

Gli infermieri del pronto soccorso di fronte alla violenza del paziente psichiatrico: percezione e gestione dell'evento: una ricerca qualitativa.

The nurses of the Accident/ Emergency Department faced with the violence of psychiatric patient: perception and management of these events: a qualitative research

■ CACCIATORE GIADA¹, DEBORA ROSA², CRISTINA TRABUCCHI³

¹ Infermiera, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano

² Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione Don Carlo Gnocchi; PhD Student, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

³ Infermiera, ASST-Lecco, P.O. Merate "Ospedale San Leopoldo Mandic", Unità Operativa di Psichiatria; Analista Filosofo

RIASSUNTO

Introduzione: La violenza in pronto soccorso è sempre più comune e sono gli infermieri a sopportare il maggior peso di questo fenomeno. Tra i principali fattori di rischio ci sono le patologie di carattere psichiatrico. Le reazioni che il comportamento aggressivo provoca negli infermieri sono: rabbia, burnout, stress, ansia e paura.

Scopo: Analizzare la percezione degli infermieri di pronto soccorso che assistono i pazienti psichiatrici con atteggiamento aggressivo, per comprendere come strutturano la gestione dell'evento violento.

Materiali e Metodi: Disegno di ricerca: studio qualitativo fenomenologico. Campione: 18 infermieri di due dipartimenti di emergenza. Intervista semi strutturata e trascrizione integrale delle interviste. Le interviste si sono svolte tra il 28 giugno e il 2 agosto 2016. L'analisi del contenuto: metodo Van Kaam.

Risultati: L'assistenza ai pazienti psichiatrici aggressivi causa negli infermieri emozioni quali: paura, tristezza, sofferenza, rabbia, disagio e la sfiducia nel paziente stesso a causa della sua imprevedibilità. Sono stati identificati sei temi: definizione e idea della violenza; segni che preannunciano i comportamenti violenti; vissuto degli infermieri nella gestione dei pazienti psichiatrici aggressivi; esperienze di violenza; reazioni emotive degli infermieri dopo un evento di violenza; aspetti di assistenza infermieristica del paziente psichiatrico aggressivo. Emerge l'importanza di mantenere un atteggiamento accogliente e calmo, di utilizzare uno stile comunicativo appropriato di fronte all'escalation di un paziente aggressivo e ciò favorisce la de-escalation del paziente. La maggioranza avverte necessaria la partecipazione a corsi di formazione relativi all'aggressività del paziente psichiatrico.

Conclusioni: Gli stati d'animo dell'infermiere che si trova ad assistere questa tipologia di paziente possono contribuire a una gestione inefficace sia dei pazienti che degli eventi. L'insicurezza o l'incapacità nel prendersi cura di un paziente psichiatrico possono dipendere sia da una mancata preparazione professionale, sia dall'iniziale approccio che ogni operatore instaura con il paziente aggressivo che, se non adeguato, può implementare l'escalation del paziente.

Parole chiave: aggressività, disagio mentale, dipartimento di emergenza.

ABSTRACT



Background: Violence is an increasing phenomenon in the Accident and Emergency Department and nurses are the healthcare professionals who mainly are involved in facing it. Among the principal factors of risk there is the pathological psychiatric character. Such aggressive behaviour induces in nurses reactions as anger, burnout, stress, anxiety, fear.

Objectives: To analyse the perception of the Accident and Emergency Department nurses assisting psychiatric patients with aggressive attitude, to understand how to structure the management of these violent events.

Material and Methods: Design: qualitative phenomenological study. Sample: 18 nurses of 2 Accident and Emergency Departments. Semi-structured interviews and detailed transcription of interviews. The interviews took place between June 28th and August 2nd 2016.

Results: Caring for aggressive psychiatric patients causes the nurses emotional problems such as: fear, sadness, suffering, anger, discomfort and the mistrust of the patient himself because of his unpredictability. We have identified six dimensions: idea of violence and its definition; warning signs of violent behaviour; inner experience of nurses related to the management of aggressive psychiatric patients; experiences of violence;

Backg
mainly
es in nu
Object
underst
Materi
intervie
Results
mistrust
violent
tions of
use an
also pr
essenti
Conclu
and of
al educ
Key wo

emotional reactions of nurses to a violent event; aspects of nursing in aggressive psychiatric patient care. It emerges the importance to maintain a calm attitude, to use an appropriate communication pattern in case of escalation of aggressiveness in a psychiatric patient; the appropriate communication pattern also promotes the de-escalation of aggressiveness. The majority of nurses consider a course related to the management of this phenomenon as being essential.

Conclusions: The moods of nurses caring for aggressive psychiatric patients could result into an ineffective management of the patients themselves and of the events caused by them. Lack of self-confidence and competences in taking care of psychiatric patient could depend on a poor professional education, and/or on the initial approach of each nurse towards aggressiveness. The inappropriate approach may trigger the patients escalation.

