

Valutazione, gestione, intervento e trattamento di urgenze/emergenze
e degli agiti auto ed eteroaggressivi.
Una esperienza di didattica integrata in criminologia con l'apporto di istituzioni diverse

Evaluation, management, intervention and treatment of urgencies /
emergencies and self and heteroaggressive acting out.
An integrated teaching experience in criminology with the contribution of different institutions

Angiola Di Conza | Michele De Palo | Angelo Torchiano | Andrea Lisi
Ylenia Massaro | Federico Puleo | Carmela Sportelli | Ignazio Grattagliano

OPEN  ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Di Conza A. et al. (2021). Evaluation, management, intervention and treatment of urgencies / emergencies and self and heteroaggressive acting out. An integrated teaching experience in criminology with the contribution of different institutions. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 2, 112-121.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022021-p112>

Corresponding Author: Ignazio Grattagliano
ignazio.grattagliano@uniba.it

Copyright: © 2021 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 25.06.2020

Accepted: 20.10.2020

Published: 30.06.2021

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022021-p112](https://doi.org/10.7347/RIC-022021-p112)

Abstract

Starting from an experience of training in the field, declined differently from the usual didactic canons, implemented with the collaboration and integration of different subjects, (University and Arma dei Carabinieri), and addressed to students of a degree course in clinical psychology, the authors report the need for profound and radical changes in the educational profiles and in the educational organization for psychologists as well as for all socio-health and educational professions. In this case, the focus of reflection and intervention concerned the evaluation, analysis and interventions related to the management of aggressive actions towards health workers. The centrality of Criminology as a science and discipline that can offer the methodological and technical basis and also in terms of content, for the forensic part of the aforementioned socio / health and educational disciplines is reiterated.

Keywords: Didactics, Training, Criminology, Clinical Psychology, Aggression, Violence.

Riassunto

A partire da una esperienza di formazione sul campo, declinata diversamente dagli usali canoni didattici, attuata con la collaborazione e la integrazione di soggetti diversi (Università e Arma dei Carabinieri), e rivolta a studenti di un corso di laurea in psicologia clinica, gli autori segnalano la necessità di profondi e radicali cambiamenti nei profili formativi e nella organizzazione didattica per gli Psicologi, come per le tutte le professioni socio/sanitarie ed educative. In questo caso, il centro della riflessione e dell'intervento ha riguardato la valutazione, l'analisi e gli interventi relativi alla gestione degli agiti aggressivi nei confronti di operatori sanitari. Viene ribadita la centralità della Criminologia come scienza e disciplina che può offrire il basamento metodologico e tecnico ed anche a livello di contenuti, per la parte forense delle discipline socio/sanitarie ed educative succitate.

Parole chiave: Didattica, Formazione, Criminologia, Psicologia Clinica, Aggressività, Violenza.

Angiola Di Conza, Command of the Campania Carabinieri Legion | Michele De Palo, Command of the Apulia Carabinieri Legion | Angelo Torchiano, Command of the Apulia Carabinieri Legion | Andrea Lisi, Department of Education Psychology and Communication University Aldo Moro Bari | Ylenia Massaro, Department of Education Psychology and Communication University Aldo Moro Bari | Federico Puleo, Department of Education Psychology and Communication University Aldo Moro Bari | Carmela Sportelli, Department of Education Psychology and Communication University Aldo Moro Bari | Ignazio Grattagliano, Department of Education Psychology and Communication University Aldo Moro Bari

Valutazione, gestione, intervento e trattamento di urgenze/emergenze e degli agiti auto ed eteroaggressivi. Una esperienza di didattica integrata in criminologia con l'apporto di istituzioni diverse

Introduzione

Il contributo che presentiamo è finalizzato a rappresentare una esperienza di formazione in Criminologia, di profilo universitario e destinata a studenti di un corso di laurea in Psicologia Clinica, un po' diversa dagli usuali e sperimentati percorsi di didattica tradizionale attinenti la disciplina. Il seminario di formazione è stato organizzato unendo le competenze di docenti e cultori di discipline criminologiche, di studenti particolarmente motivati ed interessati alla Criminologia Clinica come disciplina, e da esponenti dell'Arma dei Carabinieri. Lo scopo della sperimentazione didattica è stato orientato a verificare la possibilità di fornire, a giovani che frequentano gli studi universitari in Psicologia, una esperienza di confronto con agiti violenti. Il coinvolgimento di esponenti delle forze dell'ordine ha rappresentato un ottimo mezzo per tale finalità.

1. Attualità della Criminologia nei corsi di Studio delle Professioni Sanitarie e Formativo-Educative

Le scienze e le discipline criminologiche hanno trovato da molto tempo una stabile collocazione in ambito scientifico, ritagliandosi un proprio spazio di competenza specifica, che oggi può essere identificato nelle seguenti finalità:

- Le cause della criminalità, gli interventi finalizzati al suo contenimento e alla prevenzione della stessa;
- Gli autori e le vittime di reato, la loro valutazione in ambito forense ed il trattamento clinico e criminologico delle condotte devianti¹.

La dignità scientifica riconosciuta alla criminologia fonda, tra l'altro, sull'ormai innegabile considerazione che, al pari di ogni agito umano, il comportamento di chi commette o subisce un delitto e ad esso reagisce può anche essere il riflesso della storia personale e del livello di funzionamento psichico (inteso anche come organizzazione della personalità) di autori e vittime (Barbieri, 2013, 2015; Barbieri, Bandini, & Verde 2015; Ceretti & Natali, 2009; Francia & Verde, 2015; Marvelli et al 2013). Sin dagli anni '80, infatti, si teorizza l'esistenza di una correlazione fra aspetti della personalità di autori e vittime di crimini (Canter, 1997; Canter & Alison, 1999; Canter & Larkin, 1993), in particolare dei tratti di per-

sonalità dei diversi attori, della loro storia di vita e della modalità di interazione con il mondo che li circonda.

Diviene del tutto evidente, quindi, la necessità di strutturare adeguati percorsi formativi che individuino con chiarezza la dimensione operativa, cioè i problemi che gli operatori potrebbero essere chiamati a risolvere in modo molto concreto, fornendo il patrimonio concettuale, in grado di coprire un arco ampio ed eterogeneo di conoscenze cui attingere le competenze necessarie per la soluzione di quei problemi, con il duplice obiettivo di formare gli operatori alla capacità di "osservare, comprendere" e di "spiegare e valutare" il comportamento umano (Fornari, 2018; Greco, 2008)².

Nel corso degli ultimi decenni sono molto cambiate le prospettive e le rappresentazioni delle discipline e delle scienze criminologiche che hanno anche inciso sugli oggetti e sui metodi di studio, determinandone nuovi profili, nuove caratteristiche e campi di applicazione molto più ampi di quelli tradizionali, in un contesto in cui la complessità della realtà umana, la multifattorialità e circolarità della causalità hanno portato alla frammentazione dei paradigmi interpretativi. Le discipline criminologiche da essere "confinare solo" negli ambiti della medicina legale, della psicopatologia forense e del diritto penale, si sono estese trasversalmente in molti corsi di studio, specializzazione, master, universitari e non. Accanto a questo aspetto, poi, non è trascurabile l'effetto che le trasformazioni sociali, per molti aspetti indotte dall'avvento delle nuove tecnologie, che hanno da un lato disgregato ed in parte riformulato le relazioni umane e sociali, hanno avuto nei cambiamenti osservabili nelle forme del crimine.

