRATEGIE NON FARMACOLOGICHE DI  
PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI EVENTI  
AGGRESSIVI IN S.P.D.C.**

**REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore: Dott.ssa Miozzo Monica

Laureando: Pavanetto Sara

Matricola n° 1229845

Anno accademico 2021-2022



## ABSTRACT

**Sfondo:** L'aggressività nei pazienti psichiatrici è un problema rilevante e molto dibattuto. Diversi studi epidemiologici mostrano che i servizi di salute mentale sono tra gli ambienti di cura in cui avvengono più episodi di aggressività che possono avere conseguenze negative sui pazienti e sul personale, rendendo l'assistenza difficoltosa e pericolosa.

**Obiettivo:** Questo studio mira ad analizzare e descrivere le diverse strategie non farmacologiche presenti in letteratura che possono essere utilizzate in S.P.D.C. per prevenire e gestire gli episodi di violenza.

**Materiali e metodi:** Per lo sviluppo della revisione di letteratura sono state consultate le banche dati Pubmed, Galileo Discovery e Embase, inserendo un limite temporale di 5 anni (dal 2017 al 2022).

**Risultati:** La ricerca ha portato ad una selezione di 27 articoli, che rispondevano ai criteri di inclusione. Le strategie non farmacologiche riscontrate sono state raggruppate in 4 categorie: interventi di istruzione e formazione del personale, prevenzione sui pazienti, interventi ambientali e strategie di de-escalation.

**Conclusioni:** Nel corso degli anni, la gestione dell'aggressività nei servizi di salute mentale ha subito molteplici cambiamenti ed evoluzioni. Oggi, esistono diverse strategie non farmacologiche di prevenzione e gestione degli eventi aggressivi in S.P.D.C., alcune di esse però necessitano di ulteriori ricerche e prove pratiche per garantirne l'efficacia e per il loro corretto utilizzo nell'assistenza al paziente psichiatrico.

Key-words: *“prevention”, “control”, “aggressive behavior”, “psychiatric patient”, “psychiatry”, “strategies”, “aggression”.*



## INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 3
<b>1. IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA.....</b>	<b>pag. 5</b>
1.1 L'assistenza prima del S.P.D.C.....	pag. 5
1.2 La sua nascita.....	pag. 6
1.3 Di cosa si occupa.....	pag. 7
1.4 Tipologia di pazienti assistiti.....	pag. 8
<b>2. PROBLEMA.....</b>	<b>pag. 11</b>
2.1 La definizione di aggressività.....	pag. 11
2.2 L'evoluzione psicoanalitica del concetto di aggressività.....	pag. 11
2.3 Teorie sull'aggressività.....	pag. 12
2.4 Tipologie e fasi dell'aggressività.....	pag. 13
2.5 L'aggressività nei pazienti psichiatrici.....	pag. 14
2.6 Fattori di rischio .....	pag. 16
<b>3. MATERIALI E METODO.....</b>	<b>pag. 19</b>
3.1 Obiettivo di ricerca.....	pag. 19
3.2 Quesiti di ricerca.....	pag. 19
3.3 Ricerca e selezione della letteratura.....	pag. 19
<b>4. RISULTATI.....</b>	<b>pag. 23</b>
<b>5. DISCUSSIONE.....</b>	<b>pag. 37</b>
5.1 Interventi di istruzione e formazione del personale.....	pag. 37
5.2 Prevenzione sui pazienti.....	pag. 39
5.3 Interventi ambientali.....	pag. 42
5.4 Strategie di de-escalation.....	pag. 45
<b>6.CONCLUSIONI.....</b>	<b>pag. 49</b>
BIBLIOGRAFIA	



## INTRODUZIONE

La decisione di sviluppare la tesi sul tema dell'aggressività nei pazienti psichiatrici nasce dal corso di Infermieristica della Salute Mentale, seguito durante il terzo anno accademico, in cui l'argomento è stato trattato. Attraverso la lettura di diversi articoli e riviste, riguardanti il "mondo" della Salute Mentale, risulta frequente la problematicità sulla gestione degli eventi aggressivi. Emerge da qui l'interesse per questa tematica e la volontà di analizzare le diverse strategie non farmacologiche utili per prevenire e trattare gli eventi aggressivi in S.P.D.C.

Gli episodi di violenza, nei reparti di degenza psichiatrica, risultano essere un problema sempre più presente e molto dibattuto. Uno studio epidemiologico, condotto nel 2020, che combina i dati di 35 siti in tutto il mondo, mostra che dal 14% al 20% dei pazienti psichiatrici commette almeno un atto di violenza durante il trattamento ospedaliero. (Menger V, et al., 2019)

Altre indagini mostrano che la maggior parte dei professionisti sanitari è stata vittima di diversi tipi di comportamenti aggressivi, come aggressioni verbali (dal 46,0% al 78,6%), minacce (dal 43,0% al 78,6%) e aggressioni fisiche (dal 9,5% al 37,2%) durante l'assistenza a questi pazienti. (Lantta T, et al., 2020)

Recenti studi condotti nel nostro paese indicano che la malattia mentale conferisce un modesto aumento del rischio di comportamento aggressivo (da 2 a 4 volte), e questo risulta essere legato a variabili sia interne che esterne al soggetto. Inoltre, nel "*protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella*" la psichiatria viene descritta come "*un'area ad alto rischio di atti violenti a danno di operatore e la quarta causa di evento avverso sul territorio nazionale*". (Ministero della Salute, 27/06/2022)

Tutto questo porta notevoli effetti negativi sul benessere dei pazienti e degli operatori sanitari. Questi ultimi possono soffrire per lesioni fisiche, danni emotivi, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), ansia, disturbi del sonno e burnout. Essere vittima di comportamenti aggressivi ha anche un impatto negativo sulle prestazioni lavorative.

La ridotta operosità dei professionisti sanitari che ne consegue, va a discapito degli stessi pazienti che non vengono seguiti, ascoltati e assistiti come dovrebbero, portando ad un possibile peggioramento del loro stato di salute, qualità di vita e quadro clinico.

Il paziente che manifesta la sua aggressività nei contesti di cura può creare danni ed essere quindi rischioso per sé stesso, per gli operatori sanitari ma anche per gli altri pazienti che finiscono per trovarsi vittime di violenza proprio nel luogo in cui dovrebbero essere protetti e assistiti.

Sono necessari molti elementi e cambiamenti per ridurre o eliminare con successo l'aggressività all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), che può così diventare un ambiente sicuro sia per i professionisti sanitari che per i pazienti ed un luogo di assistenza sanitaria efficace per le persone che ne hanno bisogno. Nel corso degli anni sono stati sviluppati, in tutto il mondo, diversi interventi specifici atti a prevenire e gestire gli eventi aggressivi in S.P.D.C. con vari gradi di successo. In particolare, negli ultimi 5 anni sono stati elaborati diversi approcci non farmacologici all'aggressività che verranno analizzati e approfonditi in questa tesi.



## 1. IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

### 1.1 L'assistenza prima del S.P.D.C.

Con il termine salute mentale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, si intende *“uno stato di benessere emotivo e psicologico che permette agli individui di esercitare le proprie abilità nella società, di svolgere il proprio lavoro e di rispondere alle esigenze quotidiane; consente di stabilire delle relazioni soddisfacenti con gli altri, di superare conflitti esterni e interni, di partecipare ai mutamenti dell'ambiente e di adattarsi alle condizioni esterne “ (La salute mentale secondo L'OMS, s.d).* Dunque, la salute mentale risulta essere un elemento fondamentale per garantire il benessere delle persone, per la produttività e per la qualità della vita delle famiglie e delle comunità nelle quali si è inseriti.

È davvero significativo rilevare come nella società attuale, la percentuale di persone affette da disturbi mentali cresca sempre di più. Nel corso degli anni è stato rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione delle patologie che diventano sempre più complesse. *(L'evoluzione dei Servizi di salute mentale, 08/07/2019)*

Oggi, il modello operativo che viene adottato per la prevenzione e la cura della patologia psichiatrica, è l'organizzazione dipartimentale. Ma per arrivare a questo, la malattia mentale è stata oggetto di un lungo processo evolutivo che ha dovuto combattere metodi sbagliati di trattamento del malato. Dal 1400 al 1500 la malattia mentale veniva analizzata in chiave religiosa e quindi considerata una possessione demoniaca e stregoneria. Questo portò ad azioni di tortura e rogo per i folli. Dal 1600 al 1800 inizialmente venne confermato il concetto di pericolosità dei folli e la necessità della loro reclusione. Successivamente, con l'avvento dell'illuminismo, venne introdotto il concetto di malattia mentale e furono istituiti i primi ospedali psichiatrici intesi come luoghi di cura e di studio, ma di fatto con lo scopo di segregare i pazienti. Nella prima metà del 1900 la psichiatria si occupava della classificazione dei disturbi, basata sulla concezione organica della malattia.

Nel 1968 con l'approvazione della legge n. 431 venne stabilito quanto segue: *“il ricovero non è sufficiente per la terapia dei disturbi mentali, si istituiscono centri territoriali che curano le patologie mentali e vengono riorganizzati i manicomi”*.

Infine, grazie alla legge 180 del 1978 i manicomi vennero chiusi, restituendo dignità e valore ai malati in essi reclusi. (*Breve storia della psichiatria, 15/11/2018*)

## 1.2 La sua nascita

Grazie alla legge n. 180 del 1978, conosciuta come Legge Basaglia, furono istituite le strutture residenziali e semiresidenziali che supportavano e supportano tuttora il paziente quando ancora non ha riacquisito pienamente la propria autonomia. Oggi, quindi, *“i Centri di Salute Mentale non si occupano più solo delle patologie in fase acuta o di seria gravità, ma effettuano la presa in carico globale delle situazioni di difficoltà in cui si possono trovare soggetti nel loro percorso di vita. Si parla non più di psichiatria ma di salute mentale”* (*Breve storia della psichiatria, 15/11/2018*).

L'Italia, dopo il 1978, mise in moto un processo di superamento delle strutture manicomiali che si concluderà nel 1999. Questo processo prende il nome di “deistituzionalizzazione” e si realizzò, principalmente, su due livelli: il livello manicomiale ed il livello territoriale. L'alternativa al manicomio venne individuata in un'organizzazione decentrata, in cui ci si confrontava direttamente con i bisogni della popolazione. Nasce così il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Alla base di questo cambiamento, vi è il riconoscimento dell'importanza del potenziamento della soggettività, della vita concreta e quotidiana della persona. Si inizia a lavorare in direzione di un aumento del potere del paziente, evitando di abbandonarlo a sé stesso. La nascita del DSM viene convalidata dall'articolo 34 della legge 180 che prevede: *“l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative della salute mentale”*. Ogni regione italiana ha così organizzato il DSM secondo un proprio modello, riconducibile però, ad un modello concettuale unico, costituito da nuove strutture e nuove modalità operative. (*La consulenza pedagogica nel disagio educativo, sintesi, s.d.*)

Le strutture costitutive del DSM sono:

- il Centro di Salute Mentale (CSM);
- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- i Servizi semiresidenziali: Centro Diurno (CD), Day-Hospital Territoriale (DHT);

- i Servizi residenziali: Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP), Comunità Alloggio (CA), Gruppo Appartamento Protetto (GAP), Gruppo Appartamento (GA);

*(Ministero della Salute, 27/06/2022)*

### 1.3 Di cosa si occupa

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è la struttura di degenza del Dipartimento di Salute Mentale, inserito nell'ambito dell'ospedale, destinata al trattamento di patologie mentali acute non trattabili ambulatorialmente, al CSM o a domicilio e che necessitano pertanto di ricovero. Eroga trattamenti sanitari in regime di ricovero ospedaliero, volontari (TSV) od obbligatori (TSO) ed attività di consulenza psichiatrica per il Pronto Soccorso e per ogni altro degente ricoverato nei diversi reparti dell'ospedale. All'interno del servizio lavorano diversi professionisti con compiti e ruoli differenti, in particolare: medico psichiatra, psicologo, infermieri, operatori socio-sanitari e personale amministrativo. Nel S.P.D.C. vengono svolte diverse attività: approfondimenti diagnostici psicopatologici e strumentali, trattamenti attraverso colloqui clinici psichiatrici/psicologici, terapia farmacologica, colloqui di sostegno individuali e di gruppo, attività psicoterapica di gruppo e psicoeducazionale. *(Dipartimento di Salute Mentale, 24/06/2022)*

Fondamentale, per garantire un'efficace assistenza ai pazienti, risulta essere il lavoro in équipe. Équipe intesa come "base sicura" che sostiene una persona in difficoltà, sia su un piano emotivo che cognitivo, permettendole di esprimere i propri bisogni, di esplorarli, approfondirli e di elaborare strategie che possano migliorare la sua situazione. L'équipe multiprofessionale è il metodo di lavoro più efficace per favorire il pensiero e lo scambio di comunicazione tra i diversi operatori, le cui specificità e competenze professionali diventano il valore aggiunto. *(Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale-S.I.S.I.S.M., 25/06/2021)*

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, il numero complessivo di posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun S.P.D.C. contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni. *(Ministero della Salute, 27/06/2022)*

#### 1.4 Tipologia di pazienti assistiti

Nel S.P.D.C. vengono ricoverate persone con disturbi psichiatrici critici e gravi che necessitano di assistenza, questo comprende una vasta gamma di pazienti con diverse patologie e appartenenti a diversi gruppi diagnostici. (*Unità Operative Semplici-U.O.S. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 2018*)

Secondo il “*Rapporto della Salute Mentale*” gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2020 ammontano a 728.338. Di questi, il 53,6% dei casi sono di sesso femminile, ed in entrambi i sessi la più alta concentrazione si ha nelle fasce d’età 45-54 anni e 55-64 anni. Nella *Tabella I*, vengono mostrati per ciascuna regione i tassi standardizzati per 10.000 abitanti di età maggiore di 17 anni. Si può rilevare che il tasso in Italia cambia da regione a regione, da 90,3 per 10.000 abitanti adulti in Sardegna fino a 195,4 nella regione Umbria, con un valore totale in tutta Italia di 143,4. (*Rapporto Salute Mentale, 10/2021*)