Key words: aggression, mental discomfort, Emergency Department.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 07/02/2017

ACCETTATO IL 01/03/2017

Corrispondenza per richieste:

Debora Rosa

drosa833@gmail.com

Gli autori dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza e non è stato inoltrato presso altra rivista.

Non sono presenti conflitti di interesse.

Non è stato richiesto nessun finanziamento.

INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo.¹ La letteratura internazionale sull'argomento mette in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri². Saines³ rileva che l'incidenza delle aggressioni, nel Regno Unito, perpetrate nei confronti degli infermieri dei reparti di Pronto Soccorso è pari al 50% del totale complessivo degli episodi di violenza verso operatori sanitari. In Australia uno studio analogo condotto su un gruppo di 266 infermieri riporta un'incidenza pari al 58% per le aggressioni verbali e al 14% per quelle fisiche⁴. In Italia in uno studio del 2015⁵ condotto su 15 strutture di Pronto Soccorso di 14 regioni italiane si delinea questo scenario: quasi tutti gli infermieri intervistati riferiscono di essere stati aggrediti verbalmente (90%) e il 35% del campione ha subito atti di violenza fisica. I principali fattori di rischio per i comportamenti violenti, nei dipartimenti di emergenza risultano essere problemi di carattere psichiatrico^{3,6-11} e/o abuso di alcol e sostanze stupefacenti^{12,13}, ma altri aspetti rilevanti sono rappresentati da fattori ambientali e modalità di comunicazione, che contribuiscono a rendere il triage un luogo in cui è più probabile che si verifichi un'aggressione^{5,14,15}. I comportamenti aggressivi non rappresentano di per sé una patologia psichiatrica, ma possono essere l'espressione di quest'ultima. Ciò nonostante permane l'idea che la persona con disturbi psichiatrici, sia ritenuto imprevedibile e violento. Tutto ciò è parte del senso comune, del pregiudizio; pregiudizio deriva dal latino "praeiudicium" che significa giudizio precedente all'esperienza¹⁶. Benché vi sia tale stigma, la percezione che la violenza sia strettamente legata alla malattia mentale sembra, ad ora, un dato non convalidato da alcuna prova di efficacia¹⁷⁻²⁵. Di certo esiste una relazione tra il paziente portatore di disagio psichico e aggressività, seppur questa

vada circoscritta ad alcuni sottogruppi e fasi della malattia^{18,26-31}.

Le ipotesi eziologiche dell'aggressività possono essere di diversa natura: neurobiologiche (serotonina, centri corticali); psicodinamiche (funzione fisiologica della mente, rivolta alla difesa da minacce ed alla spinta per la sopravvivenza); apprendimento familiare (violenza come unico modo per esprimere i bisogni e soddisfarli). L'aggressività quindi non è altro che il risultato di caratteristiche della personalità quali ad esempio la storia personale, la diagnosi di un disturbo psichiatrico o neurologico e dell'interazione tra la persona e l'ambiente³².

Esiste un modello del "ciclo dell'aggressività" descritto da Maier e Van Rybroek³³ il quale si basa su concetti di *arousal*, *escalation* e *de-escalation*, suddiviso in fasi ben identificabili. Esso è fondato sul riconoscimento che alla base di qualunque atto di aggressività vi è un'attivazione psicofisiologica che comporta cambiamenti somatici e psicologici diversi per ogni fase. E' fondamentale quindi saper riconoscere ognuna di queste fasi per intervenire attraverso azioni specifiche per ciascuna di esse. La prima fase del ciclo è definita *arousal* (o fase trigger o del fattore scatenante) è traducibile con attivazione psicofisica o psicomotoria. Segue poi la fase dell'*escalation* (o fase della pre-aggressione) che è caratterizzata sul piano clinico da segni prodromici della crisi aggressiva quali tensione e irrequietezza. Se gli interventi attuati in questa fase si rivelano efficaci allora si stabilirà un'altra fase quale la *de-escalation* (o fase di recupero) che è un graduale ritorno al comportamento ordinario ed alla normalità psicoemotiva. Nel caso in cui gli interventi messi in atto nella fase dell'*escalation* si rivelino inefficaci si instaura un'altra fase del ciclo dell'aggressività: la fase *critica* che è il punto culminante dell'eccitamento della persona. È il momento in cui avviene l'aggressione vera e propria. Vi è infine la fase della *depressione post-critica* in cui compaiono nel soggetto emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso.

SCOPO

Analizzare, attraverso una ricerca qualitativa fenomenologica descrittiva, la percezione degli infermieri di pronto soccorso che assistono i pazienti psichiatrici con atteggiamento aggressivo, comprendere come strutturano la gestione dell'evento violento e se il loro atteggiamento può favorire la graduale de-escalation dell'aggressività del paziente psichiatrico.

MATERIALI E METODI

Le emozioni che percepiscono gli infermieri quando prestano cura e sostegno i pazienti psichiatrici e le difficoltà ad esse correlate non sono ben descritte in letteratura. Fino ad oggi, questo problema complesso è stato poco esplorato, anche perché agli infermieri non vengono offerte numerose possibilità di esprimere i loro vissuti. Il quesito di ricerca intende rispondere a tale interrogativo: quale è la percezione dell'infermiere di pronto soccorso che si trova ad assistere un paziente psichiatrico aggressivo e quale gestione del malato ne consegue?