Alla luce di quanto sin qui considerato, dal punto di vista applicativo, quella del criminologo può essere annoverata anche tra le professioni di aiuto. Infatti, se così vengono definite quelle professionalità che sostengono le persone in condizioni di difficoltà esistenziali, sociali, psicologiche e che tendono al miglioramento della qualità di

- 2 Rispetto alle aree di intervento definite, "osservare e comprendere" e "spiegare e valutare" è sicuramente rilevante rimandare al contributo degli autori citati e ai settori disciplinari coinvolti: con la "comprensione", la criminologia si accosta alle scienze dell'uomo (psicologia, pedagogia, scienze della comunicazione, filosofia, psichiatria, letteratura, ecc.), in quanto permette di andare oltre i significati costruiti sulla base della propria esperienza personale o della logica del senso comune per tentare di cogliere la logica e i significati strettamente soggettivi e peculiari dell'individuo, entrando in sintonia con i suoi stati mentali e affettivi, con i suoi valori, i suoi desideri e le sue difficoltà. Con la "spiegazione" essa diventa funzionale all'inquadramento delle varie sfumature del comportamento umano sotto il profilo trattamentale in senso lato e/o forense ed in tal modo si accosta alle scienze criminalistiche.

1 Art. 2 Statuto della Società Italiana di Criminologia.

vita e della salute mentale e sociale dei singoli e delle comunità, possiamo affermare che nel caso specifico della criminologia i “bisogni” saranno declinati sul versante della patologia del comportamento a livello pre-delinquoso (percorsi assistenziali integrati, mediazione familiare e penale, supporto alle fasce deboli o a rischio) o francamente delittuoso (trattamento penitenziario, esecuzione penale esterna, ecc.). Si tratta di prospettive di sviluppo che comportano una sfida e una nuova responsabilità per la criminologia accademica, che per essere adeguatamente affrontate richiedono l’apporto specifico della disciplina, declinata in prospettiva interdisciplinare (Greco, 2008).

2. Necessità di una didattica differenziata ed integrata per gli psicologi (e non solo relativamente all’insegnamento di Criminologia)

Il mestiere dello psicologo che vuole orientare la sua formazione e la sua preparazione professionale in ambito clinico-forense è complesso, e per svolgerlo bene è necessario saper bilanciare competenze tecniche, attenzione verso l’altro e prudenza nell’esprimere giudizi. Pur considerando ambiti professionali differenti, gli “attrezzi del mestiere” dello psicologo, che non voglia trascurare il mondo e gli aspetti forensi della sua professione, o che scelga quello forense come ambito professionale elettivo e principale, sono gli stessi. Tra questi certamente il colloquio clinico, l’uso delle indagini psicodiagnostiche, l’attività di consulenza e peritale, la conoscenza della cornice giuridico-normativa sono quelle più comuni e importanti (Merzagora & Travaini, 2015). Ma, come per gran parte dei corsi di studio di psicologia, e come criticità complessiva della Università italiana, è spesso drammaticamente assente tutta una parte esperienziale, concreta e di rapporto, attraverso gli strumenti della formazione e della ricerca, con i contesti e le esperienze dove concretamente gli psicologi possono operare dopo la laurea, le specializzazioni e l’abilitazione. La questione si snoda nel rapporto tra due poli: da un lato il livello culturale-formativo dei laureati in psicologia, dall’altro lato le caratteristiche specifiche del lavoro svolto nell’ambito forense e giudiziario, che lo rendono molto diverso da altri tipi di intervento psicologico.

Sarebbe opportuno provvedere ad impostare una coscienza deontologica di base già durante l’iter universitario, con una duplice finalità: formare professionisti corretti nel loro agire e, contemporaneamente, metterli in grado di districarsi, all’occorrenza, nel difficile ambito giuridico-forense. Allo stato attuale, lo psicologo neolaureato affronta un mondo così intricato con un bagaglio di formazione prevalentemente accademica, spesso molto specifica, che fornisce competenze teoriche settoriali e generalmente insufficienti a muoversi con consapevolezza e competenza. Inoltre, a differenza dei medici, anche quelli di formazione meno specialistica, per gli psicologi non è previsto un esame di Medicina Legale nel quale si apprendano gli aspetti etico-deontologici nonché la legislazione che in qualche modo li riguarda. Ciò rappresenta un li-

mite gravissimo che incide sull’esercizio della professione e pesa in maniera particolare quando lo psicologo è chiamato a collaborare con la giustizia: non ha gli strumenti per definire cosa si può fare in ambito clinico ma non giudiziario e perché; o per distinguere tra setting clinico (counseling, colloquio o psicoterapia che sia) e setting forense.

Manca quasi completamente, ad eccezione di qualche “timido e parcellare” tentativo di recupero, specie durante i periodi di tirocinio, il rapporto, “guidato e monitorato” da colleghi più esperti, con l’utenza, con i pazienti, con i detenuti, con soggetti che possono essere al contempo pazienti, utenti e autori o vittime di reato e con cui gli psicologi si troveranno ad interloquire ed interagire. E’ questo un tassello fondamentale della formazione di uno psicologo, in tutti i campi di applicazione, soprattutto in quello forense. Percorsi formativi di profilo e caratteristiche diverse, in cui i futuri psicologi possano “mettersi in gioco” anche con la loro parte emotiva e comportamentale, fondamentale per un “apprendimento globale e più completo”, impattando con pazienti, con autori e vittime di violenze ed abusi, con le loro complicate fenomenologie comportamentali ed espressive, con i loro contesti ed ambienti altrettanto complicati e problematici, con i sistemi e le istituzioni in cui sono “trattati”, rappresenta sicuramente il valore aggiunto ineludibile di una formazione più integrata e completa per futuri professionisti della psicologia, soprattutto in ambito forense.

Si è pensato di affrontare, in modo non solo concettuale e teorico, illustrando metodiche e paradigmi di riferimento, ma anche molto concreto, il tema, quanto mai attuale e cogente in questo momento storico, delle aggressioni e violenze a personale sanitario.

In un’ottica di collaborazione interistituzionale e di scambio di esperienze, è nata l’idea di fornire a giovani studenti di psicologia uno spazio di sperimentazione e di confronto, che li esponesse, almeno in maniera simulata, ad un ipotetico contesto reale in cui potevano venirsi a trovare. A seguito di una riflessione su questo punto, cioè su cosa potrebbero nel corso della loro attività sul campo trovarsi ad affrontare, viene identificato il tema estremamente rilevante della gestione di un agito aggressivo.