*Tabella I -Incidenza degli utenti trattati- tassi standardizzati per 10.000 abitanti*

Regione	Maschio	Femmina	TOTALE
PIEMONTE	35,7	43,7	39,8
VALLE D'AOSTA	35,8	47,1	41,7
LOMBARDIA	24,7	26,3	25,5
PROV. AUTON. BOLZANO	48,5	57,4	53,0
PROV. AUTON. TRENTO	47,0	65,1	56,3
VENETO	56,8	71,3	64,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	58,4	72,0	65,5
LIGURIA	53,2	58,0	55,7
EMILIA ROMAGNA	64,5	82,6	73,9
TOSCANA	40,4	47,6	44,2
UMBRIA	37,3	50,2	44,0
MARCHE	25,9	29,6	27,8
LAZIO	62,7	73,2	68,2
ABRUZZO	74,5	77,7	76,2
MOLISE	66,5	64,8	65,6
CAMPANIA	45,0	44,3	44,6
PUGLIA	54,5	53,9	54,2
BASILICATA	42,3	39,7	41,0
CALABRIA	45,4	53,4	49,5
SICILIA	65,7	66,3	66,0
SARDEGNA	6,8	9,7	8,3
ITALIA	46,6	52,9	49,9

(*Sistema informativo Salute Mentale, 2020*)

Inoltre, dai diversi dati analizzati, risulta che i tassi dei pazienti trattati per gruppo diagnostico evidenziano importanti differenze legate al genere. Infatti, nel sesso maschile sono maggiori i pazienti trattati con disturbi schizofrenici, disturbi di personalità e disturbi di abuso di sostanze; mentre nel sesso femminile sono maggiori gli utenti con disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. In particolare, per la depressione, il numero di utenti femmine è quasi il doppio rispetto a quello dei maschi. (*Rapporto Salute Mentale, 10/2021*)



## **2. PROBLEMA**

Il problema che si intende analizzare all'interno della tesi riguarda il comportamento aggressivo dei pazienti nel S.P.D.C. In particolare, si andranno a ricercare le strategie non farmacologiche ritenute più efficaci per prevenire e gestire questi eventi aggressivi. In questo capitolo verrà fatto prima un approfondimento generale sul tema dell'aggressività, per poi andare ad analizzare nello specifico l'evento violento nel paziente psichiatrico.

### 2.1 La definizione di aggressività

Con il termine aggressività si designa un fenomeno molto complesso, sul quale molte discipline si sono pronunciate; dall'antropologia all'etologia, dalla psicologia alla sociologia, dalla biologia alla biochimica. Nel complesso, nel corso del tempo, sono state fornite non solo diverse concezioni dell'aggressività, ma anche molteplici spiegazioni sulle sue origini. La stessa origine del termine rinvia alla molteplicità ed alla complessità dei possibili significati. Il termine deriva dal latino *adgredior* che letteralmente significa "avvicinarsi", ma che può anche essere inteso come "assalire", "accusare", "intraprendere", "cominciare". (Barbieri C, et al., 2010) Di conseguenza, risulta difficile dare a questo termine una definizione unica e sempre valida. Si decide di fare riferimento all'aggressività come ad un'intenzionalità consapevole di passare all'atto verso cose o persone incurante delle conseguenze, che può essere accompagnata da emozioni negative. L'aggressività viene quindi definita come uno stato di tensione emotiva generalmente espresso in comportamenti lesivi e di attacco, verso sé stessi o altri. Alla base dell'aggressività si possono trovare tre elementi fondamentali: l'intenzione, ovvero la motivazione alla base del comportamento; l'azione, quindi la modalità scelta per arrecare danno; lo stato emotivo, ovvero il sentimento che porta al comportamento, come ad esempio uno stato di rabbia o di ansia.

### 2.2 L'evoluzione psicoanalitica del concetto di aggressività

Di seguito viene ripercorso sinteticamente lo sviluppo delle principali ipotesi psicoanalitiche sull'aggressività, sviluppate da diversi psicanalisti, a partire da Sigmund Freud. Nello sviluppo delle teorie sull'aggressività di Sigmund Freud (1856-

1939), si possono distinguere tre fasi: in una prima fase l'aggressività viene concepita quasi esclusivamente come un aspetto della libido; in una seconda fase, l'aggressività viene vista come indipendente dalla libido e legata invece alle pulsioni dell'io; ed infine in una terza fase, l'aggressività viene considerata la manifestazione di un'autonoma pulsione autodistruttiva di morte. Lo psichiatra Alfred Adler (1870-1938) vede l'aggressività come una reazione alla frustrazione. L'esperienza di privazione che una persona può vivere in diverse fasi della propria esistenza la porta a relazionarsi agli eventi con comportamenti aggressivi. Secondo Melanie Klein (1882-1960) l'aggressività non deriva da frustrazioni ma è qualcosa di innato, primario, originato da un istinto di morte con cui si deve sempre fare i conti e da cui non si può scappare. Questo impulso innato, che originariamente era autoriflesso, viene proiettato verso l'esterno sotto forma di aggressività. Otto Fenichel (1897-1946), in opposizione a Melanie Klein, dichiara che l'aggressività è reattiva e non primaria. Egli afferma che esiste un impulso innato ma sostiene anche che l'utilizzo dell'aggressività, come modalità di comunicazione in un adulto, è condizionato da una gestione inefficace della tensione insufficientemente tollerata, che può essere migliorata nel corso degli anni. Un altro psicoanalista, Erich Fromm (1900-1980), distingue nell'uomo due diversi tipi di aggressività. L'aggressività difensiva, ovvero l'impulso biologicamente adattivo di attaccare o di fuggire quando si è minacciati e l'aggressività maligna, ovvero la crudeltà, non biologicamente adattiva, senza alcuno scopo e che procura piacere a chi la compie. Secondo Fromm, se una persona non può vivere in modo produttivo e sente le sue possibilità di sviluppo contrastate, la sua energia si trasforma in forza potenzialmente distruttiva e aggressiva. *(Sintesi di alcune ipotesi psicoanalitiche da Freud a oggi, 10/10/2012)*

### 2.3 Teorie sull'aggressività

Come la psicanalisi, altre discipline nel corso degli anni si sono interessate e hanno approfondito il concetto di aggressività. Nell'ambito dell'etologia, ad esempio, si postula l'esistenza di un'energia istintuale di natura aggressiva che accresce la probabilità di sopravvivenza e conservazione della specie. Secondo l'etologo Konrad Lorenz (1903-1989), l'aggressività nasce da un istinto innato dell'essere umano, ovvero una pulsione interiore che genera e dirige i suoi comportamenti. *(Psicologia dell'aggressività, 24/06/2014)*



Le correnti comportamentiste svilupparono e studiarono l'aggressività da un punto di vista sociale. Tra le diverse teorie le più importanti risultano essere: la teoria della neo-associazione cognitiva (1969), la teoria dell'apprendimento sociale (1976), la teoria dell'interazione sociale (1998), la teoria del copione (1988) e la teoria del trasferimento di eccitazione (1983). La prima, sviluppata da Leonard Berkowitz, propone che eventi avversi come la frustrazione e la provocazione possono stimolare pensieri, ricordi, reazioni fisiche come la fuga e la lotta. Le reazioni di lotta si associano a vissuti di rabbia, mentre la fuga a vissuti di paura. I vissuti, archiviati nella memoria, ci offrono una spiegazione del perché eventi avversi possano incrementare i comportamenti aggressivi. Albert Bandura, nella teoria dell'apprendimento sociale, affermò che le persone acquisiscono i comportamenti aggressivi nello stesso modo in cui acquisiscono altre forme di comportamenti sociali, derivate da esperienze dirette o osservate. In riferimento alla teoria dell'interazione sociale, Brad J. Bushman e Roy Baumeister affermarono che l'aggressività è spesso il risultato di minacce e svalutazioni in soggetti con una percezione grandiosa di sé, soprattutto quando questa percezione è ingiustificata. Rowell Huesmann alla fine degli anni '80 sviluppò la teoria del copione, secondo la quale, i bambini quando osservano immagini violente, apprendono modalità di risposta aggressive. La persona prima seleziona una precisa sceneggiatura per rappresentare una situazione e poi assume un ruolo in quel copione. Una volta che il copione è stato appreso, può essere rievocato automaticamente ed utilizzato come guida comportamentale in risposta ad un determinato stimolo. Infine, nella teoria del trasferimento di eccitazione, Dolf Zillmann osservò che se due eventi eccitanti avvenissero a distanza ravvicinata l'arousal (stato di eccitazione) del primo potrebbe sovrapporsi a quello del secondo, se poi il secondo evento fosse correlato alla rabbia, l'arousal aggiuntivo renderebbe la persona ancora più collerica, rafforzando la rabbia come modalità di risposta a determinati stati di eccitazione. (*L'aggressività di Antonio Vita., sd*)

#### 2.4 Tipologie e fasi dell'aggressività

L'aggressività porta le persone ad agire in maniera violenta nella vita sociale in diverse circostanze. Ma ogni persona, in base al suo carattere ed altri fattori esterni a sé, è portata ad esprimere la rabbia in diversi modi. Nel corso degli anni, diversi studiosi hanno creato delle classificazioni per distinguere le molteplici tipologie di

aggressività. Le principali tipologie riscontrate sono: l'aggressività attiva, nella quale l'individuo tenta di recare danno ad un suo simile con l'impiego della forza; l'aggressività passiva, caratterizzata da atti di omissione; l'aggressività diretta, nella quale si arreca danno con modalità mirata, in cui si utilizza il proprio corpo come arma; l'aggressività indiretta, in cui si arreca danno ad una persona passando per qualcun altro; l'aggressività autodiretta, in cui l'oggetto da aggredire diventa il sé; l'aggressività eterodiretta, ovvero verso oggetti o persone; l'aggressività reattiva, che deriva da un torto subito ed è alimentata dalla vendetta; l'aggressività proattiva, in cui la violenza viene programmata precedentemente con lo scopo di nuocere l'altro. (*Aggressività: forme, cause e modalità di gestione, 11/12/2018*)

In ogni evento aggressivo si possono distinguere queste diverse fasi: 1) Fase del fattore scatenante che genera il comportamento aggressivo; i fattori possono essere diversi a seconda anche dell'ambiente in cui ci si trova come l'intensificarsi di stimoli sgradevoli, recenti perdite, provocazioni reali o presunte o la disinibizione indotta da sostanze. Questa fase viene chiamata anche fase *trigger*. 2) Fase dell'escalation, in cui si presenta l'attivazione fisiologica connessa allo stato emotivo della rabbia. 3) Fase della crisi, ovvero il picco massimo di aggressività. 4) Fase del recupero, quella in cui il paziente comincia a riprendere confidenza con l'ambiente che lo circonda e lo stato di eccitazione diminuisce progressivamente. 5) Fase della depressione riparativa post-critica, in cui il soggetto prova un senso di colpa, vergogna e rimorso per come si è comportato. (Berardi D, et al., 1998)

Questo ciclo può essere interrotto in ogni momento con un opportuno intervento, diverso da fase a fase. In particolare, negli ultimi anni, sono state sviluppate diverse strategie non farmacologiche, utili a prevenire e gestire gli eventi aggressivi, che possono essere utilizzate negli ambienti di cura con i pazienti psichiatrici.

### 2.5 L'aggressività nei pazienti psichiatrici

Nella realtà sanitaria l'aggressività è un fenomeno in continuo aumento. Il *National Institute of Occupational Safety and Health* definisce la violenza sul posto di lavoro come: "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro". Gli infermieri sono maggiormente esposti ad episodi di violenza in quanto lavorano a stretto contatto con i pazienti, instaurando rapporti a

forte contenuto emotivo con loro, caratterizzati però dall'instabilità che contraddistingue questi soggetti. (*Ministero della Salute, 2007*)

Vi sono delle aree specifiche di assistenza in cui i comportamenti aggressivi si verificano con maggiore frequenza: i servizi di emergenza, le attività domiciliari, le geriatriche e i servizi di Salute Mentale e psichiatria. (Calabrò A, et al., 2020)

In particolare, da diversi studi effettuati negli anni, risulta che alcune patologie psichiatriche favoriscono lo sviluppo di comportamenti aggressivi. Da un articolo pubblicato nel 2010, emerge che i pazienti con diagnosi di disturbo psicotico (o schizofrenia), disturbo bipolare e disturbo di personalità mostrano un rischio elevato di diventare violenti. (Minutolo G, et al., 2010)

I comportamenti aggressivi non rappresentano di per sé una patologia psichiatrica e la maggior parte delle persone affette da malattie mentali non manifesta reazioni violente; tuttavia, la presenza di alcuni disturbi mentali unita ad altri fattori di rischio aumenta la probabilità di reazioni aggressive nei soggetti. La schizofrenia e il disturbo delirante cronico sono le patologie più frequentemente associate a comportamenti aggressivi. Spesso, in questi pazienti, la violenza a causa di deliri e allucinazioni si presenta in maniera esplosiva, con crisi pantoclastiche. Nel disturbo bipolare, l'aggressività può essere presente nelle fasi maniacali del disturbo ed è solitamente legata a irritabilità, iperattività, bassa tolleranza alla frustrazione e difficoltà di adeguare le risposte emotive al contesto. Nel disturbo borderline di personalità, l'aggressività è dovuta all'incapacità di regolare le reazioni emotive, all'instabilità delle relazioni, all'eccessiva reattività agli eventi ambientali e all'impulsività. In questi pazienti, i comportamenti aggressivi sono frequentemente auto-diretti e sono spesso legati all'assunzione di alcool o droghe. Nei disturbi d'ansia, infine, i comportamenti aggressivi possono rappresentare una risposta dell'individuo alla percezione di pericoli esterni e alla sensazione di mancanza di controllo. (*Linee guida comportamenti aggressivi, gestione dei comportamenti aggressivi in psichiatria, s.d.*)