Il disegno di ricerca è uno studio qualitativo di tipo fenomenologico; il campione per la raccolta dei dati è di convenienza e rappresentato da 18 infermieri di due dipartimenti di emergenza che vivono o hanno vissuto esperienze di violenza e aggressività da parte di pazienti psichiatrici. Tutti gli infermieri a cui è stata proposta l'intervista vi hanno preso parte. Prima di attuare la raccolta dei dati è stata chiesta l'autorizzazione ad entrambe le Direzioni Infermieristiche dei presidi ospedalieri e in seguito sono state stabilite, con i coordinatori infermieristici dei due dipartimenti di emergenza, le modalità per effettuare le interviste. A ogni infermiere interessato è stato esposto lo studio di ricerca e l'obiettivo relativo ed è stato dato un consenso verbale all'intervista. Gli infermieri sono stati sottoposti ad un'intervista semi strutturata (**TABELLA 1**), nel periodo tra il 28 giugno e il 2 agosto 2016, durante la quale l'intervistato ha risposto alle domande con parole proprie. Sono state scelte due unità operative di pronto soccorso di ospedali si-

Tabella 1: Domande utilizzate per l'intervista

DOMANDE INTERVISTA
Ha mai partecipato ad eventi formativi relativi all'aggressività dei pazienti psichiatrici?
E nell'attuale unità operativa?
Se dovesse definire con una parola la violenza, come la definirebbe?
Cosa è per lei la violenza?
Secondo lei ci sono dei segni che preannunciano un comportamento violento?
Quali? Saprebbe riconoscerli?
Nell'attuale Unità Operativa ha mai subito violenza fisica o verbale da parte di un paziente psichiatrico?
Come si sente quando deve assistere un paziente psichiatrico?
Ha paura sempre o quando si tratta di un paziente psichiatrico noto al pronto soccorso non ha paura?
E se il paziente è aggressivo ha paura?
C'è un'esperienza che ricorda in particolare?
Cosa hai conservato di questa esperienza?
Come l'ha gestita? E come si è approcciato al paziente?
Che reazioni emotive le ha scaturito l'evento?
Se percepisce paura, quali sono i segnali nel suo corpo che le fanno riconoscere la paura?

tuati alla periferia di Milano (struttura 1 e struttura 2). Tutte le interviste sono state svolte alla presenza dell'intervistato, dell'intervistatore e di un supervisore, in luoghi all'interno del pronto soccorso in cui veniva garantita la privacy di ogni partecipante e mantenuto il più possibile un ambiente tranquillo e senza distrazioni; la lunghezza media è stata di circa 25-30 minuti. Gli intervistatori sono stati due degli autori, entrambi di genere femminile, il primo laureando del Corso di Laurea in Infermieristica, mentre il supervisore era uno studente del Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche, che non avevano mai incontrato gli infermieri intervistati. Entrambi precedentemente sono stati sottoposti a un training attraverso dei *role playing* con un infermiere esperto sia nella gestione di colloqui che nell'ambito psichiatrico. A ogni infermiere è stata consegnata la scheda anagrafico-professionale per poter definire meglio le caratteristiche del campione nella fase di analisi dei dati. Ogni intervista è stata registrata tramite registratore vocale, per permettere all'intervistatore di recuperare i dati successivamente. Le registrazioni sono state poi trascritte letteralmente e analizzate in modo indipendente dagli autori tramite il metodo Van Kaam, il quale è un metodo di analisi molto utilizzato negli studi qualitativi fenomenologici. Tale metodo consiste nell'elenare ogni parola, o espressione, che descrive aspetti dell'esperienza vissuta, eliminare ogni espressione irrilevante e raggruppare espressioni e temi simili o comuni, poiché un tema è un'entità astratta che conferisce significato e identità a un'esperienza vissuta e non necessita della fase finale di convalida da parte

dei partecipanti. Come tale un tema cattura e unifica in un insieme significativo la natura o la base dell'esperienza^{34,35}. Questo metodo è stato scelto in quanto richiede che si raggiunga un accordo intersoggettivo con altri giudici esperti³⁶. Attraverso le 18 interviste è stata raggiunta la saturazione dei dati e lo studio è stato condotto seguendo le indicazioni della COREQ (COsolidated criteria for REporting Qualitative research) check list³⁷.