3. Il trattamento e l’intervento nei casi di urgenze/emergenze e degli agiti auto ed eteroaggressivi

Non è raro per gli operatori della salute e, ancor più della salute mentale (che sia un medico, psicologo, infermiere, operatore socio sanitario e della riabilitazione), trovarsi a dover affrontare aggressioni verbali e/o fisiche, con importanti risvolti anche sul piano del benessere psicologico e del controllo sociale (Manoukian Olivetti, 2008; Catanesi, Carabellese, & Grattagliano, 2009; Tattoli, Bosco, Grattagliano, & Di Vella, 2019). Si stima che la violenza riguardante questo settore costituisca quasi un quarto di tutte le violenze sul posto di lavoro. Le tipologie di aggressioni

sioni e violenze sono diverse: come delineato dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro - ILO (2003) può essere esterna, quindi tra utente e operatore ("*external workplace violence*"), oppure interna ovvero tra due operatori ("*internal workplace violence*" o "*worker on worker*"). Quest'ultima, tra operatori, è un problema rilevante e può persino essere più frequente di quella effettuata dall'utenza (Arnetz, Aranyos, Ager, & Upfal, 2011). Altresì, se si è frequentemente esposti ad eventi violenti questi possono iniziare ad essere percepiti come inevitabili (Magnavita, 2011, 2012) o parte del lavoro (Ramacciati, Ceccagnoli, & Addey, 2013). Può verificarsi, infatti, un aumento della soglia di tolleranza della violenza, che diventa un comportamento di routine e smette di essere percepita come un problema (Sicora, 2013; Dassisti et al, 2020 a; Dassisti et al 2020, b; Lorient, Dassisti, Grattagliano, 2020; Grattagliano et al, 2017; Catanesi et al, 2006).

Ricerche in ambito internazionale evidenziano l'esposizione del personale sanitario, ad essere oggetto di aggressioni verbali e fisiche ad opera dei pazienti e dei parenti degli stessi, con particolare riferimento ai medici ospedalieri (Tal Carmi Iluz, 2005) e personale infermieristico (Saines, 1999).

In Italia, Becattini, Bambi, Palazzi, e Lumini (2007) hanno effettuato uno studio su 15 strutture ospedaliere di 14 regioni italiane ed hanno riscontrato che il 90% degli infermieri intervistati dichiarano di essere stati aggrediti verbalmente; il 95% dichiara di aver assistito ad aggressioni rivolte verso i colleghi. Il 35% del campione ha subito violenza fisica ed il 31% ha avuto bisogno di cure mediche a causa di essa. La Croce Rossa Italiana in una indagine del 2019 ha certificato che si sono verificati tremila casi documentati. I dati raccolti da Anaa e Assomed con un sondaggio dal maggio 2018 al primo semestre del 2019 su un campione di 1.280 soggetti confermano l'allarme: oltre due medici su tre dichiarano di aver subito aggressioni fisiche o verbali.

Dall'analisi della letteratura sul tema emerge, tra gli altri fenomeni, la percezione da parte di tali operatori di una scarsa (se non addirittura inesistente) formazione sul tema della gestione di questi agiti da parte di soggetti in stato di agitazione o di alterazione psichica o semplicemente animati da desideri di ritorsione, vendetta, nevrosi da indennizzo, etc. etc.

In Europa, l'EU-OSHA afferma che nel 2010 il 15% dei lavoratori ha subito delle aggressioni e analizza l'entità del fenomeno nei diversi paesi. Per quanto concerne l'Italia, è stata effettuata un'indagine in un'Unità Sanitaria Locale italiana tra il 2005 e il 2011 (Magnavita, 2011) con cadenza biennale dalla quale è risultato che il 9% dei 1411 lavoratori aderenti all'indagine afferma di aver subito un'aggressione fisica nell'ultimo anno, il 19% molestie di vario tipo e il 3% stalking. In una ricerca effettuata all'interno di un ospedale pugliese (Guglielmi, 2014) il 90% dei partecipanti dichiara di aver subito aggressioni verbali e il 37% aggressioni fisiche. Le aggressioni fisiche subite da infermieri e medici sono state patite nel primo caso prevalentemente da uomini e nel secondo unicamente da uomini.

Un ulteriore rischio a cui sono prevalentemente esposti gli operatori sanitari è quello di essere vittime di stalking (Mullen, Pathé, & Purcell, 2000). I professionisti della salute sono esposti maggiormente a questo rischio a causa della natura della loro professione, la quale li espone a proiezioni dei pazienti e desideri di rivalsa (Merzagora & Travaini, 2015).

Esistono diverse motivazioni che spiegano come mai comportamenti di stalking siano rivolti principalmente verso questi operatori: innanzitutto il professionista può diventare nella mente del cliente una persona buona o cattiva, e sulla base di tali fantasie possono essere originati comportamenti di stalking allo scopo di attirare l'attenzione e non separarsi mai da lui o lei; oppure, il professionista, entrando a contatto con i bisogni più profondi del cliente, può diventare facilmente oggetto di proiezioni, affetti e fantasie al punto che la riconoscenza può diventare il desiderio di un legame affettivo del quale non si può fare a meno (Grattagliano et al, 2012; 2014). Gli psicologi, in quanto operatori per la salute, sono esposti a varie forme di intrusività da parte dei pazienti che includono stalking e molestie.

Una ricerca condotta da Gentile (2002) si è occupata di intervistare 747 membri della American Psychological Association e dei 294 rispondenti, il 10.2% riportato è stato vittima di episodi di stalking; è interessante notare come non siano emerse differenze significative tra gli psicologi vittimizzati e quelli non vittimizzati in termini di caratteristiche demografiche o professionali. Il questionario postale proposto dagli autori è stato inviato a un campione casuale di 1750 psicologi ed è stato richiesto loro di indicare se sono stati vittime di uno dei comportamenti descritti in precedenza e con quale frequenza. La maggior parte delle vittime sono donne e svolgono le seguenti professioni: psicologi clinici, psicologi educazionali e consulenti o psicologi della salute. Chi subisce episodi di stalking non rimane indifferente, ma risponde in diversi modi: aumenta la sicurezza sul proprio luogo di lavoro (50%); della propria abitazione (36%) o cambia il proprio numero di telefono (14%). La vulnerabilità degli psicologi alle intrusioni di stalking è legata anche alla tipologia di professione che essi svolgono, poiché prevede incontri solitari con persone spesso affette da disturbi mentali, le quali possono interpretare erroneamente il comportamento empatico del terapeuta come un interesse romantico. Subire dei comportamenti di stalking da un paziente è distruttivo sia dal punto di vista professionale che personale. Un elevato numero di psicologi che hanno subito stalking prendono seriamente in considerazione l'idea di abbandonare la professione. L'incontro sinergico tra formazione universitaria e pratica operativa ha sicuramente il notevole vantaggio di portare concretamente all'attenzione le situazioni fin qui descritte. A questo scopo, si è considerato utile fornire un contributo teorico-pratico proveniente da un Ufficiale Psicologo dell'Arma dei Carabinieri³, a seguito di un intervento formativo su base

3 Cap. psc. Angiola Di Conza.

esperienziale, svolto da due Ispettori con qualifica di Negoziatori di primo livello⁴.