Per comprendere al meglio l'aggressività nei pazienti psichiatrici è fondamentale conoscere le manifestazioni tipiche del comportamento violento. Emozioni intense come la rabbia, la paura, la frustrazione e la colpa sfociano spesso in reazioni aggressive. Alcuni esperimenti condotti da Jaak Panksepp (1998), hanno dimostrato

l'esistenza di una serie di "sistemi operativi emozionali", responsabili dell'attivazione e organizzazione delle emozioni. I centri della rabbia attivano il sistema nervoso simpatico che porta alcune modificazioni all'organismo, tra cui l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione, della frequenza respiratoria e della sudorazione. Allo stesso tempo, vengono attivate delle risposte comportamentali che si manifestano con atteggiamenti caratteristici come: digrignare i denti, stringere i pugni, tirare in fuori il petto, alzare il tono della voce, camminare in circolo, piangere, gettare oggetti, avvicinarsi troppo agli altri e fissare lo sguardo. (Baldoni F, 2015)

Data la vasta tipologia di manifestazioni dell'aggressività, la sua valutazione risulta assai difficoltosa. Nel corso degli anni, sono state sviluppate diverse scale che possono essere utilizzate per verificare la componente aggressiva delle persone. Alcune di esse sono già utilizzate nella pratica clinica, altre sono ancora in fase di sperimentazione. (Terzoni S, et al., 2016)

## 2.6 Fattori di rischio

Il comportamento aggressivo e di crisi dei pazienti può essere dovuto a molteplici variabili. Queste variabili contribuiscono, in maniera diversa, al verificarsi degli incidenti e possono essere difficili da isolare. Il modello a cui si fa riferimento evidenzia tre categorie di fattori che possono causare una reazione violenta nel paziente psichiatrico ricoverato: 1) Fattori interni, ovvero le variabili del paziente: la psicopatologia, alcuni studi hanno infatti evidenziato che i disturbi maniacali e la schizofrenia sono spesso associati ad eventi violenti; la cognizione sociale distorta, molti incidenti sono riconducibili a disturbi cerebrali organici; il sesso, non ci sono prove certe del legame causale, ma spesso gli individui che manifestano aggressività sono di sesso maschile; età, gli episodi di violenza riguardano spesso anziani o pazienti di età inferiore ai 30 anni; abuso di sostanze e intossicazione. 2) Fattori esterni, ovvero le variabili legate al reparto e all'ambiente circostante: la sovra stimolazione, dovuta ad esempio ad un reparto affollato e rumoroso; la sotto stimolazione, legata a mancanza di attività che portano alla noia; una ridotta privacy, con mancanza di libertà e ridotto spazio personale; l'organizzazione degli spazi, come la disposizione dell'arredamento all'interno del reparto; un particolare momento della giornata, quando il personale è, ad esempio, impegnato nello scambio delle consegne.

3) Fattori situazionali, ovvero variabili legate al personale: preparazione ed esperienza del personale, l'incidenza degli episodi di aggressività è correlata spesso all'inadeguata preparazione del personale, legata anche al livello di esperienza lavorativa; numero di operatori, un basso rapporto operatori/pazienti influisce sul numero di eventi violenti; fattori interpersonali, il modo in cui il personale comunica con i pazienti; sesso degli operatori, da alcuni studi emerge che gli uomini sono maggiormente coinvolti negli episodi aggressivi. La comprensione delle diverse cause e fattori che possono portare ad un atteggiamento aggressivo è fondamentale per poter gestire l'evento in modo corretto ed efficace.

*(Nijman H, et al., 2002)*



### 3. MATERIALI E METODI

#### 3.1 Obiettivo di ricerca

L'obiettivo principale della ricerca è individuare quali possibili strategie non farmacologiche possono essere messe in atto in S.P.D.C. per prevenire e gestire gli eventi aggressivi. Per fare questo, si andranno ad analizzare diversi articoli inerenti all'argomento da trattare e si andranno poi a confrontare le strategie trovate. L'ipotesi è che l'utilizzo di strategie non farmacologiche specifiche, possa aiutare l'infermiere in S.P.D.C. nell'assistere il paziente violento nel migliore dei modi, riducendo così, il rischio che gli eventi aggressivi possano portare conseguenze dannose per l'operatore, per il paziente stesso e per gli altri utenti.

#### 3.2 Quesiti di ricerca

Per formulare i quesiti di ricerca è stato utilizzato il modello PIO che si articola in:

- *Problem*: frequenti eventi aggressivi in S.P.D.C.
- *Intervention*: interventi non farmacologici per prevenire e gestire gli eventi aggressivi.
- *Outcome*: riduzione e gestione efficace da parte degli operatori degli episodi di violenza.

Dal modello PIO emergono i seguenti quesiti:

- Quali interventi non farmacologici possono essere attuati per prevenire gli eventi aggressivi in S.P.D.C.?
- Quali strategie non farmacologiche possono essere impiegate per gestire, nei pazienti psichiatrici, l'episodio di violenza in atto?

Le *key-words* utilizzate per la ricerca degli articoli nelle diverse banche dati, tratte dal modello PIO e dai quesiti di ricerca, sono: "*prevention*", "*control*", "*aggressive behavior*", "*psychiatric patient*", "*psychiatry*", "*strategies*", "*aggression*"

#### 3.3 Ricerca e selezione della letteratura

La revisione della letteratura è stata effettuata consultando le banche dati PubMed, Galileo Discovery e Embase. All'interno di questi database sono state utilizzate delle

stringhe di ricerca contenenti le parole chiave sopra elencate. Queste parole chiave sono state utilizzate in combinazione con termini booleani. Di seguito vengono riportate le stringhe di ricerca impiegate nelle diverse banche dati e il numero di articoli trovati. (Tabella II)

*Tabella II - Stringhe di ricerca*

BANCA DATI	STRINGA DI RICERCA	LIMITI	RISULTATI
PubMed	((aggressive behavior) AND (prevention)) AND (control)) AND (psychiatric patient)) AND (psychiatry)	Pubblicazione 2017-2022	99
Galileo Discovery	Aggressive behavior AND psychiatry AND strategies AND prevention	Pubblicazione 2017-2022	49
Embase	Aggression AND psychiatric patient	Pubblicazione 2017-2022	99

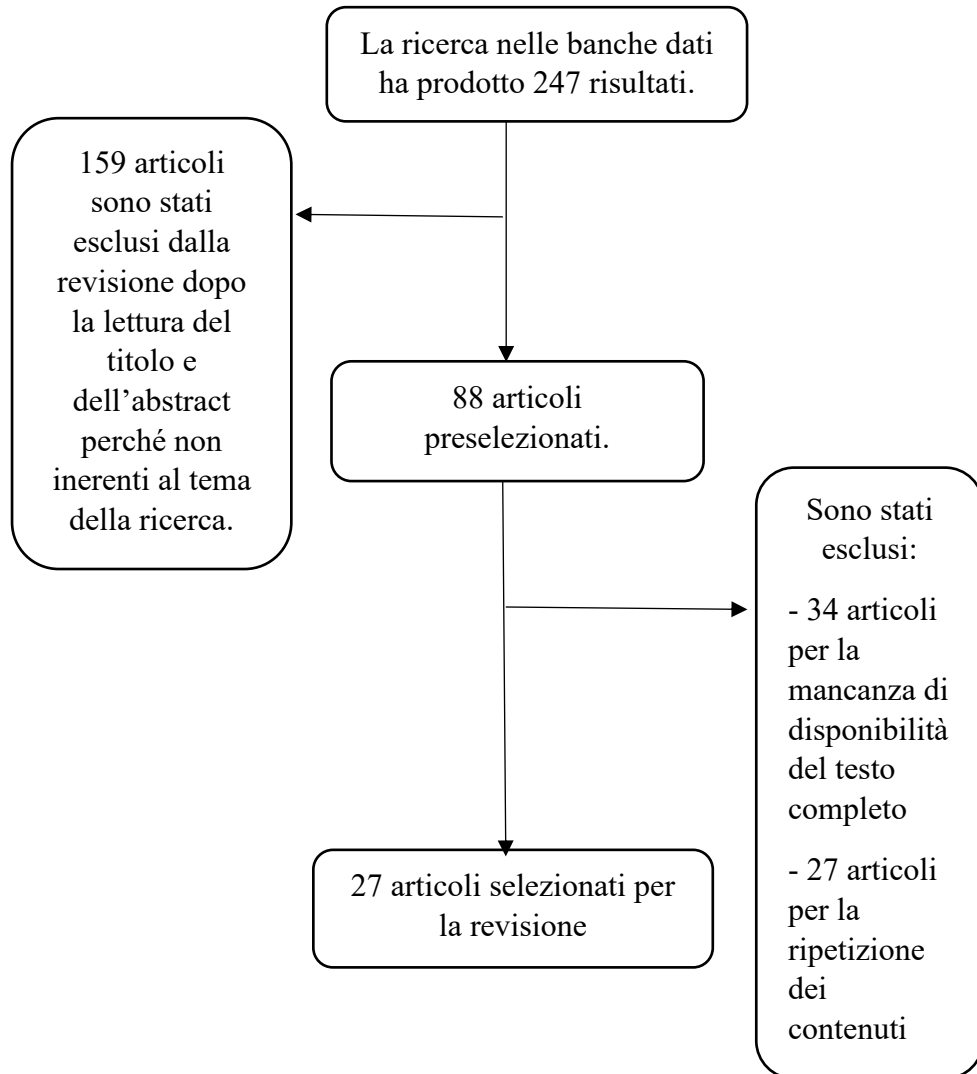
I criteri utilizzati per selezionare gli articoli da analizzare nella revisione sono:

- articoli pubblicati negli ultimi 5 anni, tra il 2017 e il 2022;
- contenuto degli articoli pertinente al progetto di ricerca;
- disponibilità del testo: abstract e testo completo.



La ricerca nelle diverse banche dati ha portato ad un totale di 247 risultati. In seguito alla fase di preselezione, dopo l'analisi degli abstract e la lettura dei testi integrali dei documenti scelti, sono stati selezionati 27 articoli per sviluppare la tesi. (Figura 1)

Figura 1- Flow chart del processo di selezione degli articoli





#### 4. RISULTATI

Per lo sviluppo della tesi sono stati selezionati un totale di 27 articoli. Essi appartengono a diverse tipologie di studio, in particolare ci sono:

- 7 revisioni di letteratura;
- 6 studi trasversali;
- 6 studi sperimentali aperti;
- 2 studi di coorte;
- 2 studi clinici controllati randomizzati;
- 2 studi caso controllo prospettici;
- 1 studio pilota;
- 1 indagine qualitativa.

Si riporta ora nella tabella sottostante (*Tabella III*) la schedatura degli articoli selezionati, di cui sono stati sintetizzati obiettivo, materiali e metodi, risultati e conclusioni.

*Tabella III- schedatura degli articoli*

ARTICOLO	OBIETTIVO	MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIO NI
TITOLO: “Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers” AUTORI: Geoffrion S. et al. ANNO: 2020	Valutare l’efficacia degli interventi di istruzione e formazione del personale, per ridurre al minimo l’aggressione sul posto di lavoro diretta verso gli operatori sanitari da parte dei pazienti.	Sono stati ricercati articoli in 9 database e cinque registri di studi fino a giugno 2020. Quattro revisori hanno valutato e selezionato gli studi risultanti dalla ricerca, usando procedure metodologiche standard previste da Cochran.	Sono stati selezionati 9 studi con un totale di 1688 partecipanti. Quattro studi approfondivano o una formazione fornita online e cinque studi un’istruzione faccia a faccia. In otto studi, le persone sono state seguite per tre mesi mentre in uno studio per oltre un anno.	I programmi di istruzione e formazione non hanno ridotto il numero di comportamenti aggressivi ma hanno migliorato la conoscenza degli operatori sanitari in questo campo e la loro capacità di gestione degli eventi violenti.