RISULTATI

La scheda anagrafico professionale somministrata ai 18 infermieri ha fornito le seguenti informazioni: il campione era formato da 11 donne e 7 uomini, la cui età media era di 41,33 anni. 10 infermieri sono in possesso del diploma di scuola regionale, mentre gli altri 8 hanno conseguito la laurea triennale e 2 professionisti tra questi hanno conseguito anche un Master di primo livello. Tra gli infermieri intervistati nessuno ha mai avuto un'esperienza di lavoro in un reparto psichiatrico; solo una persona ha lavorato per 4 anni in carcere ed un'altra ha avuto esperienze di tirocinio in reparti psichiatrici. Gli anni di esperienza lavorativa come infermiere hanno una mediana di 14 anni, mentre gli anni di esperienza sono in media 7,5 anni. L'analisi delle interviste ha permesso di individuare sei temi principali: definizione e idea della violenza, segni che preannunciano (secondo gli infermieri) comportamenti violenti, vissuto degli infermieri nella gestione dei pazienti psichiatrici aggressivi, esperienze di violenza (fisica o verbale), reazioni emotive degli infermieri dopo un evento di violenza, aspetti dell'assistenza infermieristica

ca del paziente psichiatrico aggressivo.

Definizione e idea della violenza

Dalle interviste condotte si evince che la violenza ha una connotazione negativa per tutti gli intervistati, "è una cosa orrenda, schifosa, la peggior cosa che esiste al mondo" (intervistato N°9 struttura 1). Alle domande "se dovessi definire con una parola la violenza come la definiresti?" e "cosa è per te la violenza?" la maggior parte degli infermieri risponde che la violenza può essere definita come l'aggressività sia fisica che verbale nei confronti di altre persone; "è qualcosa che invade lo spazio personale di un'altra persona, senza chiederne il permesso" (intervistato N° 6 struttura 2), è definita anche come "qualcosa di difficile gestione, una forma di comunicazione inappropriata e non coincidente con quello che si vuole veramente dire" (intervistato N° 5 struttura 1). Da un altro operatore viene descritta come "inciviltà e manifestazione di cattiveria, a volte anche involontaria" (intervistato N°8 struttura 1); "è un atto che tende a ledere l'integrità fisica o psicologica di qualcun altro" (intervistato N°1 struttura 2).

Segni che preannunciano (secondo gli infermieri) comportamenti violenti

La maggior parte degli infermieri afferma che ci sono dei segni che preannunciano un comportamento violento da parte del paziente e, molti di loro, dichiarano che sarebbero anche in grado di riconoscere questi segni: la postura, la mimica e il tono di voce (intervistati N° 7,7 struttura 1,2), agitazione, nervosismo, sudorazione (intervistati N° 5,6,7 struttura 2), istigazione verbale, linguaggio particolare (intervistato N° 8 struttura 1). "In genere sono un po' cupi nel viso, sembrano come se dovessero esplodere, contraggono i pugni e il viso, cioè si vede che da un momento all'altro stanno per esplodere" (intervistato N° 4 struttura 1); "Di solito sono facilmente riconoscibili, nel senso che il paziente è un paziente che facilmente si altera e facilmente perde il contatto con la realtà o distorce la realtà a propri fini personali per arrivare poi a poter quasi giustificare il suo comportamento violento" (intervistato N° 1 struttura 2).

"L'irrequietezza, una persona irrequieta che non riesce a stare ferma, sudata, anche lo sguardo, l'impazienza, lo vedi che sta per diventare aggressivo" (intervistato N° 1 struttura 2).

Vissuto degli infermieri nella gestione dei pazienti psichiatrici aggressivi

Gli infermieri partecipanti hanno dichiarato una molteplicità di vissuti che percepiscono l'assistenza ad un paziente psichiatrico aggressivo, vissuti anche molto diversi e in contrapposizione tra loro. Essi includono

paura, serenità, percezione di un ambiente poco protetto, timore, curiosità, preoccupazione, disagio. Inoltre diversi infermieri tendono ad assecondare il paziente per evitare che l'aggressività si alimenti maggiormente e altri dichiarano di gestire eventuali eventi di violenza con molta calma e serenità. Emerge anche che gli infermieri che hanno partecipato a corsi di formazione sulla violenza del paziente psichiatrico o hanno avuto pregresse esperienze di assistenza a tali persone si sentono pronte nella gestione di potenziali eventi violenti e che non percepiscono disagio durante l'assistenza a questa tipologia di pazienti. Durante l'intervista è stato chiesto se gli infermieri avessero mai partecipato a eventi formativi riguardo l'aggressività del paziente psichiatrico: dei 18 infermieri intervistati, solo 5 hanno seguito corsi di formazione su tale tema. Un'infermiera a tal proposito dichiara: "È durissima, è durissima perché mi rendo conto che ci vogliono dei livelli di preparazione diversi dalla consueta assistenza; mi rendo conto che ho paura perché è qualcosa di ignoto, un paziente psichiatrico ha delle sfaccettature che gli altri pazienti non hanno per cui l'affrontare qualcosa che non si sa come reagisca e non so neanche io come reagirò perché purtroppo le reazioni anche mie sono inaspettate, questo mi fa paura" (intervistato N° 4 struttura 2).

"Queste esperienze ti insegnano che non devi mai perdere la calma, quindi per quanto ti si presenta il paziente aggressivo bisogna sempre cercare di capire il suo stato d'animo che non sempre è facile in queste persone, è difficile da comprendere e da gestire, però va fatto, da parte nostra l'intervento è sempre quello di cercare di capirlo e di fare capire a lui che noi ci siamo per aiutarlo" (intervistato N°7 struttura 2).