La scelta di coinvolgere personale specializzato dell'Arma dei Carabinieri è derivata dalla volontà di fornire agli uditori diverse prospettive di intervento, tra cui la negoziazione operativa è sicuramente uno degli approcci più recenti e particolarmente efficaci. Essa è intesa come "metodo non conflittuale di gestione delle crisi" ed ha precisi criteri che ne definiscono l'attivazione e lo svolgimento. La negoziazione rappresenta un'importante evoluzione nelle strategie di intervento delle Forze di Polizia in situazioni perlopiù connesse con la consumazione di un reato, rese critiche dalla presenza attiva di individui che hanno commesso un reato e intendono sfuggire alle conseguenze o di soggetti "emotivamente instabili". Il fattore di crisi è pertanto rappresentato dal confronto con soggetti fortemente determinati al conseguimento di un proposito criminoso nel primo caso e dal particolare stato di stress emotivo e/o psichico nel secondo. In tale quadro, tra gli strumenti disponibili per la negoziazione, è possibile ricorrere alla persuasione, allo scopo di impedire comportamenti che potrebbero sfociare in condotte criminose o per evitare che eventuali crimini possano giungere a ulteriori conseguenze. Sia chiaro che l'utilizzo di questo strumento è solo un esempio della gestione possibile di un agito da parte di un soggetto che deve essere affrontato con le dovute cautele.

Sotto il profilo operativo, l'intervento del negoziatore di 1° livello risponde all'esigenza di avviare con tempestività i contatti con il soggetto in crisi (S.I.C., anche definito *offender*), al fine di accrescere le probabilità di una risoluzione pacifica della crisi, in attesa dell'eventuale successivo intervento in team del Nucleo Negoziatori del G.I.S. (negoziatore di 2° livello)⁵, qualora si presenti la necessità di fronteggiare una situazione di crisi complessa.

Il buon esito di un'attività di negoziazione dipende in larga misura dall'efficacia del processo di comunicazione e di interazione che il negoziatore avvia con l'*offender* al fine di instaurare un rapporto di empatia e di fiducia, nel cui ambito assume una rilevanza decisiva l'attitudine all'ascolto attivo da parte dello stesso negoziatore. Il ruolo della comunicazione e la capacità di persuasione giocano dunque un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'attività negoziale, perlopiù finalizzata a favorire l'attenuazione dell'alterazione emotiva del S.I.C. (c.d. "*defusing* emotivo"), consentendo una più adeguata gestione della situazione di crisi e una più accurata preparazione di un intervento mediante uso della forza, qualora esso si rendesse necessario.

4 Lgt. Michele De Palo e Mar. Ca. Angelo Torchiano

5 Il Nucleo Negoziatori del G.I.S., costituito nel 2003 sul modello di analoghe unità di polizie estere, svolge attività negoziale nell'ambito del reparto speciale, in *supporto ai Comandi territoriali* ovvero nell'ambito delle Forze Speciali, nonché una specifica attività addestrativa a favore di altri enti. Questi Interverranno in tutte le situazioni di crisi caratterizzate da particolare complessità (ad esempio per la presenza di più *offenders*) e/o da un elevato livello di pericolosità/violenza, nonché in tutte le situazioni che richiedono la messa in campo di capacità di negoziazione counter-terrorism.

In linea di massima, l'intervento del negoziatore di 1° livello può essere disposto in occasione dei sotto indicati

- tentativi di suicidio;
- barricamenti domestici da parte di soggetti in crisi o affetti da disturbi mentali;
- criminali asserragliatisi durante la commissione di un reato.

Un elemento cardine della negoziazione consiste nel mantenere distinti i compiti decisionali e la relativa responsabilità dall'attività di negoziazione per la gestione della crisi; questa regola viene sintetizzata dagli addetti al settore in un'unica espressione: "*negozia chi non decide*". L'obiettivo è quello di evitare che il negoziatore possa diventare ostaggio del soggetto in crisi e/o dell'autore di un reato, qualora questi dovesse avanzare delle richieste.

Da quanto fin qui descritto risulta evidente come il negoziatore di primo livello non operi mai da solo. Troverà sul posto l'Arma Territoriale che solitamente è la prima ad essere attivata e, quindi, la prima ad intervenire. A seconda della gravità dell'intervento, provvederà a cinturare la zona, richiedendo l'intervento di automediche e/o dei Vigili del Fuoco, prevenendo anche la possibilità di interrompere le utenze (luce, gas, ecc) e ricorrendo a tutte le tecniche e strategie a disposizione in base all'analisi accurata, benché rapida, della situazione in atto e delle informazioni note. Importante, altresì che il negoziatore gestisca l'intervento, se possibile, con altro militare negoziatore⁶. Indispensabile, inoltre, la presenza di una squadra specializzata, denominata Aliquota di Pronto Intervento (A.P.I.) o Squadra Operativa di Supporto (S.O.S)⁷, opportunamente equipaggiata per consentire, in sicurezza, azioni risolutive, nel caso in cui l'episodio lo richieda, operando sempre in sinergia con il Negoziatore.

4. L'intervento di Didattica Integrativa

In linea con le caratteristiche della didattica esperienziale (Reggio, 2011), l'intervento è stato articolato in due parti: una prima sezione applicativo/pratica, in cui il fenomeno dell'aggressività è stato portato sul campo e una seconda sessione teorica, in cui si sono concentrate riflessioni su quanto emerso dalla sessione pratica e concetti e nozioni teoriche relative alle tecniche di riconoscimento dei segnali di crisi e di riconoscimento e de-escalation di comportamenti aggressivi o violenti, mirate alla risoluzione dell'agito, quando ciò sia possibile, e volte soprattutto a riconoscere fattori e segnali di rischio, per evitare che le situazioni degenerino in aperta violenza (Greco, Curci & Grattagliano, 2009; Barbieri, Bandini & Verde, 2015;

6 Nell'ambito di ogni provincia, attualmente sono impiegati uno/due negoziatori;

7 Le Aliquote di Pronto Intervento (A.P.I.) sono inquadrate nell'Arma Territoriale, mentre le Squadre Operative di Supporto sono inquadrate nei Reggimenti.

Barbieri, 2017; Zara, 2019; Gino et al. 2019; Verde, 2019).

L'obiettivo della prima sessione era quello di attivare l'attenzione degli uditori rispetto ad un fenomeno che difficilmente si pensa possa riguardare se stessi e si percepisce quindi come un rischio lontano da sé, da gestire eventualmente all'occorrenza e non con una preparazione specifica. Inoltre, questa fase aveva l'obiettivo di creare un background comune a formatori e studenti di psicologia e dottorandi, così da poter avere uno spazio di riflessione e un dato esperienziale condiviso su cui costruire le basi di una più solida competenza teorica.