<p>TITOLO: “Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services- a systematic review” AUTORI: Doedens P. et al. ANNO: 2019</p>	<p>Riassumere la letteratura scientifica riguardante l’atteggiamento degli infermieri nei confronti delle misure coercitive nei servizi di salute mentale per acuti.</p>	<p>Sono stati ricercati articoli in MEDLINE, Embase, PsycINFO, e CINAHL Plus. Sono stati cercati elenchi di riferimento di recensioni precedenti e inclusi studi per trovare pubblicazioni aggiuntive, cercando anche studi di coorte.</p>	<p>Sono stati selezionati un totale di 84 studi. 67 di questi, sono stati riportati sugli atteggiamenti degli infermieri e 31 sull’influenza delle caratteristiche del personale infermieristico. La maggior parte degli studi erano studi trasversali o sondaggi basati su questionari.</p>	<p>L’atteggiamento degli infermieri nei confronti delle misure coercitive è cambiato negli anni passando dal paradigma terapeutico al paradigma di sicurezza, secondo cui l’attuale utilizzo delle misure coercitive non è finalizzato alla cura del paziente ma alla sua protezione.</p>
<p>TITOLO: “Breaking down long-term chronic aggression within a forensic hospital system” AUTORI: Rose B. et al. ANNO: 2020</p>	<p>Analizzare i pazienti che hanno atteggiamenti aggressivi per più anni e vedere quali caratteristiche e queste persone hanno in comune, per poter poi capire come intervenire.</p>	<p>In un ospedale psichiatrico, sono stati rivisti i pazienti che avevano commesso 5 azioni aggressive all’anno per tre anni (dal 2010 al 2015). Sono stati poi raccolti dati sulle caratteristiche cliniche e demografiche di questi pazienti.</p>	<p>Analizzando le caratteristiche dei diversi pazienti presi in esame 3 variabili sono state in grado di classificare correttamente il 76,7% dei casi di aggressività, ovvero una storia di comportamenti suicidi, la presenza di disturbi cognitivo-percettivi e l’aumento dell’età.</p>	<p>Si dovrebbero adottare programmi di trattamento legati alle 3 variabili riscontrate. Tra questi, quelli più efficaci risultano essere la riabilitazione cognitivo-percettiva e i trattamenti cognitivi sociali di gruppo.</p>
<p>TITOLO: “Use of Security</p>	<p>Capire quando vengono</p>	<p>Sono state esaminate le cartelle</p>	<p>Sono stati presi in esame 272 pazienti e si</p>	<p>Il personale clinico ha chiamato la</p>

<p>Officers on Inpatient Psychiatry Units” AUTORI: Lawrence R. et al. ANNO: 2018</p>	<p>chiamati gli agenti di sicurezza in un ospedale psichiatrico per gestire gli eventi aggressivi e gli effetti del loro intervento.</p>	<p>cliniche e il registro di sicurezza per 6 mesi nell’unità psichiatrica dell’Allen Hospital di New York. Gli studiosi hanno poi registrato, quando si sono verificate le chiamate di sicurezza e quali esiti si sono verificati.</p>	<p>sono verificate un totale di 161 chiamate di sicurezza in 6 mesi. La maggior parte delle chiamate sono state nella prima settimana di ricovero. Gli interventi conseguenti alle chiamate sono stati farmacologici e non.</p>	<p>sicurezza spesso per minacce di violenza e soprattutto nella prima settimana di ricovero. La presenza degli agenti di sicurezza può ridurre la frequenza degli eventi aggressivi.</p>
<p>TITOLO: “Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness” AUTORI: Joens M.T. et al. ANNO: 2019</p>	<p>Valutare l’efficacia di specifici interventi di riabilitazione cognitiva per il trattamento della violenza e dell’aggressività, in pazienti con gravi malattie mentali.</p>	<p>Sono stati analizzati, approfonditi e confrontati gli interventi di riabilitazione cognitiva attuati fino al 2019 per ridurre i comportamenti aggressivi nei pazienti psichiatrici.</p>	<p>Gli autori hanno preso in considerazione più di 150 studi inerenti a diverse strategie di riabilitazione cognitiva. Gli interventi che risultano essere più efficaci sono: la formazione cognitiva computerizzata (CCT), la formazione socio-cognitiva computerizzata (CSCT) e gli interventi di gruppo.</p>	<p>La combinazione di CCT e CSCT associate a interventi di riabilitazione di gruppo può ridurre la violenza nei pazienti psichiatrici.</p>
<p>TITOLO: “A systematic evaluation of impulsive-aggressive behavior in psychogeriatr</p>	<p>Valutare l’efficacia dell’utilizzo della scala dell’aggressività dell’osservazione del</p>	<p>Sono state analizzate le scale SOAS-R completate dal personale sanitario in tre reparti psichiatrici per</p>	<p>In 12 mesi sono stati segnalati un totale di 146 incidenti aggressivi che hanno coinvolto 66</p>	<p>L’utilizzo della SOAS-R è risultato efficace nel prevenire gli episodi aggressivi nei</p>

<p>ic inpatients using the staff observation aggression scale-revision (SOAS-R)” AUTORI: Paschali M. et al. ANNO: 2017</p>	<p>personale, per prevenire e segnalare gli eventi aggressivi nei pazienti ricoverati psicogeriatrici.</p>	<p>un periodo di 12 mesi. I pazienti presi in esame sono stati suddivisi in due sottogruppi diagnostici: demenza e altre diagnosi.</p>	<p>pazienti. Il sesso maschile, la presenza di precedenti episodi aggressivi e il turno serale sono stati identificati come fattori di rischio.</p>	<p>pazienti in analisi. Inoltre, per ridurre la violenza, fondamentali sono le tecniche di de-escalation e le note di avvertimento nella cartella del paziente con precedenti comportamenti aggressivi.</p>
<p>TITOLO: “Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative” AUTORI: O’Sullivan O.P. et al. ANNO: 2020</p>	<p>Utilizzare una metodologia di miglioramento della qualità per ridurre la violenza e l’aggressione nei reparti di salute mentale di almeno il 30% tra il 2016 e il 2018.</p>	<p>In questi 3 anni è stata testata l’efficacia di un pacchetto di interventi utili a ridurre la violenza tra i pazienti nei reparti di salute mentale del John Howard Center e del Wolfson House nel nord-est di Londra.</p>	<p>Un reparto ha cessato di raccogliere dati ed è stato rimosso dallo studio. Mentre all’interno degli altri reparti si è ottenuta una riduzione dell’8% degli episodi di violenza fisica e del 16% della violenza non fisica ogni 1000 giorni di ricovero.</p>	<p>4 interventi, ovvero, l’utilizzo della Broset Violence Checklist, i gruppi di sicurezza, le croci di sicurezza e le discussioni sulla sicurezza nelle riunioni si sono dimostrati efficaci nella riduzione della violenza in regime di ricovero psichiatrico.</p>
<p>TITOLO: “A preliminary evaluation of the effectiveness of dialectical behaviour therapy in a forensic</p>	<p>Valutare l’efficacia della terapia dialettica comportamentale (DBT) nei contesti di salute mentale forense.</p>	<p>Viene fatto uno studio in un’unità di salute mentale forense in Canada. Vengono dati ad ogni paziente dei punteggi prima e dopo il</p>	<p>9 uomini e 5 donne residenti in un ospedale canadese hanno completato un programma DBT standard, in circa 1 anno. I punteggi rilevati</p>	<p>L’utilizzo della terapia dialettica comportamentale formata da elementi delle filosofie orientali e principi comportamentali cognitivi è</p>

<p>psychiatric setting” AUTORI: Moulden H. et al. ANNO: 2020</p>		<p>trattamento con la DTB, riguardanti la rabbia, l’aggressività, la speranza, la capacità di coping, e l’intelligenza emotiva.</p>	<p>indicano un aumento della comprensione e del riconoscimento dei problemi e una riduzione del rischio di aggressività</p>	<p>utile per ridurre la rabbia e la violenza in ambito psichiatrico.</p>
<p>TITOLO: “Machine learning approach to inpatient violence risk assessment using routinely collected clinical notes in electronic health” AUTORI: Menger V. et al. ANNO: 2019</p>	<p>Sviluppare e validare un modello di previsione multi-variabile per la valutazione del rischio di violenza, in regime di ricovero, basato su tecniche di apprendimento automatico applicate a note cliniche scritte nelle cartelle elettroniche.</p>	<p>Questo studio ha utilizzato note cliniche retrospettive registrate nelle cartelle elettroniche durante il ricovero in 2 ospedali psichiatrici nei Paesi Bassi. Nel primo luogo sono stati inclusi nello studio gli adulti ricoverati tra il 2013 e il 2018, mentre nel secondo ospedale sono stati presi in esame i pazienti ricoverati tra il 2016 e il 2018.</p>	<p>Sono stati analizzate le note cliniche registrate nelle cartelle di 2209 pazienti nel primo luogo e 1919 pazienti nel secondo luogo. La validità predittiva dei modelli utilizzati è stata misurata attraverso l’area sotto la curva (AUC) e risulta del 95% nel primo ospedale e del 96% nel secondo ospedale.</p>	<p>I modelli utilizzati hanno prodotto valori di AUC che manifestano una buona validità predittiva, suggerendo che è possibile una valutazione automatica del rischio di violenza utilizzando note cliniche registrate di routine.</p>
<p>TITOLO: “An evaluation of the implementation of a “No Force First” informed organizational guide to reduce</p>	<p>Valutare l’impatto a seguito dell’attuazione di un programma chiamato “No Force First” all’interno di strutture ospedaliere di</p>	<p>Nello studio sono stati inclusi episodi di violenza registrati da 44 reparti. Sono stati creati due gruppi: il gruppo che comprende gli incidenti</p>	<p>È stata osservata una significativa riduzione del 17% nell’incidenza della contenzione fisica. Sono state osservate, anche,</p>	<p>Lo studio ha dimostrato che l’utilizzo del “No Force First” ha portato significativi risultati. Gli eventi aggressivi nelle strutture</p>

<p>physical restraint in mental health and learning disability inpatient setting in UK” AUTORI: Haines-Delmont A. et al. ANNO: 2022</p>	<p>salute mentale e disabilità, per indagare i cambiamenti nell’incidenza della violenza e dell’utilizzo della contenzione.</p>	<p>aggressivi avvenuti nei 24 mesi successivi all’intervento e un gruppo comprendente gli incidenti avvenuti nei 24 mesi precedenti l’attuazione dell’intervento. I risultati dei due gruppi sono stati poi confrontati.</p>	<p>riduzioni significative dei tassi di danno subito e di aggressione/viololenza. Questo grazie all’attuazione del programma “No Force First”.</p>	<p>ospedaliere di salute mentale e disabilità sono notevolmente ridotti. Inoltre, i servizi di salute si sentono incoraggiati ad allontanarsi dalla coercizione e dal contenimento verso un’assistenza più focalizzata sul recupero.</p>
<p>TITOLO: “Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational” AUTORI: Schneeberger A. R. et al. ANNO: 2017</p>	<p>Valutare gli effetti delle politiche delle porte aperte o chiuse sugli incidenti aggressivi nelle strutture psichiatriche.</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 21 ospedali tedeschi. L’analisi include dati dal 1998 al 2012, con un totale di 314 330 casi di aggressione trattati in 17 ospedali con porte chiuse e in 4 ospedali con la politica delle porte aperte.</p>	<p>Sono stati presi in esame 68 135 casi di violenza trattati con porte chiuse e 246 195 con la politica delle porte aperte. L’effetto del tipo di politica non è stato significativo nelle analisi dei comportamenti aggressivi durante il trattamento.</p>	<p>L’uso della contenzione, dell’isolamento o di altri interventi restrittivi come trattamento dei comportamenti aggressivi è meno probabile nei reparti con la politica della porta aperta rispetto a quella chiusa, ma è più probabile che si verifichino danni fisici in condizioni aperte o in reparti parzialmente aperti.</p>
<p>TITOLO: “Treating aggression in forensic</p>	<p>Comprendere l’applicabilità, i potenziali benefici e i</p>	<p>Analisi di articoli della letteratura che riguardano la</p>	<p>Sono stati analizzati i principali interventi che</p>	<p>Il PBS è una strategia potenzialmente preziosa per la</p>



<p>psychiatric settings” AUTORI: Trestman R. L. et al. ANNO: 2017</p>	<p>limiti del supporto comportamentale positivo (PBS) per gestire gli eventi aggressivi in psichiatria.</p>	<p>BPS, per capire il suo ruolo tra gli elementi necessari per creare e mantenere un ambiente terapeutico sicuro.</p>	<p>possono essere attuati, ovvero: la prevenzione, l'intervento precoce, la formazione sulle abilità generali, gli interventi strutturati, la psicofarmacologia e le opzioni ad alta intensità</p>	<p>gestione dell'aggressività in psichiatria. Tuttavia, è un componente ad alta intensità di risorse, destinato a casi estremi che sono relativamente pochi.</p>
<p>TITOLO: “Implementation of the Broset Violence Checklist on an acute psychiatric unit” AUTORI: Sarver W. L. et al. ANNO: 2019</p>	<p>Determinare la relazione tra i punteggi della BVC e l'incidenza di aggressioni in 24 ore, indagare l'impatto dei punteggi sulla durata del ricovero.</p>	<p>È stata fatta un'analisi di diversi dati riguardanti un ospedale psichiatrico applicando la metodologia di studio di coorte retrospettivo.</p>	<p>I risultati mostrano un rischio di violenza 3,4 volte maggiore per ogni punto aggiuntivo alla BVC. I pazienti che richiedono interventi di alto livello presentano punteggi BVC più alti sia nel primo che nel secondo giorno di ricovero.</p>	<p>La Broset Violence Checklist si è dimostrata efficace nell'identificazione precoce dei pazienti psichiatrici a rischio di sviluppare comportamenti aggressivi durante il ricovero.</p>
<p>TITOLO: “Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit” AUTORI: Newman J. et al. ANNO: 2018</p>	<p>Valutare l'efficacia di un intervento di formazione rivolto al personale sanitario per ridurre l'utilizzo dell'isolamento in psichiatria e aiutare i professionisti nella gestione</p>	<p>L'intervento di formazione è avvenuto in un'unità psichiatrica ospedaliera per adulti con 18 posti letto. È stato proposto questo corso di formazione di 90 minuti al personale e si sono poi confrontati i tassi di</p>	<p>I tassi di isolamento sono stati ridotti da una media di oltre 2,95 ore di isolamento a paziente 6 mesi prima dell'intervento, a una media di 0,29 ore di isolamento a paziente 6 mesi dopo</p>	<p>Gli interventi di formazione del personale mirati e limitati nel tempo possono avere un impatto misurabile sulla riduzione dei tassi di isolamento dei pazienti ricoverati in psichiatria.</p>