Esperienze di violenza (fisica o verbale)

Tra i 18 infermieri intervistati, 9 infermieri hanno subito nel corso della loro carriera lavorativa atti di violenza verbale da parte di un paziente psichiatrico aggressivo; 5 infermieri hanno dichiarato di aver subito oltre alla violenza verbale anche atti di violenza fisica, mentre 4 infermieri hanno affermato di non aver mai subito violenza sul posto di lavoro, né verbale né fisica (intervistati N° 3,9 struttura 1, N° 3,7 struttura 2). Un'infermiera racconta: "Bè ricordo un'esperienza di un paziente che è arrivato aggressivo che è entrato in pronto soccorso e ha bloccato la collega con un coltello alla gola, poi sono sopraggiunti la polizia e il prete e sono riusciti a liberare la collega" (intervistato N° struttura 1). Un altro infermiere dice: "Sono passati ormai 10 anni, un paziente è arrivato in ambulanza in pronto soccorso ed ha iniziato a picchiare tutto e tutti, lanciava in alto lettini, gridava, ad un certo punto un mio collega maschio è venuto a darmi una mano

perché io ero da sola, questo ha iniziato a prenderlo per il collo e lo stava strozzando, io gli sono saltata dietro per far liberare la presa dal mio collega e alla fine questo mi ha preso per il collo e mi ha lanciato 50 metri in là e poi giustamente mi è passato sopra; poi purtroppo abbiamo dovuto chiamare i carabinieri e ne ha picchiati 5 di carabinieri." (intervistato N°6 struttura 2).

Reazioni emotive degli infermieri dopo un evento di violenza

Sono diverse le reazioni emotive che un evento violento causa negli infermieri, dalla tristezza all'indifferenza; tristezza per delle persone che molte volte non hanno nemmeno la consapevolezza di essere violente o di arrecare danno o paura a chi le circonda. Il timore del paziente psichiatrico nasce forse da tutti i preconcetti che esistono sulle persone affette dalla malattia mentale e sulla malattia mentale stessa. Ma anche nervosismo, agitazione, paura, rabbia e addirittura pianto: "Ma sicuramente tristezza, perché capisci che in queste persone c'è anche qualcosa di buono, hanno dei momenti di lucidità che magari capiscono che stanno male ma non sanno come affrontare la parte dell'ansia e dell'agitazione che c'è in loro" (intervistato N°7 struttura 2).

"Ho pianto, ho pianto perché era un paziente giovane, e tu capivi, la sentivi, la percepivi, ancora adesso ho la pelle d'oca, sentivi la sua sofferenza e la sofferenza dentro ti scava e ti mangia, ti cambia nello stesso istante in cui lo provi e non c'è niente che lo allevi, per cui è pesantissimo" (intervistato N°4 struttura 2).

Aspetti dell'assistenza infermieristica del paziente psichiatrico aggressivo

Comprendere il vissuto degli infermieri di fronte ad un paziente psichiatrico aggressivo e la percezione che ogni professionista ha dell'evento violento, aiuta a delineare come un infermiere imposta l'assistenza verso tale paziente. È proprio lo stile comportamentale e comunicativo dell'infermiere che può aiutare il paziente aggressivo, favorendo la graduale *de-escalation* dell'aggressività e il graduale ritorno alla "normalità", ma può anche alimentare l'aggressività del paziente, implementarne l'*escalation* con conseguenze catastrofiche, sia fisiche che psicologiche, per l'intera unità operativa. Dalle interviste svolte si evince che i fattori che potrebbero influenzare gli infermieri nella gestione del paziente psichiatrico aggressivo sono ad esempio conoscere la storia del paziente, poter fare affidamento sul sostegno dell'équipe durante l'evento violento, gli anni di esperienza lavorativa, riuscire ad instaurare una relazione di fiducia con il paziente e il sesso del paziente psichiatrico. Alcuni infermieri affermano che molto spesso un paziente di sesso maschile

mostra un atteggiamento più violento nei confronti di un professionista di sesso femminile. "Paura no, nel senso che fa parte del mio lavoro però sicuramente mi sento poco protetta, noi infermieri non abbiamo molti mezzi per difenderci o per tutelarci da questo tipo di aggressioni; ho chiamato aiuto dopo che l'aggressione c'era già stata per cui l'aiuto è arrivato successivamente, poi ho chiamato in aiuto un collega maschio, perché comunque un paziente ha la percezione del sesso" (intervistato N° 1 struttura 2). Inoltre non tutti ma diversi infermieri (13 infermieri), dichiarano di saper gestire gli eventi di violenza e affermano anche di assistere il paziente con serenità, al fine di non alimentare la sua aggressività. "Bisogna essere tranquilli, rassicurarli, non rispondere alle provocazioni perché sono già persone che non sanno quello che dicono, non hanno la coscienza di quello che fanno; siamo abituati a gestire queste cose quindi la paura la affrontiamo quotidianamente questi sono fatti che capitano tutti i giorni, quindi la affrontiamo in maniera tranquilla e sempre con il metodo di rassicurarlo e comunque chiamare all'istante carabinieri e polizia" (intervistato N° 8 struttura 2).