La seconda fase, poi, a completamento della prima, aveva lo scopo di aprire ad una maggiore consapevolezza anche teorica delle motivazioni che possono portare un individuo ad agire in maniera aggressiva o apertamente violenta, dei segnali fisici e comportamentali a cui prestare attenzione per anticipare il rischio di un acting di questo genere e, infine, delle tecniche di de-escalation dell'aggressività (Stevenson, 1991); (Spencer & Johnson, 2016); (Du et al., 2017); (Hallet, & Dickens 2017); (Spencer, Johnson, & Smith 2018)

5. Prima fase: simulazione

Cover Story

Per attivare l'attenzione dei presenti si è ritenuto necessario creare un contesto di simulazione di un possibile scenario reale. Applicando questa premessa agli studenti presenti, futuri psicologi, si è proceduto a creare una *cover story* che avesse una sua credibilità a livello di possibili esperienze reali: lo psicologo (uno degli studenti coinvolti), consulente del Tribunale per i Minorenni, che relaziona in merito ai deficit nelle competenze genitoriali del padre di un minore (uno dei negoziatori). La relazione del professionista contribuisce a produrre un provvedimento degli Uffici Giudiziari Minorili, finalizzato all'allontanamento del figlio dal genitore. L'altra studentessa interpretava la responsabile del Centro Consultoriale in cui si svolgevano i fatti e il secondo negoziatore rappresentava sé stesso, all'atto dell'intervento a seguito di attivazione da parte della Centrale Operativa, allertata dalla Responsabile del Centro.

Setting

La simulazione e la successiva fase riflessivo/teorica si sono svolte in un'aula spaziosa, con una porta antipanico situata su un lato e che è stata successivamente usata nel corso della simulazione (come di seguito descritto). Essa è stata appositamente attrezzata con un banchetto laterale, da utilizzare come scrivania dello psicologo, con un telefono e alcuni oggetti di cancelleria, tra cui un tagliere. Gli studenti all'esterno dell'aula e le guardie giurate in servizio presso la struttura erano state informate del fatto che si sarebbe svolta una simulazione che prevedeva possibili urla e rumori di colluttazione, di oggetti infranti, all'interno specificamente di quell'aula e dello spazio adiacente (se-

parato appunto dalla porta antipanico) in modo da evitare reazioni di preoccupazione o paura nell'utenza non coinvolta. Gli studenti presenti alla lezione, non erano informati di quanto sarebbe avvenuto, per "generare un effetto sorpresa". Era stato solo comunicato loro che la "tradizionale lezione frontale", sarebbe stata declinata in modo seminariale e un po' differente. È stata esplicitamente vietata la ripresa dell'azione con telefonini o altre apparecchiature di audiovideoregistrazione.

Azione

Il padre, da ora in poi Soggetto in Crisi, (S.I.C., termine utilizzato dai Negoziatori), entra già visibilmente agitato dalla porta principale dell'aula, cercando a gran voce il dott. Rossi, (il nome è chiaramente inventato), che trova alla sua scrivania, dal lato opposto dell'aula. Una volta individuato, comincia a porgli in rapida sequenza una serie di domande, con tono alterato e modalità talvolta confabulatorie, creando nello psicologo confusione e fornendo poca o nessuna informazione sul reale motivo del suo stato di risentimento misto a rabbia ed angoscia, conseguente al fatto di non poter più vedere il figlio.

Lo psicologo, al quale era stata data come unica istruzione, quella di comportarsi in maniera più possibile simile a come avrebbe reagito se l'evento fosse stato reale, riesce a non porsi in maniera aggressiva, oppositiva o peggior paritetica rispetto al suo interlocutore, che continua a gridare, alternando insulti e minacce, con la descrizione di uno stato pervasivo di rabbia, angoscia e senso di fallimento. Allertata dalle urla e dai rumori provenienti dallo "studio", la Responsabile del Centro Consultoriale si avvicina alla stanza dello psicologo, dopo aver chiamato il 112. Questo cambiamento improvviso della situazione, induce il S.I.C. ad innalzare i suoi livelli di reattività, danneggiare la scrivania dello psicologo, afferrare il tagliere e condurre lo psicologo dietro la porta antipanico per legarlo e poi minacciare di "fargli del male e in modo pesante e violento", se le sue richieste di immediato ricongiungimento con il figlio non fossero state esaudite. Da dietro la porta, inizia la mediazione della Responsabile del Centro, che mira a temporeggiare fino all'arrivo dei Carabinieri, riuscendo a mantenere in equilibrio la delicata situazione che sembrava precipitare in qualcosa di estremamente grave, visto il linguaggio colorito ed il comportamento particolarmente reattivo e violento del S.I.C.

All'arrivo del Lgt. De Palo, inizia il vero e proprio, graduale processo di negoziazione, che porta il S.I.C. a lasciare andare lo psicologo e seguire il militare in caserma.

Riflessioni

Al termine della simulazione, si percepiva nell'aula, con quasi 80 studenti, un clima ambivalente, in cui prevalevano da un lato sgomento, angoscia e preoccupazione e dall'altro attivazione. Possiamo affermare con soddisfazione che "l'effetto sorpresa, ha funzionato pienamente". Ai protagonisti della vicenda è stato richiesto di esprimere i pensieri e le emozioni sorte durante l'azione. È emerso principalmente che, pur essendo consapevoli che si trat-

tasse di una simulazione, avevano ugualmente vissuto il misto di reazioni emotive fatte di confusione, preoccupazione, ansia, in qualche caso angoscia e attivazione. Così come emergeva anche a livello cognitivo un'attivazione rapida alla ricerca mentale di una spiegazione (Chi è? Perché si rivolge a me? Cosa posso aver fatto? Ecc.) e di una soluzione immediata (Cosa posso dire o fare? Cosa è meglio non dire? Cosa farà adesso? Quanto durerà? Come tutelare me stesso e gli altri colleghi presenti nel Servizio, a cominciare dalla Dirigente?, etc.).

Agli studenti presenti, poi, è stato richiesto di condividere il loro vissuto "vicario", ovvero le sensazioni e i pensieri sperimentati mentre osservavano la scena, facendo leva sul fatto che, di solito, nel corso di queste modalità addestrative, chi non interviene nella scena, ma partecipa ad essa come osservatore, tende a sviluppare un'ideazione del tipo "io farei/direi... ecc."