	degli episodi di violenza.	isolamento prima e dopo l'intervento.	l'intervento di formazione.	
<p>TITOLO: “prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong” AUTORI: Lantta T. et al. ANNO: 2020</p>	<p>Condurre un'analisi sulle linee guida negli ospedali di Hong Kong ed esplorare fino a che punto, queste linee guida sono allineate alle linee guida internazionali, per la prevenzione e gestione dell'aggressività del paziente in psichiatria.</p>	<p>È stata fatta un'analisi descrittiva dei documenti riguardanti le linee guida di quattro ospedali psichiatrici di Hong Kong per poi confrontarli con le linee guida del NICE (National Institute of Health and Care Excellence UK). I dati sono stati raccolti da dicembre 2017 a giugno 2018.</p>	<p>Sono stati analizzati un totale di 91 documenti, composti da 593 pagine di testo. Le raccomandazioni più in linea con le linee guida NICE sono gli interventi restrittivi, la riduzione dell'escalation, il miglioramento delle esperienze degli utenti e le prevenzioni. Tuttavia, ci sono delle differenze tra le diverse linee guida.</p>	<p>Esistono delle differenze tra le linee guida della politica locale asiatica e il quadro politico nazionale europeo. In particolare, gli interventi che non sembrano concordare sono: la formazione del personale, e il lavoro di collaborazione con la polizia.</p>
<p>TITOLO: “Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior” AUTORI: Ulrich R. S. et al. ANNO: 2018</p>	<p>Descrivere un modello concettuale che propone dei cambiamenti dell'ambiente fisico per ridurre lo stress e l'aggressività dei pazienti ricoverati.</p>	<p>Sono stati misurati gli effetti dei cambiamenti ambientali che sono stati apportati in un ospedale. Questi effetti sono stati poi confrontati con quelli di un altro ospedale di “controllo” in cui non sono stati apportati cambiamenti.</p>	<p>Tra i pazienti che hanno ricevuto iniezioni, il numero medio di iniezioni è leggermente diminuito nel nuovo ospedale rispetto alla vecchia struttura, ma è aumentato del 19% nell'ospedale di controllo. Il numero medio</p>	<p>La progettazione di migliori edifici psichiatrici basati su questo modello concettuale può ridurre il comportamento aggressivo dei pazienti. Gli interventi attuati sono 10 e sono finalizzati alla riduzione dello stress da</p>

			di contenzioni fisiche è diminuito del 50% nel nuovo ospedale rispetto al vecchio.	affollamento, alla riduzione dello stress ambientale, allo sviluppo di distrazioni positive e al design per l'osservazione.
TITOLO: “Aggressive incidents in psychiatric hospitals on heat days” AUTORI: Eisele F. et al. ANNO: 2021	Esplorare la relazione tra temperatura e numero di incidenti aggressivi e interventi coercitivi tra il 2007 e il 2019 in sei ospedali psichiatrici in Germania.	I siti di studio sono sei ospedali psichiatrici nel sud della Germania con un totale di 1007 posti letto. Gli incidenti violenti sono stati registrati con la SOAS-R, completata dai membri degli ospedali in esame. Sono stati, poi, presi in esame i dati sulla temperatura che successivamente sono stati confrontati con gli episodi aggressivi, per verificare la relazione tra i due elementi.	In 13 anni si sono verificati un totale di 207 giorni di calore. Tra 164 435 ricoveri, sono stati registrati 40 206 incidenti violenti e 74 229 misure coercitive. Inoltre, si è osservata una differenza significativa negli incidenti aggressivi nelle giornate con temperature maggiori o uguali a 30°C.	Le alte temperature nei luoghi di cura psichiatrici aumenta il rischio di comportamenti aggressivi. Una conseguenza ovvia sarebbe agire sui cambiamenti nella pianificazione degli edifici psichiatrici, per abbassare la temperatura al loro interno.
TITOLO: “Behavioral Emergency Response Team (BERT): on improves patient	Determinare in che modo l’inserimento di un BERT influisca sulla sicurezza del personale e del paziente ed esaminare	Un BERT è stato inserito in un’unità di salute mentale per 5 mesi. Sono stati condotti sondaggi del personale	Il BERT ha risposto a 17 emergenze comportamentali in 5 mesi. Il numero degli episodi di violenza è diminuito così	La squadra di risposta alle emergenze comportamentali può aiutare a ridurre gli episodi aggressivi, migliorare la

<p>safety, staff safety, and staff collaboration”</p> <p>AUTORI: Zicko C. J. M. et al. ANNO: 2017</p>	<p>il livello di conoscenza, fiducia e supporto del personale infermieristico o nella cura dei pazienti psichiatrici aggressivi.</p>	<p>prima e dopo l'intervento del BERT, sono stati poi confrontati il numero di aggressioni, di lesioni del personale, l'uso di restrizioni e gli interventi di sicurezza.</p>	<p>come l'uso della contenzione. Gli infermieri dell'unità hanno valutato il BERT come un supporto efficace per la gestione dei pazienti aggressivi.</p>	<p>collaborazione del personale e la sicurezza dei pazienti e del personale.</p>
<p>TITOLO: “Becoming tobacco-free: changes in staff and patient attitudes and incident reports in a large academic mental health and addictions hospital”</p> <p>AUTORI: Riad-Allen L. et al. ANNO: 2017</p>	<p>Valutare gli atteggiamenti del personale e dei pazienti e gli eventi avversi associati all'attuazione del divieto di tabacco negli ospedali psichiatrici del Canada.</p>	<p>Viene fatta un'indagine a 1173 dipendenti e 422 pazienti prima dell'intervento (divieto di fumo) e 4-6 mesi e 10-12 mesi dopo l'intervento. L'iniziativa senza tabacco è stata attuata in modo graduale.</p>	<p>Sono stati osservati cambiamenti positivi nell'atteggiamento del personale e dei pazienti nei confronti della politica senza tabacco. Inoltre, si è verificata anche una diminuzione statisticamente significativa dell'agitazione nei pazienti.</p>	<p>L'iniziativa del divieto di tabacco ha portato risultati positivi. È un intervento efficace di prevenzione degli episodi violenti negli ospedali psichiatrici</p>
<p>TITOLO: “Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS”</p> <p>AUTORI: Meyer L. F. et al. ANNO:</p>	<p>Identificare e confrontare le caratteristiche e relative al comportamento aggressivo dei pazienti ricoverati con schizofrenia in un ospedale psichiatrico, utilizzando la Historical</p>	<p>I pazienti sono stati suddivisi in violenti e non violenti utilizzando il HCR-20. Il MOAS è stato poi utilizzato per classificare il grado di gravità del comportamento o violento.</p>	<p>Dodici dei 20 elementi dell'HCR-20 si sono rivelati utili per distinguere tra i gruppi. Il MOAS non ha mostrato livelli elevati di gravità per le tipologie di aggressività</p>	<p>HCR-20 si è dimostrato utile e affidabile nel distinguere tra pazienti con schizofrenia violenti e non violenti. Quindi l'uso dell'HCR-20, in contesti psichiatrici, dovrebbe</p>

2018	Clinical Risk Management 20 (HCR-20) e la Modified Over Aggressio Scale (MOAS)		osservate nei pazienti.	essere incoraggiato.
TITOLO: “Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflict and containment rates among patients with schizophrenia” AUTORI: Bath S. et al. ANNO: 2020	Valutare l'efficacia della Milieu Therapy nella riduzione dei tassi di conflitto e contenimento dei pazienti con schizofrenia.	100 pazienti sono stati suddivisi in due gruppi uno sperimentale e uno di controllo. Il gruppo sperimentali ha ricevuto sia la Milieu Therapy che il trattamento ospedaliero di routine. Mentre, il gruppo di controllo ha ricevuto solo il trattamento di routine.	I partecipanti del gruppo sperimentale hanno mostrato una diminuzione del comportamento aggressivo, del comportamento autolesionistico e del comportamento di violazione delle regole generali al 2°, 3° e 15° giorno dal trattamento.	I risultati dello studio hanno fornito prove dell'efficacia dell'integrazione della Milieu Therapy nei reparti psichiatrici per ridurre i comportamenti conflittuali tra i pazienti affetti da schizofrenia.
TITOLO: “De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis” AUTORI: Hallett N. et al. ANNO: 2017	Descrivere il concetto di de-escalation della violenza e dell'aggressività come descritto nella letteratura sanitaria.	Sono stati utilizzati molteplici database infermieristici e sanitari. Le informazioni sugli attributi specifici della de-escalation sono state poi oggetto di un'analisi tematica. Le teorie e i modelli di de-escalation proposti sono	Sono stati inclusi un totale di 79 studi. L'ambiente principale nei diversi studi è il contesto di salute mentale in cui si attua frequentemente e la de-escalation. Infine. sono state proposte cinque teorie di de-escalation.	Sebbene siano stati proposti numerosi modelli teorici, la mancanza di una solida base di prove dell'efficacia della de-escalation è sorprendente e deve essere attribuita alla mancanza di una chiara definizione del termine.

		stati valutati attraverso criteri di qualità.		
<p>TITOLO: “The role of interpersonal style in aggression and its containment in a forensic mental health setting: a correlational and pseudoprospective study of patients and nursing staff” AUTORI: Jalil R. et al. ANNO: 2020</p>	<p>Misurare la rabbia auto-riferita e gli stili interpersonali al fine di esplorare la relazione tra gli stili di interazione infermiere-paziente, complementari e anti-complementari con l’aggressività e con l’applicazione e della contenzione e dell’isolamento.</p>	<p>Lo studio è stato condotto nel Regno Unito, presso il St Andrew’s Healthcare. È stato impiegato un disegno di coorte prospettico per testare la relazione tra rabbia e stile interpersonale valutato dall’infermiere / valutato dal paziente. Per valutare la rabbia è stata utilizzata la scala NAS.</p>	<p>In totale sono stati reclutati 85 pazienti e 65 infermieri. 38 pazienti hanno mostrato aggressività durante il follow-up e 11 sono stati sottoposti a contenimento. Le analisi hanno rivelato associazioni positive tra la rabbia auto-riferita dei pazienti e le valutazioni sullo stile interpersonale ostile dei pazienti e dominante del personale.</p>	<p>I programmi di istruzione e formazione del personale, che incorporano la comprensione delle abilità per gestire le relazioni, potrebbero migliorare la comunicazione positiva tra personale e pazienti, riducendo la rabbia di questi ultimi.</p>
<p>TITOLO: “DGPPN Pilot study on the implementation of the S3 guideline - Prevention of coercion: prevention and therapy of aggressive behavior in adults” AUTORI: Bechdorf A. et al.</p>	<p>Valutare se le raccomandazioni delle linee guida tedesche possono essere inserite nei reparti psichiatrici per acuti attraverso consulenti del lavoro e se ciò contribuisce a un maggiore</p>	<p>Due esperti medici e infermieri hanno consigliato ai reparti l’attuazione di tre raccomandazioni personalizzate, selezionate dalle linee guida in un processo di consulenza nell’arco di 6</p>	<p>5 reparti hanno preso parte allo studio pilota; tre di loro hanno completato l’intervento. In tutti e tre i reparti l’attuazione delle raccomandazioni delle linee guida è migliorata dopo</p>	<p>Questo studio pilota ha mostrato che è fattibile aumentare l’aderenza alle raccomandazioni, derivate dalle linee guida per la prevenzione della coercizione, da parte dei reparti psichiatrici, grazie</p>

ANNO: 2022	livello di aderenza alle linee guida approvate dalla DGPPN.	mesi. Il grado di attuazione delle raccomandazioni è stato valutato prima e dopo l'intervento dei consulenti, utilizzando uno strumento sviluppato a tale scopo, ovvero il PreVCo.	l'intervento dei consulenti.	all'intervento di consulenti specializzati.
TITOLO: "Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence" AUTORI: Gaynes B. N. et al. ANNO: 2017	Confrontare l'efficacia delle strategie per prevenire e ridurre i comportamenti aggressivi tra i pazienti psichiatrici, compresi gli interventi per ridurre l'uso dell'isolamento e della contenzione.	Sono stati ricercati articoli in 6 database, pubblicati tra il 1991 e il 2016. Gli articoli sono stati poi scelti, analizzati e confrontati.	17 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione (principalmente RCT e CRT). Tutti gli studi tranne uno presentano un rischio medio o alto di bias.	Le prove disponibili sulle strategie per prevenire e ridurre il comportamento aggressivo tra i pazienti psichiatrici sono limitate. Due strategie preventive risultano le più efficaci, ovvero la valutazione del rischio e gli interventi multimodali coerenti con i principi delle Sei Strategie Fondamentali.
TITOLO: "But i did not touch nobody! Patients' and nurses' perspectives and recommendation after	Lo scopo è quello di ottenere una comprensione e più profonda delle differenze di prospettiva tra pazienti e	Lo studio teorico qualitativo è stato sviluppato conducendo interviste semi-strutturate a pazienti e	Sono state condotte 31 interviste riguardanti 15 incidenti aggressivi. I pazienti e gli infermieri hanno mostrato	Lo studio mostra che tenere in considerazione anche le prospettive dei pazienti psichiatrici ricoverati che agiscono in

<p>aggression on psychiatric ward – a qualitative study” AUTORI: Vermeulen J. M. et al. ANNO: 2019</p>	<p>infermieri riguardo agli incidenti aggressivi.</p>	<p>infermieri coinvolti in incidenti aggressivi. La raccolta dei dati è stata eseguita da maggio 2016 a marzo 2017.</p>	<p>accordo sul corso effettivo degli eventi aggressivi, mentre c’era una variazione sulla gravità percepita (PS) degli episodi. Le raccomandazioni dei pazienti sulla prevenzione erano per lo più incentrate sulla persona, mentre gli infermieri suggerivano miglioramenti generali.</p>	<p>modo aggressivo sembra fattibile e può essere utile per migliorare la sicurezza sia del personale che dei pazienti.</p>
<p>TITOLO: “A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries” AUTORI: Cowman S. et al. ANNO: 2017</p>	<p>Descrivere le strategie di gestione dei pazienti psichiatrici aggressivi che vengono attuate in 17 paesi europei, per capire se ci sono dei punti in comune tra le politiche dei diversi paesi.</p>	<p>Il progetto è stato sviluppato da un gruppo di esperti, l’European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). Un membro di ogni paese ha accettato di agire come coordinatore nazionale del progetto per il proprio paese.</p>	<p>Lo studio include un totale di 2809 intervistati, tra infermieri e personale medico. Il 19,5% degli intervistati non ha ricevuto una formazione sulla gestione della violenza. Gli interventi più comunemente utilizzati per gestire la violenza sono risultati essere: contenzione fisica, isolamento e farmaci.</p>	<p>Le pratiche relative alla gestione della violenza in Europa sembrano essere frammentate, senza una posizione ideologica univoca. La massima priorità risulta essere lo sviluppo di strategie focalizzate sulla prevenzione, sull’ambiente di cura e sulla formazione del personale.</p>



## 5. DISCUSSIONE

Questa revisione di letteratura si concentra sull'analisi delle strategie non farmacologiche che si possono utilizzare in S.P.D.C. per prevenire e gestire gli eventi aggressivi. Dall'analisi degli articoli selezionati è evidente che, nel corso degli anni, sono state sviluppate diverse strategie alcune già in uso negli ambienti di cura altre ancora in fase di sperimentazione. Nei paragrafi successivi verranno analizzate le principali strategie non farmacologiche riscontrate negli articoli selezionati dalla ricerca. Queste strategie sono state raggruppate in 4 categorie: interventi di istruzione e formazione del personale, prevenzione sui pazienti, interventi ambientali e strategie di de-escalation.