"Tranquilla, perché comunque se ti fai vedere spaventata o agitata vai ad aumentare la sua potenza e la sua sicurezza in se stesso, e così poi aumenta l'aggressività nei tuoi confronti, la tranquillità, la calma e il non farsi vedere spaventati aiuta con il paziente psichiatrico" (intervistato N° 6 struttura 2).

DISCUSSIONE

Secondo uno studio condotto a Singapore per la gestione infermieristica dell'aggressione in pronto soccorso, i partecipanti infermieri dichiarano di utilizzare le loro capacità di osservazione per la valutazione delle persone potenzialmente aggressive. In particolare gli infermieri osservano il linguaggio del corpo, segni verbali e segni di insoddisfazione, il tono e il volume della voce e si osserva anche un comportamento anomalo, ad esempio quando il paziente inizia a gridare o non segue le indicazioni date (38). Altri infermieri del dipartimento di emergenza riferiscono che l'assistenza alle persone aggressive ha causato in loro ripercussioni sia psicologiche che fisiche (38). Gli effetti psicologici includono il sentirsi turbati, il non sentirsi apprezzati e avere pensieri ricorrenti su ciò che potrebbe essere migliorato durante l'assistenza a un paziente con comportamento aggressivo. La frequente esposizione alle aggressioni ha creato insoddisfazione nel lavoro, risentimento e rimpianto. Hanno riferito anche burnout e fatica nel continuare il loro lavoro (13). Nelle interviste fatte gli infermieri partecipanti hanno dichiarato una molteplicità di vissuti che percepiscono durante l'assistenza a un paziente psichiatrico aggressivo, vissuti anche molto

diversi e in contrapposizione tra loro. Tali vissuti includono paura, serenità, percezione di un ambiente poco protetto, timore, curiosità, preoccupazione, disagio. Diversi infermieri dichiarano di tendere ad assecondare il paziente per evitare che l'aggressività si alimenti maggiormente e altri dichiarano di gestire eventuali eventi di violenza con molta calma e serenità. Emerge anche che infermieri che hanno partecipato a corsi di formazione sulla violenza del paziente psichiatrico o hanno avuto pregresse esperienze di assistenza a tali persone, si sentano pronte nella gestione di potenziali eventi violenti e che non sentano disagio durante l'assistenza a questa tipologia di persone. Durante l'intervista è stato chiesto se gli infermieri avessero mai partecipato a eventi formativi riguardo l'aggressività del paziente psichiatrico e dei 18 infermieri intervistati, solo 5 hanno seguito corsi di formazione su tale tema.

La letteratura internazionale sull'argomento mette in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno violenza, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri. Sono diverse le reazioni emotive che un evento violento causa negli infermieri intervistati, che si estendono dalla tristezza per delle persone che molte volte non hanno la consapevolezza di essere violente o di arrecare danno o paura a chi le circonda, all'indifferenza. Il timore del paziente psichiatrico nasce forse da tutti i preconcetti che esistono sulle persone affette dalla malattia mentale e sulla malattia mentale stessa. Molti infermieri intervistati hanno menzionato la paura, ma pochi hanno dichiarato apertamente di percepire paura di fronte ad un paziente psichiatrico aggressivo. Forse si ha paura di aver paura. Per i professionisti della salute è davvero pericoloso non saper comprendere o gestire le proprie emozioni o non avere la consapevolezza dei propri stati d'animo, anche perché nella relazione terapeutica con il paziente, il vissuto dell'operatore è uno strumento di lavoro fondamentale. Comprendere il vissuto degli infermieri di fronte ad un paziente psichiatrico aggressivo e la percezione che ogni professionista ha dell'evento violento e in particolare del paziente violento, ci aiuta a delineare come un infermiere imposta l'assistenza verso tale paziente, considerando che il vissuto e la percezione che ognuno sperimenta possa far nascere nell'operatore reazioni diverse. E' proprio lo stile comportamentale e comunicativo dell'infermiere che può aiutare il paziente aggressivo, favorendo la graduale de-escalation dell'aggressività e il graduale ritorno alla "normalità", ma può anche alimentare l'aggressività del paziente, implementarne l'escalation con conseguenze catastrofiche, sia fisiche che psicologiche,

per l'intera unità operativa. La maggior parte degli eventi potenziali di violenza sono evitati quando l'infermiere osserva e rileva segnali tipici dell'escalation aggressiva, come un tono di voce alto e un linguaggio offensivo. Naturalmente alcuni casi di attacco violento si verificano improvvisamente e questi sono più difficili da prevenire (38). E' proprio per questi motivi che l'atteggiamento e l'intervento dell'infermiere in questa fase si rivela di notevole importanza e ne contraddistingue la qualità della gestione. Inoltre da diversi studi (39-41) emerge che la percezione di essere in sicurezza e quindi la mancanza di paura sono concetti fondamentali per una buona gestione del paziente psichiatrico aggressivo da parte del personale infermieristico. Una parte integrante della gestione dell'aggressività è la capacità degli infermieri di impiegare diverse strategie di cura e di valutazione, che vanno dall'osservazione di tutti quei segni che preannunciano un comportamento violento, alla raccolta di dati anamnestici del paziente e all'utilizzo di abilità comunicative e relazionali condivise e attuate dall'intera équipe.