I temi prevalenti che sono emersi riguardano la sostanziale percezione di non essere preparati ad affrontare agiti di questa natura, di non avere consapevolezza delle dinamiche intorno a cui essi si strutturano e la sensazione che l'imprevedibilità e scarsa conoscenza di questi fenomeni possa indurre, in situazione, ad un *impasse* emotivo e comportamentale. Da un intervento è emerso un ulteriore elemento degno di nota, ovvero la sensazione di poter gestire la situazione senza ricorrere al supporto delle Forze dell'Ordine. Questa considerazione non è trascurabile se letta in un'ottica formativa ed educativa, preparatoria di eventi reali. Ci si riferisce spesso, scherzando (ma forse non solo scherzando), al senso di onnipotenza che caratterizza alcune categorie di professionisti, tra cui gli psicologi che, conoscitori della psiche, tendono a ritenere di avere gli strumenti conoscitivi e comunicativi per affrontare le proprie e le altrui reazioni. Se è vero che questi strumenti sono nella disponibilità dell'operatore psicologo, è pur vero che ci sono situazioni la cui evoluzione è solo parzialmente prevedibile e che possono portare a richiedere l'intervento della forza. Sebbene essa dovrebbe rappresentare l'*extrema ratio*, la scelta finale, quando ogni altro tipo di intervento non ha funzionato, è necessario tener presente che l'intervento specializzato degli operatori di polizia o dei carabinieri si rende spesso necessario e non può essere richiesto in fase avanzata o terminale di una situazione come quella fin qui descritta, con rischio di gravi danni dovuti a situazioni non più reversibili. Bisogna, infatti, tener conto del fatto, che la situazione può evolvere in maniera molto rapida, che sono necessari tempi tecnici per raggiungere il luogo in cui il fatto si sta svolgendo, che la presenza delle forze di polizia o dei carabinieri può rappresentare un deterrente per il S.I.C., un elemento di sicurezza per le altre persone presenti, e uno strumento ineludibile dinanzi a comportamenti, reiterati nel tempo, di forte reattività, aggressività, crisi pantoclastiche, etc. Per questo motivo, operatori specializzati come i negoziatori di primo livello intervengono su attivazione a supporto dell'Arma territoriale, che ha sempre il primo contatto con la situazione e spesso si pone come fruttuoso intermediario nella relazione. Data la complessità e multifattorialità delle situazioni che possono verificarsi, la necessità di interventi ben

calibrati e l'importanza del fattore tempo, che se mal gestito rischia di inficiare l'esito dell'operazione, l'intervento non è mai individuale, ma richiede un'importante collaborazione tra militari sul posto, reparti territoriali, negoziatori di primo e secondo livello e reparti specializzati, in particolare le Aliquote di Pronto Intervento (A.P.I.) e il Gruppo di Intervento Speciale (G.I.S.).

6. Seconda fase: Intervento teorico

Alla fase di riflessione e condivisione hanno fatto seguito due interventi teorici: nel primo sono stati brevemente delineati i concetti chiave, le caratteristiche e il ruolo della negoziazione (precedentemente definiti); nel secondo, è stato affrontato il tema della violenza verso gli operatori della salute, della sua prevedibilità, della sua manifestazione, fornendo poi alcune indicazioni pratiche su come agire in circostanze di questo tipo. Per contestualizzare l'intervento teorico, ma anche per dare maggiore forza all'attualità del tema trattato, sono stati riportati i dati relativi alla violenza contro gli operatori sanitari, (cfr. paragrafo precedente) che in Italia si quantifica con una media di tre aggressioni al giorno, di natura fisica, verbale o bullismo e mobbing, prevalentemente in Pronto Soccorso, Strutture Psichiatriche, Unità operative di Degenza e Sale d'attesa⁸. Sono stati poi elencati i fattori di rischio relativi agli autori di violenza⁹. Un altro tema che è stato solo accennato, con la promessa e l'impegno di organizzare successivamente un seminario ad hoc, è quello relativo alla relazione tra violenza e disturbo psichiatrico: espressività fenomenologica, analisi, valutazione ed intervento.

L'attenzione è stata successivamente portata sulla prevedibilità dell'agito violento, partendo dalla considerazione che "persino in condizioni di grave disagio mentale, un'esplosione di violenza non nasce mai dal nulla, ma segue un ciclo che inizia e finisce con uno stato di calma relativa" (Picozzi, 2016). Solitamente, infatti, si osserva un crescendo che si articola in più fasi: uso di espressioni verbali aggressive, impiego di gesti violenti, minacce, spinte, contatto fisico, uso di armi. La conoscenza di tale progressione può consentire di comprendere quanto sta accadendo ed intervenire adeguatamente e tempestivamente per tentare di interrompere il corso degli eventi. Infatti, lo stesso Picozzi afferma che "una riflessione im-

8 Workplace violence in health sectors survey. Rapporto Italia. 2019

9 Cf. Procedura di prevenzione e contenimento degli atti di maltrattamento/aggressioni a danno degli operatori, a cura della Direzione Generale AOU Sassari (2019), che identifica le seguenti caratteristiche come fattori di rischio: maschio, di basso livello socio-economico, con precedenti di comportamenti violenti o criminali, stato mentale alterato per effetto di diverse condizioni (demenza, delirio, malattia psichica non controllata, uso di stupefacenti), presenza di disturbi psichiatrici noti (schizofrenia, psicosi maniacale, disturbi della personalità, ecc.), abuso di alcool o sostanze, coesistenza di disturbi psichiatrici e abuso di sostanze.

portante, davanti a una situazione di pericolo, è che tutti quanti, fragili o equilibrati, siamo motivati dalle stesse esigenze: il bisogno di sopravvivere, di appartenere, di sentirsi al sicuro, di esercitare un controllo sulla realtà.

Affrontare una persona colpita da forti emozioni o da un disturbo psichico non significa perciò fronteggiare la più assoluta incomprensibilità e imprevedibilità. Se vi concentrerete sulle loro motivazioni, invece che sui pensieri e i comportamenti, sarà più semplice comprenderli e affrontarli” (Picozzi, 2016, p. 91).

Si è passato poi a descrivere le caratteristiche e il comportamento di un soggetto in stato di agitazione: “il soggetto urla, esclama frasi sconnesse o rivendicative e insulti, è teso, irritabile, con fasi alternate di attivazione e recupero delle energie, attivazione motoria caotica e scoordinata, irrequietezza motoria, mimica eccessiva, espressione ostile o stravolta, reazioni spropositate agli stimoli. È incapace di controllare il proprio comportamento e teme le proprie manifestazioni comportamentali, teme le controreazioni dei presenti e prova vergogna e imbarazzo”. Da queste caratteristiche derivano le indicazioni comportamentali (Rampin & Anconelli, 2010; p. 103), (manuale in uso alle forze di polizia) sintetizzate in tab. 1.

NO	SÌ
Fissare il soggetto	Esplorare l'ambiente per verificare presenza armi o strumenti pericolosi
Porsi in posizione frontale (di sfida)	Porsi lateralmente
Voltargli le spalle, cercare di immobilizzare la persona, impedirgli di rompere oggetti (se ciò non comporta rischi)	Rimanere soli con il soggetto (se non c'è rischio di incolumità), occupando il minor spazio possibile
Gridare, essere ironici, sarcastici o paternalistici,	Parlare poco e piano, cercando di assecondarlo e rassicurarlo
Muoversi velocemente o nascondere le mani o avvicinarsi troppo o troppo rapidamente	Muoversi poco e lentamente, avvicinarsi mentre si parla, aspettare

Tabella 1. Azioni controindicate vs. indicate in caso di intervento con soggetti in stato di agitazione psicofisica

Ulteriori informazioni sono state fornite sugli indicatori comportamentali predittivi di un passaggio all'atto da parte del soggetto in stato di agitazione: pallore improvviso, fissità improvvisa dello sguardo, dilatazione improvvisa delle pupille, improvvisa e visibile accelerazione della frequenza cardiaca, sorrisi incongrui con la situazione e relative indicazioni su quali comportamenti sia consigliato e quali comportamenti sia sconsigliato adottare (Rampin & Anconelli, 2010; pp 139-140), schematizzati in tab. 2.