### 5.1 Interventi di istruzione e formazione del personale

L'istruzione del personale risulta essere una componente chiave di qualsiasi programma di prevenzione e gestione degli episodi aggressivi sul posto di lavoro. Tra gli articoli selezionati, sei studi approfondiscono gli interventi di istruzione e formazione del personale che possono essere attuati. In particolare, un articolo analizza le possibili modalità di formazione, due articoli descrivono i contenuti dei programmi di istruzione del personale, altri due articoli vedono la formazione del personale come un intervento efficace per ridurre l'utilizzo della contenzione fisica e l'ultimo articolo sviluppa l'idea di istruzione del personale con la finalità di diminuire il tasso di isolamento dei pazienti ricoverati.

L'istruzione del personale è definita come “il processo di acquisizione delle conoscenze della politica e delle procedure organizzative, delle responsabilità legali e delle strategie di valutazione e controllo del rischio, anche in relazione a specifiche tecniche che possono essere impiegate nel proprio ambiente di lavoro, per prevenire e mitigare le conseguenze dell'esposizione all'aggressività”. Invece, la formazione del personale è definita come “il processo di educazione, teorico e pratico, sulle abilità cognitive e comportamentali che possono essere implementate nel proprio lavoro, per prevenire e ridurre al minimo la probabilità e le conseguenze dell'esposizione all'aggressività”. (Geoffrion S, et al.,2020)

Il personale può essere istruito e formato attraverso un'ampia gamma di tecniche. In particolare, in uno studio del 2020 sono state analizzate 6 modalità di istruzione e

formazione. 1) Il programma di formazione online di breve durata che prevede tre ore caratterizzata da cinque moduli e riguardante tematiche come l'identificazione dei fattori scatenati della violenza, l'esplorazione del motivo per cui la violenza avviene e gli elementi essenziali per sviluppare il debriefing dopo un episodio di violenza. 2) Il programma di formazione online di lunga durata che si sviluppa in due sessioni offerte a distanza di una settimana, la prima sessione è dedicata alle abilità di de-escalation e la seconda alle abilità avanzate, specifiche per ogni situazione. 3) Il programma di formazione online di autoapprendimento che è formato da diversi documenti proposti sul web, riguardanti interventi su come gestire l'utente agitato, che devono essere consultati in maniera autonoma in una sessione di formazione online di un giorno. 4) Il programma faccia a faccia di breve durata che prevede due sessioni di prevenzione delle aggressioni, ciascuna della durata di due ore, riguardanti tematiche quali le ragioni alla base della violenza, la comunicazione efficace, i segni di violenza imminente e come garantire la propria sicurezza e quella degli altri. 5) Il programma faccia a faccia di lunga durata che è formato da 20 lezioni, ciascuna della durata di 50 minuti, riguardanti argomenti come le cause e i tipi di aggressione, la gestione dei conflitti, la comunicazione, il comportamento durante l'aggressione, la sua prevenzione e le procedure post-aggressione. 6) Il programma faccia a faccia di durata estesa che prevede degli incontri regolari tra il personale e le figure di formazione, in cui vengono discussi gli episodi di violenza registrati dai lavoratori. (Geoffrion S, et al., 2020)

Gli argomenti di massima priorità, per sviluppare dei programmi di formazione del personale efficaci, devono includere le tecniche di prevenzione della violenza, le strategie di valutazione del rischio, l'eziologia e le possibili cause scatenanti della violenza e dell'aggressività. Da uno studio sviluppato in diversi paesi europei, la maggior parte dei professionisti della salute mentale è d'accordo nel sostenere l'importanza di una formazione multidisciplinare nella prevenzione e gestione della violenza. (Cowman S, et al., 2017)

Un'altra tematica molto importante da trattare nelle ore di formazione del personale è la comprensione dello stile interpersonale e delle abilità per gestire le relazioni terapeutiche, questo potrebbe aiutare a promuovere e migliorare la comunicazione tra personale infermieristico e paziente e potrebbe potenzialmente ridurre al minimo gli

effetti negativi dell'utilizzo della contenzione fisica (Jalil R, et al., 2020). Inoltre, gli interventi di istruzione del personale mirati e limitati nel tempo possono avere un impatto misurabile sulla riduzione dei tassi di isolamento dei pazienti ricoverati, come lo dimostra uno studio condotto in Inghilterra (Newman J, et al., 2018).

La formazione del personale può avere anche la finalità di ridurre l'utilizzo delle strategie restrittive come la contenzione fisica, proponendo delle valide alternative per gestire gli episodi aggressivi senza creare conseguenze dannose agli assistiti (Lantta T, et al., 2020). In uno studio condotto in Germania nel 2022 un gruppo di consulenti specializzati è intervenuto in alcuni ospedali psichiatrici tedeschi per promuovere delle raccomandazioni derivate dalle linee guida sulla prevenzione della coercizione (Bechdorf A, et al., 2022). Questo intervento di formazione ha portato ad una riduzione notevole dell'utilizzo della coercizione, mostrando gli effetti positivi che gli interventi di istruzione del personale possono avere in ambito sanitario.

## 5.2 Prevenzione sui pazienti

Con il termine prevenzione si intende un'azione diretta a impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi. Per ridurre al minimo gli episodi aggressivi in S.P.D.C. risultano essere fondamentali gli interventi di prevenzione focalizzati sui pazienti ricoverati. Otto articoli, tra quelli selezionati, approfondiscono gli elementi indispensabili per un'efficace prevenzione.

Molti elementi sono fondamentali per ridurre o eliminare con successo l'aggressività, nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi interventi specifici con vari gradi di successo. Tra questi ci sono gli interventi di prevenzione che richiedono impegno e collaborazione tra le diverse figure professionali. In primo luogo, per garantire una prevenzione efficace, è necessaria una valutazione del rischio di aggressività nei pazienti ricoverati. Il momento ideale per individuare i pazienti potenzialmente aggressivi è al momento del ricovero, in cui vengono analizzate le informazioni sul passato riguardanti ogni singolo paziente. Un altro elemento indispensabile è la comunicazione tra il personale per condividere le informazioni apprese e coordinare la gestione e il trattamento dei pazienti. (Trestamn R. L, et al., 2017)

Le strategie preventive, per ridurre la probabilità che i pazienti psichiatrici possano diventare aggressivi si concentrano sul fornire un ambiente calmo e sul determinare il rischio di aggressività, attraverso la compilazione di diverse scale di valutazione. Una fra queste è la *Staff Observation Aggression Scale* (SOAS), ovvero una scala costruita per valutare il grado e la frequenza degli atti violenti da parte dei pazienti psichiatrici e psicogeriatrici. I primi test effettuati hanno dimostrato l'efficacia della scala nel distinguere vari modelli di comportamento aggressivo in diversi gruppi di pazienti. Successivamente, la scala è stata rivista (SOAS-R) aggiungendo l'opzione di registrare il comportamento autolesionista e le voci "isolamento" e "contenzioni fisiche" come possibili misure di intervento. Da uno studio condotto in un ospedale psichiatrico in Germania, la SOAS-R risulta efficace nel valutare gli episodi di aggressività dei pazienti e far sì che non si ripetano. (Paschali M, et al., 2017)

L'uso di strumenti in grado di prevedere la violenza può essere utile per classificare i comportamenti dei pazienti, in modo da poter attuare interventi mirati e tempestivi. Un fattore chiave nella riduzione dell'incidenza degli episodi aggressivi prevede il riconoscimento dei segni di violenza imminente. Questi segni comportamentali vengono generalmente raggruppati in verbali e fisici. I segnali verbali includono discorsi ad alta voce, uso di parolacce, intimidazioni, richieste non necessarie di cure e linguaggio accusatorio. I segnali fisici includono agitazione, mascella e pugni serrati, sguardo fisso e incapacità di rispettare le regole del reparto. Per il riconoscimento di questi segnali si può utilizzare la *Broset Violence Checklist* (BVC). La BVC è uno strumento di valutazione del rischio atto a prevedere il comportamento violento entro un periodo di 24 ore, in base alla presenza o all'assenza dei fattori di rischio. In particolare, questa checklist valuta la presenza di irritabilità, turbolenza, minacce verbali, minacce fisiche e attacchi. I risultati di uno studio del 2019 mostrano un rischio di violenza tre o quattro volte maggiore per ogni punto aggiunto alla BVC. Questo strumento risulta quindi efficace nel riconoscere i pazienti che potrebbero essere a rischio di comportamenti aggressivi. (Sarver W. L, et al., 2019)

Altre due scale utili per identificare e confrontare le caratteristiche relative al comportamento violento nei pazienti con schizofrenia sono la *Historical Clinical and Risk Management 20* (HCR-20) e la *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS). La HCR-20 è una scala psicometrica suddivisa in 3 sottogruppi: storico, clinico e gestione

del rischio. Ad ogni elemento della scala viene dato un punteggio 0 se la caratteristica in esame è assente, 1 se la caratteristica è parzialmente presente e 2 se è totalmente presente. Questi sottogruppi rappresentano tre diversi momenti dell'evoluzione del paziente, ovvero il passato, il presente e il futuro. Questa scala non ha un punteggio limite per identificare i comportamenti aggressivi, il punteggio finale deve essere quindi contestualizzato individualmente per ogni singolo paziente. La MOAS è uno strumento utilizzato per caratterizzare il comportamento aggressivo, essa analizza il comportamento del paziente fino a sette giorni prima della valutazione. Questa scala è suddivisa in quattro sottogruppi: aggressività verbale, aggressività contro l'ambiente, violenza inflitta su sé stessi e aggressività contro gli altri. La HCR-20 si è rivelata più utile ed affidabile, rispetto alla MOAS, nel distinguere tra pazienti con schizofrenia violenti e non violenti. (Meyer L. F, et al., 2018)

Un'altra possibile strategia di valutazione del rischio di comportamento aggressivo in regime di ricovero può essere l'utilizzo delle note cliniche registrate di routine nelle cartelle elettroniche dei pazienti. Uno studio condotto in due ospedali psichiatrici nei Paesi Bassi, in cui sono state analizzate le note cliniche registrate nelle cartelle di 2209 pazienti, dimostra una buona validità predittiva (di circa 95%) di questo strumento di valutazione del rischio. (Menger V, et al., 2019)

La maggior parte delle strategie di prevenzione degli episodi aggressivi condivide un approccio basato sulle abilità, con la finalità di cambiare il comportamento violento dei pazienti verso forme accettabili dalla società, fornendo alternative funzionali e realizzabili che insegnano come sarebbe giusto reagire di fronte a determinate situazioni. Una di queste strategie è il *Positive Behavioral Support* (PBS), ovvero un piano di gestione comportamentale che offre molteplici prospettive e risorse per affrontare i casi di aggressività più complessi. Esso incorpora strategie ecologiche, programmazioni specifiche, strategie di supporto e liste di reazioni pianificate agli eventi. L'utilizzo di questa strategia richiede la presenza di figure professionali specifiche come uno psicologo specializzato in formazione comportamentale. Il PBS è un'aggiunta potenzialmente preziosa alle strategie di prevenzione, ma data la grande quantità di risorse che richiede è destinato solo ad alcuni luoghi di cura attrezzati e ad un piccolo numero di pazienti. (Trestamn R. L, et al., 2017)

Per ridurre gli eventi aggressivi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura risulta fondamentale eliminare i fattori che possono aumentare l'agitazione e la tensione dei pazienti. Uno di questi fattori è sicuramente il fumo di sigaretta. Lo dimostra uno studio condotto a Toronto nel Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). In questa struttura, grazie all'utilizzo di molteplici interventi specifici si è arrivati ad una notevole riduzione del consumo di tabacco che ha portato a cambiamenti positivi negli atteggiamenti degli utenti e del personale. In seguito a questa iniziativa, è stata rilevata una riduzione significativa dell'agitazione nei pazienti ricoverati. (Riad-Allen R, et al., 2017)

Uno studio condotto in un ospedale psichiatrico rivela che la presenza di un disturbo cognitivo, una storia di comportamento suicidario e l'aumento dell'età sono i fattori che più si associano ai pazienti aggressivi. Di conseguenza, i programmi di trattamento per prevenire gli episodi violenti dovrebbero essere mirati a questi fattori di rischio. Tra questi interventi, la riabilitazione cognitiva e i trattamenti cognitivi sociali si sono dimostrati i più efficaci. Questi trattamenti, progettati per potenziare le funzioni cognitive di una persona (attenzione, memoria, percezione, apprendimento, pensiero, processo decisionale e linguaggio) e migliorare le interazioni sociali, hanno portato ad una riduzione significativa degli atteggiamenti aggressivi nei pazienti. (Rose B, et al., 2020)

Altri possibili trattamenti cognitivi sono la formazione cognitiva computerizzata (CCT) e la formazione socio-cognitiva computerizzata (CSCT). La combinazione di CCT e CSCT si è mostrata efficace nel ridurre la violenza nei pazienti affetti da schizofrenia. Queste tecniche di allenamento cognitivo portano ad una maggiore capacità di implementare strategie alternative alla violenza per risolvere i problemi legati alla quotidianità. La CCT e la CSCT, essendo facilmente erogabili su computer a gruppi di pazienti, hanno il potenziale per essere ampiamente utilizzati in diversi luoghi di cura. (Joens M. T, et al., 2019)

### 5.3 Interventi ambientali

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, le caratteristiche ambientali rivestono un ruolo importante nel garantire un'assistenza efficace ai pazienti. L'ambiente può influire anche sul comportamento degli utenti e può diventare un fattore di rischio per

lo sviluppo di atteggiamenti aggressivi. Sette articoli, tra quelli selezionati, analizzano alcune strategie ambientali che si possono attuare per prevenire e gestire gli episodi aggressivi nei pazienti psichiatrici.