LIMITI

Un limite dello studio è rappresentato dalla prima esperienza degli autori (CG, CT) nella conduzione di uno studio secondo il metodo Van Kaam, pur essendo stati supervisionati da un tutor esperto in ricerca qualitativa. I risultati ottenuti non sono generalizzabili, ma potenzialmente trasferibili in altre realtà simili.

CONCLUSIONI

Le malattie mentali e la violenza sono fenomeni frequenti e diffusi tanto da costituire problemi sociali di rilievo internazionale (42). Come evidenzia una recente ed autorevole rivista sugli aspetti nosologici della psicopatologia (43), i comportamenti aggressivi e violenti sono di importanza sostanziale tanto in ambito sociale quanto in ambito clinico. In effetti è ben noto ai professionisti che operano in ambiente sanitario che la malattia mentale è spesso associata a caratteristiche psicopatologiche quali impulsività, rabbia, ostilità o aggressività e a disordini comportamentali che, in alcuni casi, possono assumere i connotati di comportamenti violenti più o meno gravi. Ma più di tutte le forme di psicopatologia, le droghe e l'alcool sono direttamente responsabili di comportamenti violenti. È per queste ragioni che tra i vari ambiti sanitari i dipartimenti di emergenza ed in particolare il triage, rappresentano il luogo in cui è più probabile che un'aggressione si verifichi (14). Da quest'analisi è chiaramente emersa la necessità degli infermieri di lavorare in un ambiente più sicuro e protetto e di partecipare a dei corsi di formazione mirati al prendersi cura del paziente psichiatrico aggressivo al fine di garantire a tali pazienti delle cure ottimali, riu-

scire a prevenire o mitigare la violenza e raggiungere risultati efficaci nella gestione degli eventi di violenti. Non è stata dimenticata la centralità dei diritti e dei bisogni delle persone con disturbi mentali che sono stati da molti capiti, ascoltati e valutati.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori intendono ringraziare gli infermieri e i coordinatori delle Unità Operative coinvolte per la loro preziosa collaborazione nella partecipazione alle interviste.

BIBLIOGRAFIA

1. VARCAROLIS EM. *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. Third Edition. Amsterdam: Elsevier; 2013.
2. GORMAN LM, SULTAN DF. *Psychosocial Nursing for general patient care*. Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008.
3. SAINES JC. *Violence and aggression in A & E: recommendations for action*. *Accid Emerg Nurs*. gennaio 1999;7(1):8-12.
4. CASHMORE AW, INDIG D, HAMPTON SE, HEGNEY DG, JALALUDIN BB. *Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records*. *BMC Health Serv Res*. dicembre 2012;12(1).
5. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. *Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study*. *Int Emerg Nurs*. ottobre 2015;23(4):274-80.
6. EDWARD K, OUSEY K, WARELOW P, LUI S. *Nursing and aggression in the workplace: a systematic review*. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 26 luglio 2014;23(12):653-4, 656-9.
7. MAGNAVITA N, HEAPONIEMI T. *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. *BMC Health Serv Res*. dicembre 2012;12(1).
8. TAYLOR JL, REW L. *A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department: Workplace violence in the ED lit review*. *J Clin Nurs*. aprile 2011;20(7-8):1072-85.
9. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK). *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition*. London: British Psychological Society; 2015. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines).
10. WINSTANLEY S, WHITTINGTON R. *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. *J Clin Nurs*. gennaio 2004;13(1):3-10.
11. CASHMORE AW, INDIG D, HAMPTON SE, HEGNEY DG, JALALUDIN BB. *Workplace violence in*