NO	SÌ
Volgere la schiena	Allontanare la causa dell'aggressività (spesso qualcosa che scatena paura)
Invadere lo spazio personale, fissare, ironizzare, scherzare	Cercare armi o strumenti pericolosi sul soggetto o nell'ambiente
Eeguire gesti improvvisi, rapidi o ambigui	Evitare posizioni di sfida e che precludano la fuga
Porre domande, gridare	Comunicare di essere «inoffensivo», «dalla sua parte», lasciar esprimere i motivi di rabbia e frustrazione
	Mostrarsi interessati, chiamare per nome, dando del lei e usando eventuale titolo, porsi in posizione di «inferiorità» per essere percepiti come non minacciosi

Tabella 2. Azioni controindicate vs. indicate in caso di intervento con soggetti che manifestino segnali prodromici all'agio aggressivo

In ultimo, è stato dedicato un passaggio all'intervento in caso di minaccia/tentativo di suicidio, con l'intenzione principalmente di sfatare due miti molto diffusi, sintetizzabili nelle affermazioni “chi lo dice non lo fa” e “sfidare la persona produce l'effetto di farla desistere”. Anche in questo caso, sono state individuate alcune indicazioni comportamentali da considerare più o meno efficaci (tab. 3).

NO	SÌ
Esprimere giudizi morali, giudicare, colpevolizzare, richiamare alle responsabilità	Mettere in sicurezza se stessi e gli altri, restare soli con la persona, comunicando reale interesse e volontà di prestare aiuto
Citare temi di senso comune (pensa a ciò che hai, pensa ai tuoi figli, sei ancora giovane, ecc.)	«Rallentamento psicologico del tempo» (sedersi, ascoltare, parlare lentamente, sottolineare che non si intende necessariamente impedire l'atto)
Umorismo e provocazioni	Fare sentire presenza e vicinanza, stabilire contatto empatico, ridurre il senso di disperazione e allontanare i pensieri che hanno indotto al suicidio

Tabella 3. Azioni controindicate vs. indicate in caso di minaccia/tentativo di suicidio

La seconda fase dell'intervento si è conclusa con un riepilogo schematico delle indicazioni su come affrontare concretamente una situazione a rischio di evoluzione negativa, ovvero in cui potrebbe verificarsi un agito aggressivo o violento da parte di un soggetto in stato di agitazione:

- Rispettare lo spazio personale del soggetto, evitare di toccarlo;

- Tenere le mani libere, il peso del corpo bilanciato e mantenere distanza fisica di sicurezza;
- Lasciare sempre una via di fuga;
- Evitare di porsi frontalmente, in posizione di sfida;
- Non voltargli le spalle;
- Presentarsi in modo calmo e controllato;
- Non mostrarsi troppo amichevoli;
- Non fare troppe domande, non incalzare, per non sembrare inquisitori;
- Non proporre troppe alternative o soluzioni che possano superare la capacità di comprensione del soggetto e spingerlo ad agire; usare un linguaggio semplice, frasi chiare e concise;
- Non sminuire il suo vissuto emotivo;
- Non mentire e non fare promesse che non si possono mantenere o minacce cui poi non si può dar seguito.

Le indicazioni fin qui fornite non vanno intese come definitive, né possono essere interpretate come *tout court* sostitutive di un intervento specializzato. In altri termini, non hanno la pretesa di fornire competenze sovrapponibili a quelle degli operatori delle Forze dell'Ordine. Al contrario, mirano a creare meccanismi di funzionamento complementari, che quantomeno consentano a coloro che possono venire a trovarsi in situazioni come quelle descritte di gestire lo stato di emergenza in attesa di una risposta più strutturata da parte degli organi competenti.

Considerazioni conclusive

In conclusione è di tutta evidenza che l'ambito criminologico stia acquisendo sempre più un ruolo di "basamento metodologico e contenutistico" della parte Forense di molte discipline, rappresentando l'indispensabile e necessaria premessa per insegnamenti più specialistici, nell'ambito della formazione delle "professioni di aiuto" (medicina, psicologia, infermieristica, ambito rieducativo e riabilitativo, di assistenza e supporto socio-sanitario ed assistenziale), ma anche di quelle che si occupano di formazione ed educazione (docenti di ogni ordine e grado, esperti in progettazione formativa nella scuola e nell'extrascuola), oltre al tradizionale ambito forense (Giurisprudenza, Forze dell'Ordine, Militari, ecc.).

L'alto gradimento tra gli studenti del seminario svolto presso l'Università di Bari e qui descritto nelle sue componenti salienti, conferma ampiamente quanto surripotato. Il seminario aveva, così come il presente contributo, l'obiettivo di fornire uno spunto di riflessione sul tema della gestione dell'aggressività e della violenza, nello specifico riferiti a futuri psicologi. Naturalmente, la trattazione non ha caratteri di definitività o di completezza. Essa, appunto, rappresenta una prima occasione per iniziare a riflettere sulle carenze del sistema formativo in specifici ambiti di applicazione, stante la peculiarità di questi ambiti (vedi l'intervento degli psicologi in ambito forense, criminologico, dei servizi territoriali o anche ospedaliero). Essa rappresenta anche una sperimentazione dal punto di vista della collaborazione sul tema di più istituzioni: da un

lato, l'università, che il suo bagaglio formativo e le sue competenze nel settore dell'analisi e dello studio dei comportamenti umani e delle relazioni tra individui, dall'altro le forze di polizia come portatrici di una competenza specifica sulle caratteristiche degli interventi e delle modalità di gestione di situazioni di emergenza a connotazione fortemente operativa. L'evoluzione delle discipline criminologiche richiede, in maniera ormai improrogabile, un approccio di natura multidisciplinare. Se la complessità degli approcci e delle conoscenze scientifiche è, almeno in parte, specchio della complessità socio-culturale in cui essi evolvono, la criminologia, come disciplina che studia comportamenti e relazioni estremamente complesse, non può prescindere dall'incontro tra saperi, che si incontrano e si strutturano nei contesti storicamente deputati alla formazione. La collaborazione, ricca e fruttuosa, tra il Dipartimento universitario e l'Arma dei Carabinieri dimostra empiricamente ed innegabilmente la necessità di rinforzare e formalizzare i rapporti di reciprocità tra questi Enti, che con mandati diversi, si trovano a confrontarsi con fenomeni simili e con approcci complementari, che declinati in ottica multidisciplinare, si arricchiscono reciprocamente di contenuti, riflessioni e buone prassi.