In primo luogo, è fondamentale rendere l'ambiente di cura uno spazio sicuro sia per i pazienti che per il personale. Per fare questo, in uno studio condotto a New York sono stati inseriti nei reparti psichiatrici degli agenti di sicurezza non armati, con il compito di aiutare il personale ad affrontare i comportamenti violenti e aggressivi. Queste figure non forniscono servizi clinici e vengono chiamate dal personale sanitario per casi di "rischio imminente di violenza". Gli agenti, durante il periodo di studio, sono stati chiamati soprattutto nella prima settimana di ricovero, probabilmente perché i pazienti impiegano del tempo per adattarsi alle regole dell'unità di degenza, inoltre le caratteristiche principali dei pazienti associate alle chiamate sono state il ricovero involontario, ricoveri precedenti e problemi legali. Dai dati rilevati risulta che la presenza degli agenti di sicurezza può essere utile per ridurre la frequenza degli eventi aggressivi. (Lawrence R, et al., 2018)

Un'altra possibile strategia da attuare per diminuire gli episodi violenti, intervenendo sulla sicurezza ambientale, è l'inserimento di un *Behavioral Emergency Response Team* (BERT) ovvero un gruppo di risposta alle emergenze comportamentali, formato da diverse figure professionali e pronto ad intervenire in caso di aggressività. La presenza di un BERT aiuta a ridurre l'agitazione dei pazienti prima che scoppi la violenza, garantisce la sicurezza dei pazienti e del personale e migliora la loro collaborazione. (Zicko C. J, et al., 2017)

In uno studio condotto in un ospedale psichiatrico di Londra è stato testato un pacchetto di modifiche con la finalità di ridurre la violenza fisica aumentando la sicurezza ambientale. Questo pacchetto di modifiche include le riunioni di sicurezza, le croci di sicurezza e le discussioni settimanali. Le prime sono delle riunioni brevi e mirate in cui vengono esposti i problemi di sicurezza che potrebbero avere un impatto sul reparto e si cercano delle possibili soluzioni, tutto il personale è incoraggiato a contribuire a identificare eventuali fattori rilevanti che influiscono sull'ambiente di cura. Le croci di sicurezza sono diagrammi codificati a colori esposti in reparto, in cui vengono applicati dal personale adesivi di colore diverso per indicare se in un turno

sono presenti (colore rosso) o meno (colore verde) incidenti aggressivi. Nelle riunioni settimanali, infine, vengono discussi gli eventi aggressivi avvenuti durante la settimana, considerando anche il punto di vista dei pazienti e si analizza il diagramma delle croci di sicurezza. Lo studio ha dimostrato che questi interventi potrebbero essere utili per prevenire la violenza e l'aggressività in regime di ricovero. (O'Sullivan O. P, et al., 2020)

Alcuni ricercatori hanno dimostrato che l'affollamento del reparto e altri fattori legati all'ambiente possono aumentare lo stress, favorendo una maggiore aggressività da parte dei pazienti che percepiscono livelli di stimolazione troppo elevati e una mancanza di privacy. Per questo motivo è stato descritto un modello che propone 10 cambiamenti strutturali che potrebbero ridurre lo stress dei pazienti e di conseguenza i loro comportamenti violenti. Questi interventi vengono raggruppati in 4 categorie: la riduzione dello stress da affollamento, la riduzione dello stress ambientale, lo stress riduce le distrazioni positive e il design per l'osservazione. Nella prima categoria viene proposta la suddivisione dei pazienti in camere singole con bagno privato per garantire la privacy e ridurre lo stress da affollamento, la creazione di ampie aree comuni per consentire ai pazienti di regolare lo spazio personale e le interazioni con gli altri e infine un design per una bassa densità sociale, ovvero gestire le camere della struttura in modo da garantire sempre uno spazio esclusivo ad ogni singolo paziente. Nella seconda categoria troviamo interventi per ridurre il rumore e per favorire ai pazienti di controllare e personalizzare le loro stanze. Nella terza categoria viene data importanza alla creazione di un giardino in stile informale accessibile ai pazienti, alla presenza di vista sulla natura dalle finestre delle camere, all'esposizione alla luce solare e alla presenza di opere d'arte naturalistiche. Nell'ultima categoria si delinea un design interno per favorire l'osservazione e la buona visibilità delle aree comuni e delle camere in modo tale che il personale possa anticipare e prevenire i comportamenti aggressivi. (Ulrich R. S, et al., 2018)

Un altro elemento da tenere in considerazione nell'ambiente di cura è la temperatura. Infatti, un'analisi effettuata in Germania in sei ospedali psichiatrici, ha dimostrato che la presenza di temperature elevate aumenta la probabilità di atteggiamenti aggressivi e violenti da parte dei pazienti ricoverati. (Eisele F, et al., 2021)



Il comportamento aggressivo e la violenza nei pazienti psichiatrici sono stati spesso citati per giustificare trattamenti più restrittivi nelle strutture psichiatriche ospedaliere, come ad esempio la scelta di mantenere le porte chiuse in modo tale da avere un massimo controllo sui movimenti dei pazienti e garantire la sicurezza a tutti. Tuttavia, studi più recenti dimostrano che tenere le porte aperte non solo ha un impatto positivo immediato sull'atmosfera del reparto ma porta anche a una migliore accettazione da parte dei pazienti delle strutture psichiatriche, del personale sanitario e del trattamento. Pertanto, un ambiente terapeutico meno restrittivo migliora la collaborazione tra personale e pazienti e può ridurre l'aggressività. (Schneeberger A. R, et al., 2017)

Questo concetto si trova ad esempio nella *Milieu Therapy* (MT) ovvero un metodo di trattamento che utilizza l'ambiente circostante di una persona per incoraggiare modi di pensare e di comportarsi sani. La MT esiste in varie forme, tutte però legate da uno stesso obiettivo, offrire ai pazienti un luogo sicuro e strutturato in cui le attività e le interazioni quotidiane diventano il mezzo per ricevere la terapia. In particolare, la Milieu Therapy risulta essere efficace nel ridurre i comportamenti conflittuali tra i pazienti affetti da schizofrenia. (Bath S, et al., 2020)

#### 5.4 Strategie di de-escalation

La de-escalation viene definita come “*un insieme di interventi non farmacologici che possono essere messi in pratica in situazioni di aggressione imminente per prevenire l'uso di misure restrittive, ridurre le paure e le ansie dei pazienti*” (Hallett N, et al., 2017). Sei articoli, tra quelli selezionati per la revisione, analizzano diverse possibili strategie finalizzate a ridurre l'agitazione del paziente psichiatrico durante un episodio di aggressività.

Le misure coercitive come l'isolamento e la contenzione fisica possono provocare gravi lesioni fisiche e diverse forme di stress post-traumatico ai pazienti. Di conseguenza la prevenzione delle misure coercitive è diventata una priorità per gli operatori sanitari nei servizi di salute mentale. Uno studio effettuato nel 2019 mostra che nel tempo c'è stato un cambiamento nell'atteggiamento del personale sanitario nei confronti delle misure coercitive, si è passati da un paradigma di trattamento a uno di sicurezza. Il primo vede nell'utilizzo delle misure coercitive dei possibili benefici terapeutici, mentre il secondo è basato sull'utilizzo delle misure coercitive con la

finalità di proteggere i pazienti e il personale dalla violenza, nonostante ci sia la convinzione che il paziente sottoposto a questi interventi restrittivi subisca conseguenze negative. (Doedens P, et al., 2019)

Nel corso degli anni, sono stati sviluppati diversi programmi volti a ridurre le pratiche coercitive con il potenziale di diminuire i conflitti e i danni nei contesti di salute mentale. Un esempio è il modello “No Force First”, sviluppato negli Stati Uniti, che considera l’uso della contenzione fisica un fallimento nel trattamento dei pazienti psichiatrici. Secondo questo modello, l’uso della forza e delle pratiche restrittive è incompatibile con alcuni valori, come la scelta e l’autodeterminazione, che sono alla base dell’assistenza al paziente. Uno studio condotto nel Regno Unito ha dimostrato che l’inserimento di programmi di formazione legati al modello “No Force First” può ridurre l’utilizzo delle pratiche coercitive nei contesti di salute mentale. (Haines-Delmont A, et al., 2022).

Il termine de-escalation è stato utilizzato la prima volta negli anni '80 per parlare di prevenzione della violenza nell’assistenza sanitaria. Le strategie di de-escalation possono essere considerate le principali forme di prevenzione secondaria della violenza. Esse possono essere suddivise in 5 categorie, ovvero, la comunicazione sia verbale che non verbale, l’autoregolamentazione, la valutazione, le azioni e la sicurezza. Gli interventi legati alla comunicazione sono: creare una connessione con il paziente il prima possibile, utilizzare domande a risposta aperta, offrire scelte e alternative, identificare la causa scatenante, esplorare le opportunità di accordo, ricordare al paziente le aspettative comportamentali, esprimere i propri sentimenti per sviluppare un rapporto, reindirizzare la conversazione a un argomento meno carico, usare un linguaggio chiaro e conciso, riassumere per dimostrare la comprensione, essere onesti, offrire rassicurazioni, evitare minacce e un linguaggio indeciso o prepotente, ascoltare attivamente, usare un tono appropriato, adottare una postura aperta, mantenere un’espressione facciale neutra e usare il silenzio per concedere al paziente il tempo di chiarire i propri pensieri. Gli interventi di autoregolazione sono: rimanere calmo, evitare di esprimere giudizi sul paziente, evitare di prendere l’aggressività sul personale, regolare la propria emotività, mostrare fiducia, riflettere individualmente dopo un incidente su cosa è andato bene o male e su cosa si potrebbe migliorare. Nella categoria della valutazione sono presenti questi interventi: valutare

lo stato emotivo del paziente, valutare i rischi associati ad ogni intervento, osservare e riconoscere i segni premonitori di aggressione, prevedere le reazioni del paziente, sapere quando intervenire e utilizzare tutti e cinque i segni per valutare la situazione. Le strategie di de-escalation del sottogruppo delle azioni sono: usare attività per aiutare il paziente a eliminare la rabbia e la frustrazione, reindirizzare l'attenzione del paziente, rimanere in piedi se il paziente è in piedi, ridurre gli stimoli ambientali, riconoscere e alleviare le cause di agitazione come il dolore, gestire lo stress attraverso esercizi di rilassamento. Le strategie per mantenere la sicurezza sono: essere consapevoli dell'ambiente in termini di vie di fuga, cercare supporto e informare i colleghi sul luogo in cui ci si trova, rimuovere potenziali armi e garantire la sicurezza agli altri pazienti. (Hallett N, et al., 2017)

Un altro possibile intervento di de-escalation da attuare per ridurre l'agitazione nel paziente psichiatrico è la *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT), ovvero un modello terapeutico che incorpora elementi delle filosofie orientali e i principali elementi del comportamento cognitivo. La terapia dialettica comportamentale si concentra sullo sviluppo della consapevolezza, sulla regolazione delle emozioni, sulla tolleranza allo stress e sulle capacità interpersonali. In uno studio condotto in Canada è stata analizzata la rabbia, l'aggressività, la speranza, la capacità di coping e l'intelligenza emotiva dei pazienti psichiatrici prima e dopo aver ricevuto il trattamento. Dai risultati emerge che l'utilizzo della DBT può ridurre la rabbia, l'agitazione e quindi le reazioni violente. (Moulden H, et al., 2020)

Secondo alcuni studiosi, gli interventi di de-escalation sono una delle Sei Strategie Fondamentali che possono ridurre efficacemente il comportamento aggressivo. Le altre cinque strategie sono: il cambiamento organizzativo, l'utilizzo della teoria per migliorare la pratica, lo sviluppo della forza lavoro e gli strumenti per prevenire l'utilizzo delle pratiche coercitive. (Gaynes B. N, et al., 2017)

Oltre alle strategie di de-escalation, per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, è importante prendere in considerazione anche la prospettiva dei pazienti che tendono ad essere aggressivi. Uno studio condotto nei Paesi Bassi mostra che i pazienti psichiatrici sono spesso in grado di valutare l'aggressività e di esprimere un proprio pensiero dopo un episodio di violenza. In particolare, i pazienti intervistati hanno

espresso cinque raccomandazioni sulla prevenzione e gestione dell'aggressività ovvero l'importanza di un trattamento umano, di una routine di reparto, del contatto interpersonale, di interventi personalizzati di de-escalation e del processo decisionale condiviso durante una misura coercitiva. Nonostante risulti difficile fornire un'assistenza rispettosa e rispondente alle preferenze individuali, incorporare le prospettive dei pazienti può migliorare l'assistenza e prevenire nuovi episodi aggressivi. (Vermeulen J. M, et al., 2019)

## 6. CONCLUSIONI

L'aggressività nei servizi di salute mentale è un problema rilevante che ha portato numerosi studiosi ad analizzare e formulare diverse strategie non farmacologiche da mettere in pratica per prevenire e gestire la violenza nei pazienti psichiatrici. Come già detto nella discussione, le principali strategie riscontrate negli articoli selezionati riguardano 4 macroaree ovvero: gli interventi di formazione del personale, la prevenzione sui pazienti, gli interventi ambientali e le strategie di de-escalation. Gli interventi di formazione del personale si focalizzano su programmi di istruzione che includono diverse tematiche come la prevenzione della violenza, le strategie di valutazione del rischio, la conoscenza dei fattori che possono portare a reazioni aggressive e le tecniche di comunicazione su cui fondare le relazioni terapeutiche. La prevenzione sui pazienti mira ad eliminare i fattori di rischio attraverso la compilazione di diverse scale, utili per individuare i pazienti che potrebbero diventare aggressivi e l'applicazione di trattamenti di riabilitazione cognitiva individuali e di gruppo. Gli interventi ambientali sono finalizzati a garantire degli ambienti di cura sicuri e accoglienti per i pazienti ricoverati. Alcuni esempi sono la creazione di giardini, ampi spazi comuni e l'esposizione alla luce solare. Infine, le strategie di de-escalation riguardano tutte quelle tecniche di comunicazione verbale e non verbale che possono essere messe in pratica dal personale per ridurre l'agitazione del paziente psichiatrico.