- a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. BMC Health Serv Res. dicembre 2012;12(1).
12. YODER-WISE PS. *Leading and Managing in Nursing - Revised Reprint*. London: Elsevier Health Sciences; 2013.
 13. OGUNDIPE KO, ETONYEAKU AC, ADIGUN I, OJO EO, ALADESANMI T, TAIWO JO, ET AL. *Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria*. Emerg Med J. settembre 2013;30(9):758-62.
 14. ANGLAND S, DOWLING M, CASEY D. *Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study*. Int Emerg Nurs. luglio 2014;22(3):134-9.
 15. GACKI-SMITH J, JUAREZ AM, BOYETT L, HOMEYER C, ROBINSON L, MACLEAN SL. *Violence against nurses working in US emergency departments*. J Nurs Adm. agosto 2009;39(7-8):340-9.
 16. ATTENASIO L, CIANI M, DI GENNARO A. *Chi ha paura della follia?: La 180 nella scuola: roba da matti!* Roma: Armando; 2009.
 17. WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, PIOLIR, CASACCHIA M, ROSSI G. *Schizofrenia e cittadinanza: manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione*. Roma: Il pensiero scientifico; 2001.
 18. SANDS N, ELSOM S, GERDIZ M, KHAW D. *Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making: Violence risk in mental health triage*. J Psychiatr Ment Health Nurs. ottobre 2012;19(8):690-701.
 19. LUSETTI V. *Pericolosità del malato di mente*. Roma: EUR; 2013.
 20. WOODS P, ASHLEY C, KAYTO D, HEUSDENS C. *Piloting violence and incident reporting measures on one acute mental health inpatient unit*. Issues Ment Health Nurs. maggio 2008;29(5):455-69.
 21. O'REILLY K, DONOHOE G, COYLE C, O'SULLIVAN D, ROWE A, LOSTY M, ET AL. *Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder*. BMC Psychiatry. 10 luglio 2015;15:155.
 22. LEE BX, DONNELLY PD, COHEN L, GARG S. *Violence, health, and the 2030 agenda: Merging evidence and implementation*. J Public Health Policy. settembre 2016;37 Suppl 1:1-12.
 23. STEADMAN HJ, COCOZZA JJ, MELICK ME. *Explaining the increased arrest rate among mental patients: the changing clientele of state hospitals*. Am J Psychiatry. luglio 1978;135(7):816-20.
 24. ELBOGEN EB, JOHNSON SC. *The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Arch Gen Psychiatry. febbraio 2009;66(2):152-61.
 25. PETTIT GS, LANSFORD JE, MALONE PS, DODGE KA, BATES JE. *Domain specificity in relationship history, social-information processing, and violent behavior in early adulthood*. J Pers Soc Psychol. 2010;98(2):190-200.
 26. SINGH JP, VOLAVKA J, CZOBOR P, VAN DORN RA. *A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia*. PloS One. 2012;7(8):e43423.
 27. FLYNN S, GASK L, APPLEBY L, SHAW J. *Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. giugno 2016;51(6):877-84.
 28. VOLAVKA J. *Neurobiology of violence*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2002.
 29. NATO Advanced Study Institute on Effective Prevention of Crime and Violence among Persons with Major Mental Disorders, Hodgins S. *Violence among the mentally ill: effective treatments and management strategies*. 2000.
 30. ROSNER R, curatore. *Principles and practice of forensic psychiatry*. 2nd ed. London : New York: Arnold ; Distributed in the USA by Oxford University Press; 2003. 906 pag.
 31. MILLER L. *Criminal psychology: nature, nurture, culture: a textbook and practical reference guide for students and working professionals in the fields of law enforcement, criminal justice, mental health, and forensic psychology*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas; 2012. 784 pag.
 32. DJOKIĆ-PJESČIĆ K, RISTIĆ-DIMITRJEVIĆ R, NENADOVIĆ M, JOVČIĆ S, NESIĆ S, RAJČIĆ T, ET AL. *Hetero-aggressive outbursts in patients' behaviour in emergency psychiatry*. Srp Arh Celok Lek. dicembre 2011;139 Suppl 1:57-60.
 33. TISHLER CL, GORDON LB, LANDRY-MEYER L. *Managing the violent patient: A guide for psychologists and other mental health professionals*. Prof Psychol Res Pract. 2000;31(1):34-41.
 34. ADDEO F, MONTESPERELLI P. *Esperienze di analisi di interviste non direttive*. Roma: Aracne; 2007.
 35. VAN KAAM A. *Phenomenal Analysis: Exemplified by a Study of the Experience of «Really Feeling Understood»*. J Individ Psychology. 1959;15(1):66-71.
 36. POLIT DF, TATIANO BECK C, PALESE A. *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Milano: McGraw-Hill; 2014.
 37. TONG A, SAINSBURY P, CRAIG J. *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Int J Qual Health Care. 16 settembre 2007;19(6):349-57.
 38. TAN MF, LOPEZ V, CLEARY M. *Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study: Nursing management of aggression*. Nurs Health Sci. settembre 2015;17(3):307-12.
 39. EDWARD K, OUSEY K, WARELOW P, LUI S. *Nursing and aggression in the workplace: a systematic review*. Br J Nurs Mark Allen Publ. 26 luglio 2014;23(12):653-4, 656-9.
 40. JONKER EJ, GOOSSENS PJJ, STEENHUIS IHM, OUD NE. *Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses*. J Psychiatr Ment Health Nurs. agosto 2008;15(6):492-9.
 41. TAN MF, LOPEZ V, CLEARY M. *Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study*. Nurs Health Sci. settembre 2015;17(3):307-12.
 42. ATTENASIO L. *La cura degli altri: seminari di etnopsichiatria*. Roma: Armando; 2005.
 43. HERSEN M, BEIDEL DC. *Adult psychopathology and diagnosis*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2012.