Riferimenti bibliografici

- Arnetz, J., Aranyos, D., Ager, J., & Upfal, M.J. (2011). Worker-on-worker Violence among Hospital Employees. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 17(4), 328-335.
- Barbieri, C. (2013). Dal fatto all'uomo: la comprensione di senso nella metodologia valutativa dell'imputabilità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 8-24.
- Barbieri, C., Bandini, T., & Verde A. (2015). "Non si sa come", ovvero il passaggio all'atto come corto circuito della narrazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 259-268.
- Barbieri, C. (2015). Vissuti di reato e stato di coscienza: esercizi di narratologia criminologica con Maupassant. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 21-28.
- Barbieri, C. (2017). Una verosimile chiave di lettura del c.d. reato d'impeto: la causalità come gnommero. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 96-103.
- Beccatini, G., Bambi, S., Palazzi, F. & Lumini, E. (2007). *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. Aniasi: Coop Rimini.
- Canter, D. (1997). Offender Profiling. *Psychologist Journal*, 2 (1), 12-16.
- Canter, D., & Alison, L.J. (1999). *Profiling in policy and practice*. Ashgate Publishing Group.
- Canter, D., & Larkin, P. (1993). The Environmental Range of Serial Rapist. *Journal of Environmental Psychology*, 13, 63-69.
- Catanesi, R., Soleo, L., Amerio, L., Basso, A., Troccoli, G., Castaldo, V., & Grattagliano, I. (2006). Clinical observation of a distinctive mobbing case. *Italian Journal of sychopathology*, 12(4), 398-406.
- Catanesi, R., Carabellese, F., & Grattagliano, I. (2009). "Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica". *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 64-74.
- Ceretti, A., & Natali L. (2009). *Cosmologie Violente, Percorsi di vite criminali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dassisti, L., Loriol, M., Mininni, G., Tafuri, S., Bianchi, F.P.,

- Loconsole, P., & Grattagliano, I. (2020). *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 42(3), 160-173.
- Dassisti, L., Stufano, A., Lovreglio, P., Vimercati, L., Loconsole, P., & Grattagliano, I. (2020). Women and men, authors and victims of workplace bullying in Italy: a literature review. *La Medicina del lavoro*, 111(6), 463-477.
- Direzione Generale AOU Sassari (2019). *Procedura di prevenzione e contenimento degli atti di maltrattamento/aggressioni a danno degli operatori*.
- EU-OSHA, E. A. (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture*.
- Fornari, U. (2018). *Trattato di Psichiatria Forense*. Torino: Utet.
- Francia, A., & Verde, A. (2015). Il reo narra il suo delitto: idee per una criminologia narrativa aperta alla complessità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 116-126.
- Gentile, A. H. (2002). *The stalking of psychology by their clients*. Peppidine University.
- Gino, S., Freilone, F., Biondi, E., Ceccarelli D., Veggi, S., & Zara, G. (2019). Dall'intimate partner violence al femminicidio. Relazioni che uccidono. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 131-148.
- Grattagliano, I., Cassibba, R., Greco R., Laudisa, A., Torres, A., & Mastromarino, A. (2012). Stalking: un vecchio comportamento e un nuovo reato. Riflessioni su undici casi accertati nel Distretto Giudiziario di Bari. *Rivista di Psichiatria*, 47, 1, 65-72.
- Grattagliano, I., Amoruso, A., Scandamarro, G., Pierri, G., Pastore, A., & Margari, F. (2014). Stalking nei confronti di operatori di contesti socio-sanitari: risultati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia. *Rivista di Psichiatria*, 49(6), 273-278.
- Grattagliano, I., Ostuni, A., Marrone, M., Cassano, A., Tafuri, S., De Soccio, P., ..., & Catanesi, R. (2017). If a mistake or do something wrong, it will do in triplicate ... investigation about cases of reports for mobbing at inail office from Apulia region in the years 2010-2014. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario*, 39(1), 189-208.
- Greco, O. (2008). Nuove Prospettive per l'insegnamento della Criminologia. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 433.
- Greco, R., Curci A., & Grattagliano, I., (2009). Juvenile criminality: General Strain Theory and the reactive-proactive aggression trait. *Rivista di Psichiatria*, 44 (5), 320-327.
- Guglielmi. (2014). Atti di violenza a danno degli operatori sanitari: indagine in una realtà ospedaliera pugliese. *TuttoSanità Puglia*, 156, 19-24.
- Hallet, N., & Dickens, G.L., (2017) De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud*, Oct, 75, 10-20.
- ILO. (2003). *Sectorial Activities Program. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. Geneva.
- Loriol, M., Dassisti, L., & Grattagliano, I. (2020). Harassment at work in France and Italy first hypothesis for an international comparison. *Aggression and Violent Behavior Aggression and Violent Behavior*, 53(2), 101427.
- Magnavita et al. (2011). Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ERGON*, 33, 3, Suppl, 274-277.
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 2, 12, 108.
- Manoukian Olivetti, F. (2008). La domanda di sicurezza può non investire i servizi? Tracce per una discussione pubblica. *Animazione Sociale* (vol. 5, pp. 21-28). Torino: Gruppo Abele.
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yenug, W.L., & Jayaram, M.B., Xia. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017 Apr 3;4(4):CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2.
- Marvelli, E., Grattagliano, I., Avventaggiato, L., & Gagliano-Candela, R. (2013). Substance use and victimization in violent assault. *La clinica terapeutica*, 164(3), 239-244, ISSN: 0009-9074.
- Merzagora, I., & Travaini, G. (2015). *Il mestiere del criminologo. Il colloquio e la perizia*. Milano: FrancoAngeli.
- Mullen, P.E., Pathé, M., & Purcell, R. (2000). *Stalkers and their victims*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Picozzi, M. (2016). *Profiler. Hai capito chi sono?* Milano: Sperling e Kupfer.
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B. (2013). Violenza verso gli infermieri in area triage. *Scenario*, 30 (4), 4-10.
- Rampin, M. & Anconelli, L. (2010). *Gestire la crisi. Tecniche psicologiche e comunicative in emergenza*. Milano: La Libreria Militare.
- Reggio, P. (2011). *Il quarto sapere. Guida all'apprendimento esperienziale*. Roma: Carocci.
- Saines, J. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs*, 7, 8-12.
- Sicora, A. (2013). *La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari*. Carocci Faber.
- Spencer S, & Johnson P. (2016). De-escalation techniques for managing aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 1, 1-12.
- Spencer, S., Johnson, P., & Smith, I.C. (2018). De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews Jul 18;7(7):CD012034*. doi: 10.1002/14651858.CD012034.pub2.
- Stevenson, S. (1991). Heading Off Violence With Verbal De-Escalation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(9), 6-9.
- Tattoli, L., Bosco, C., Grattagliano, I., & Di Vella, G. (2019). The risk of assault against mental health professionals: a fatal case report and literature review. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 15, 276-280.
- Verde, A., (2019). Una criminologia troppo umana non deve dimenticare i cattivi. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 231-239.
- Zara, G. (2019). La realtà criminogena nello sviluppo di una carriera delinquenziale e violenta giovanile. Uno studio esplorativo. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 49-64.

Ringraziamenti: Il presente contributo origina dalla collaborazione tra il Dipartimento di Scienze della Formazione Psicologia e Comunicazione della Università degli Studi di Bari, Aldo Moro, La Società Italiana di Criminologia e l'Arma dei Carabinieri, che ha fornito la propria partecipazione, mettendo a disposizione il proprio personale. Si ringraziano, in particolare, i Generali comandanti dei Comandi Legione Carabinieri Campania, Gen. D. Maurizio Stefanizzi e Puglia, Gen. B. Alfonso Manzo, per aver sostenuto l'iniziativa.