Un dato rilevante è che gli interventi analizzati riguardano tutti studi effettuati negli ultimi cinque anni, questo rende la revisione attuale e un possibile elemento di ispirazione per la pratica clinica. Inoltre, l'ampio campione analizzato fa riferimento a studi condotti in diverse parti del mondo, consentendo anche un confronto tra le svariate modalità di intervento attuate dalle diverse nazioni. L'obiettivo principale della tesi era individuare quali strategie non farmacologiche esistono per prevenire e gestire gli episodi aggressivi in S.P.D.C., l'efficacia dei diversi interventi non è stata quindi oggetto di analisi. Va tenuto però in considerazione che alcune delle strategie non farmacologiche analizzate sono ancora in fase sperimentale, esse quindi necessitano di ulteriori prove pratiche su campioni più ampi per garantirne l'efficacia e per poterle utilizzare nell'assistenza al paziente psichiatrico aggressivo.

L'aggressività risulta un comportamento difficile da gestire e prevenire, quando ci si relazione con il paziente psichiatrico questa difficoltà aumenta a causa di diversi fattori. In primo luogo, il paziente psichiatrico spesso è imprevedibile, potrebbe reagire in maniera aggressiva senza manifestare alcun tipo di segnale premonitore. Inoltre, ogni patologia è caratterizzata da atteggiamenti e reazioni tipiche e ogni paziente è unico, con un suo personale carattere e modo di agire, di conseguenza una strategia non farmacologica potrebbe risultare efficace nel ridurre l'agitazione in alcuni pazienti ma per altri potrebbe essere inutile. Nonostante possa risultare complesso fornire un'assistenza individualizzata, l'infermiere che si trova a gestire un paziente psichiatrico aggressivo dovrebbe tenere in considerazione tutti questi fattori per garantire un'assistenza efficace.

Nel corso degli anni, la gestione dell'aggressività nei servizi di salute mentale ha subito molteplici cambiamenti ed evoluzioni. Inizialmente, la gestione era focalizzata sull'utilizzo della forza e delle misure coercitive con conseguenze dannose per i pazienti che si sentivano privati totalmente della loro dignità e libertà. Questo era legato probabilmente alla scarsa conoscenza e al pregiudizio diffuso nei confronti delle malattie mentali. Nel tempo, l'atteggiamento del personale nei confronti delle misure coercitive è cambiato, passando da un paradigma di trattamento a uno di sicurezza. Se prima le tecniche restrittive come l'isolamento e la contenzione fisica venivano utilizzate a scopo terapeutico con la convinzione che potessero giovare alla salute dei pazienti, poi furono utilizzate solamente con lo scopo di rendere gli ambienti di cura sicuri per tutti. Negli ultimi anni, si è osservata una riduzione notevole nell'utilizzo delle tecniche restrittive e un interesse sempre maggiore nei confronti di strategie non farmacologiche alternative che mettono al centro i bisogni del paziente. Dall'analisi della letteratura selezionata emerge che queste strategie, fondate soprattutto sulla collaborazione tra infermiere e paziente, permettono a quest'ultimo di sentirsi ascoltato, partecipe e responsabile della propria salute, aumentando la *compliance* al trattamento e riducendo così il numero di episodi aggressivi.

## BIBLIOGRAFIA

- Menger, V., Spruit, M., van Est, R., Nap, E., & Scheepers, F. (2019). Machine Learning Approach to Inpatient Violence Risk Assessment Using Routinely Collected Clinical Notes in Electronic Health Records. *JAMA network open*, 2(7), e196709. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6709>
- Lantta, T., Varpula, J., Cheung, T., Wong, W. K., Cheng, P., Ng, T., Ng, C. F., Yam, C. P., Ip, G., Bressington, D., & Välimäki, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International journal of mental health nursing*, 29(6), 1079–1091. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>
- Barbieri, C., & Luzzago, A. (2010). Il comportamento aggressivo in psichiatria: un approccio ermeneutico come chiave di prevenzione del rischio e di valutazione della responsabilità professionale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (1), 191-207. <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/747>
- Berardi, D., Amore, M. & Ferrari, G.(1998). Il trattamento del paziente psichiatrico aggressivo. (pp. 149-156). Diagnosi e trattamento del comportamento violento in *Psichiatria*, vol.4, n°2. <https://www.e-noos.com/archivio/2765/articoli/28139/>
- Calabrò, A., Marangon, A., Carriero, M. C., Ilari, F., Lupo, R., & Bardone, L. L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa. <https://www.nscnursing.it/lefficacia-di-utilizzo-delle-tecniche-di-de-escalation-nel-paziente-psichiatrico-revisione-narrativa/>
- Minutolo, G., Cannavò, D., Petralia, A., Gandolfo, L., Palermo, F., & Aguglia, E. (2010). L'aggressività in SPDC: uno studio osservazionale. Dati preliminari. *Rivista di Psichiatria*, 45(6), 374-381. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/540/articoli/6438/>
- Baldoni, F. (2015). Aggressività, attaccamento e mentalizzazione. *Contrappunto* 51, 52, 9-44. <https://cris.unibo.it/handle/11585/548889>
- Terzoni, S., Ferrara, P., Logiudice, A., & Destrebecq, A. (2016). Validazione italiana della Broset Violence Checklist per la valutazione a breve termine del rischio di

comportamenti violenti nel paziente ricoverato nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. <https://air.unimi.it/handle/2434/359460>

Nijman, H. L. I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 142-143. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0447.106.s412.30.x>

Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbø, T. K., Riahi, S., Martínez-Jarreta, B., & Guay, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *The Cochrane database of systematic reviews*, *9(9)*, CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *27(4)*, 446–459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>

Rose, B., Broderick, C., Delgado, D., Kornbluh, R., & Stahl, S. M. (2020). Breaking down long-term chronic aggression within a forensic hospital system. *CNS spectrums*, *25(2)*, 216–222. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001317>

Lawrence, R. E., Perez-Coste, M. M., Arkow, S. D., Appelbaum, P. S., & Dixon, L. B. (2018). Use of security officers on inpatient psychiatry units. *Psychiatric Services*, *69(7)*, 777-783. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201700546>

Jones, M. T., & Harvey, P. D. (2020). Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS spectrums*, *25(2)*, 145–153. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001214>

Paschali, M., Kamp, D., Reichmann, C., Jaenner, M., Lange-Asschenfeldt, C., & Supprian, T. (2018). A systematic evaluation of impulsive-aggressive behavior in psychogeriatric inpatients using the staff observation aggression scale-revision (SOAS-R). *International psychogeriatrics*, *30(1)*, 61–68. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001600>



O'Sullivan, O. P., Chang, N. H., Njovana, D., Baker, P., & Shah, A. (2020). Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Quality*, 9(3), e000803. <https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000803.abstract>

Moulden, H. M., Mamak, M., & Chaimowitz, G. (2020). A preliminary evaluation of the effectiveness of dialectical behaviour therapy in a forensic psychiatric setting. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 30(2-3), 141-150. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cbm.2158>

Haines-Delmont, A., Goodall, K., Duxbury, J., & Tsang, A. (2022). An evaluation of the implementation of a 'No Force First' informed organizational guide to reduce physical restraint in mental health and learning disability inpatient settings in the UK. *Frontiers in psychiatry*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.749615/full>

Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., ... & Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *Journal of psychiatric research*, 95, 189-195. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395617300183>

Trestman, R. L. (2017). Treating aggression in forensic psychiatric settings. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(1), 40-43. <https://jaapl.org/content/45/1/40.long>

Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K., & Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an acute psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 476-486. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390318820668>

Newman, J., Paun, O., & Fogg, L. (2018). Effects of a staff training intervention on Seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(6), 23-30. <https://journals.healio.com/doi/full/10.3928/02793695-20180212-02>

Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 53-66. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494418303955>

Eisele, F., Flammer, E., Steinert, T., & Knoblauch, H. (2021). Aggressive incidents in psychiatric hospitals on heat days. *BJPsych open*, 7(4). <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/aggressive-incident-in-psychiatric-hospitals-on-heat-days/699256082A6A40471C5BC3D527E8B530>

Zicko, C. J. M., Schroeder, L. R. A., Byers, C. W. S., Taylor, L. A. M., & Spence, C. D. L. (2017). Behavioral emergency response team: implementation improves patient safety, staff safety, and staff collaboration. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 377-384. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12225>

Riad-Allen, L., Dermody, S. S., Herman, Y., Bellissimo, K., Selby, P., & George, T. P. (2017). Becoming tobacco-free: Changes in staff and patient attitudes and incident reports in a large academic mental health and addictions hospital. *The American journal on addictions*, 26(2), 183-191. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajad.12513>

Meyer, L. F., Telles, L. E., Mecler, K., Soares, A. L. A. G., Alves, R. S., & Valença, A. M. (2018). Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40, 310-317. <https://www.scielo.br/j/trends/a/d9PtJLgyGhP7bSYLgXJ9QrM/abstract/?lang=en>

Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R. B., & Chellappan, X. B. (2020). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 38(1), e06. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e06>

Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International journal of nursing studies*, 75, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2020). The role of interpersonal style in aggression and its containment in a forensic mental health setting: A

correlational and pseudoprospective study of patients and nursing staff. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 427–439. <https://doi.org/10.1111/inm.12677>

Bechdorf, A., Buehling-Schindowski, F., Weinmann, S., Baumgardt, J., Kampmann, M., Sauter, D., ... & Steinert, T. (2021). DGPPN pilot study on the implementation of the S3 guideline "Prevention of coercion: prevention and therapy of aggressive behavior in adults". *Der Nervenarzt*. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc8669629>

Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(8), 819–831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>

Vermeulen, J. M., Doedens, P., Boyette, L., Spek, B., Latour, C., & de Haan, L. (2019). "But I did not touch nobody!"-Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards-A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2845–2854. <https://doi.org/10.1111/jan.14107>

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC health services research*, 17(1), 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-1988-7>

#### SITOGRAFIA:

*La salute mentale secondo L'OMS, s.d.* Recuperato dal sito web: <http://www.giuliaematteo.org/la-salute-mentale-secondo-oms>

*L'evoluzione dei Servizi di salute mentale, 08/07/2019.* Recuperato dal sito web: <http://hdl.handle.net/10579/15279>

*Breve storia della psichiatria, 15/11/2018.* Recuperato dal sito web: <http://www.annagraziacerionipsicologa.it/breve-storia-della-psichiatria/>

*La consulenza pedagogica nel disagio educativo, sintesi, s.d.* Recuperato dal sito web: <https://www.docsity.com/it/la-consulenza-pedagogica-nel-disagio-educativo/6011446/>

*La salute mentale, Ministero della Salute, 27/06/2022.* Recuperato dal sito web: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

*Dipartimento di Salute Mentale, 24/06/2022.* Recuperato dal sito web: <https://www.aulss3.veneto.it/Dipartimento-salute-mentale-DSM>

*Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale- S.I.S.IS.M., 27/06/2022.* Recuperato dal sito web: <https://www.sisism.org/senza-categoria/relazione-presentata-dalla-sisism-alla-2-conferenza-nazionale-per-la-salute-mentale-del-25-giugno-2021.html>

*Unità Operative Semplici- U.O.S. Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, 2018.* Recuperato dal sito web: <https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/sezione-utenti/244-u-o-s-servizio-psichiatrico-diagnosi-e-cura-s-p-d-c>

*Rapporto Salute Mentale, 10/2021.* Recuperato dal sito web: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3212\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_allegato.pdf)

*Sintesi di alcune ipotesi psicoanalitiche da Freud a oggi, 10/10/2012.* Recuperato dal sito web: <http://www.psychiatryonline.it/node/2314>

*Psicologia dell'aggressività, 24/06/2014.* Recuperato dal sito web: <https://www.stateofmind.it/2014/06/psicologia-aggressivita/>

*L'aggressività di Antonio Vita, s.d.* Recuperato dal sito web: [file:///C:/Users/pavan/Desktop/3AntonioVita\\_784\\_23192.pdf](file:///C:/Users/pavan/Desktop/3AntonioVita_784_23192.pdf)

*Aggressività: forme, cause e modalità di gestione, 11/12/2018.* Recuperato dal sito web: <https://www.ipsico.it/news/aggressivita-cause-gestione/>

*Pubblicazione del Ministero della salute, 2007.* Recuperato dal sito web: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_721\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf)

*Linee guida comportamenti aggressivi, gestione dei comportamenti aggressivi in psichiatria, s.d.* Recuperato dal sito web: <https://studylibit.com/doc/1743572/linee-guida-comportamenti-aggressivi>

*Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, 2/01/2020.* Recuperato dal sito web: <http://www.psychiatryonline.it/scale-di-valutazione>