



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE CLINICHE

INDIRIZZO Fisiopatologia Clinica e dell'invecchiamento e Scienze Infermieristiche

CICLO XXXI

COORDINATORE: Prof. Marco Matucci Cerinic

Approccio globale alla violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso

Settore Scientifico Disciplinare *MED/45*

Dottorando Tutore

Dott. *Nicola Ramacciati*

Prof.ssa *Laura Rasero*

Coordinatore

Prof. *Marco Matucci Cerinic*

Anni 2015/2018

INDICE

Presentazione	10
1. Introduzione.....	16
1.1 Da un problema operativo alla ricerca sul campo.....	16
1.2 Verso un modello concettuale della violenza in Pronto Soccorso	20
1.2.1 Premessa.....	20
1.2.2 Il costrutto dell'Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso	21
1.3 Il disegno di ricerca sull'Approccio globale alla violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso	25
1.3.1 Background	25
1.3.2 Domanda di ricerca	27
1.3.3 Obiettivi.....	27
2. Interventi per ridurre il rischio di violenza verso lo staff sanitario di Pronto Soccorso: approcci attuali	29
2.1 Background	29
2.2 Metodologia.....	34
2.3 Risultati	35
2.4 Discussione	36
2.4.1 Guiding Principles for mitigating workplace violence.....	39
2.4.2 Scenario-based training methods	41
2.4.3 Rapid training program	42
2.4.4 Interventi educativi misti	43
2.4.5 Rapid response teams.....	44
2.4.6 Approccio globale	45
2.4.7 Interventi di Ricerca-Azione.....	47
2.5 Conclusioni.....	49
3. Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: teorie e modelli concettuali.....	50
3.1 Background	50
3.2 Metodologia.....	51
3.3 Risultati	52
3.3.1 Poyner and Warne's model of workplace violence	56
3.3.2 Ecological occupational health model of workplace assault	56

3.3.3 Broken Windows theory	57
3.3.4 Culture care theory	57
3.3.5 STAMP framework	58
3.3.6 Routine activity theory.....	59
3.3.7 The concept of workplace violence against registered nurses.....	59
3.3.8 The Situational crime prevention theory	59
3.3.9 Framework of cultural aspects of violence in the ED	61
3.3.10 Interactive model of workplace violence.....	61
3.3.11 La matrice di Haddon	62
3.3.12 Il Modello socio-ecologico	63
3.3.13 La teoria della lotta per il riconoscimento (Honneth's theory of struggle for recognition).....	64
3.3.14 Teorie biologiche: condizioni biologiche, alterazioni neurologiche, alterazioni biochimiche.....	64
3.3.15 Quadri psicologici: il modello psicoanalitico di Freud, le teorie della personalità e l'ipotesi dell'aggressione della frustrazione.....	65
3.3.16 Teorie degli stimoli ambientali: The negative affect escape model, e l'Excitation-transfer theory.....	65
3.3.17 Teoria della scelta razionale.....	66
3.3.18 Teoria etnologica	66
3.4 Discussione	66
3.4. Conclusione.....	71
4. Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso	72
4.1 Background	72
4.2 Studio di validazione del Questionario QuIN16VIPs.....	74
4.2.1 Background	74
4.2.2 Metodologia.....	75
4.2.3 Risultati	78
4.2.3 Discussione.....	80
4.2.3 Conclusioni.....	81
4.3 L'Indagine Nazionale 2016 sulla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: analisi qualitativa.....	83
4.3.1 Background	83
4.3.2 Obiettivo	84
4.3.3 Metodologia.....	84
4.3.3.1 Definizioni	84

4.3.3.2 Raccolta dati.....	85
4.3.3.3 Metodologia per l'analisi dei dati e il rapporto finale.....	85
4.3.3.4 Gruppo di ricerca	85
4.3.3.5 Reclutamento e caratteristiche del campione.....	86
4.3.3.6 Analisi tematica.....	87
4.3.3.7 Considerazioni etiche	88
4.3.4 Risultati	88
4.3.4.1 La percezione degli infermieri della Violenza sul posto di lavoro nel dipartimento di emergenza	91
4.3.4.1.1 Parte del lavoro.....	91
4.3.4.1.2 Poco studiato	91
4.3.4.1.3 Sotto-segnalazione.....	91
4.3.4.2 Fattori precipitanti	92
Fattori precipitanti dell'infermiere	92
4.3.4.2.1 Debole capacità di comunicazione	92
4.3.4.2.2 Accessi in PS per condizioni non urgenti.....	92
Fattori precipitanti correlati al paziente	92
4.3.4.2.3 L'immagine "Mediatica" dell'infermiere.....	92
4.3.4.2.4 L'immagine "sociale" dell'infermiera	93
4.3.4.2.5 Bersagli degli utenti	93
4.3.4.2.6 Maleducazione.....	93
4.3.4.2.7 Determinanti culturali e sociali.....	94
Fattori organizzativi	94
4.3.4.2.9 Sottovalutazione del fenomeno.....	94
4.3.4.2.11 Nessuna protezione	95
4.3.4.3 Conseguenze	96
4.3.4.3.1 Solitudine	96
4.3.4.3.2 Vittimizzazione secondaria	96
4.3.4.3.3 Burnout	96
4.3.4.3.4 In guerra.....	97
Conseguenze sul paziente.....	97
4.3.4.3.5 Influenza la sicurezza del paziente.....	97
Conseguenze sull'organizzazione.....	97
4.3.4.3.6 Costantemente in pericolo	97
4.3.4.4 Soluzioni.....	98
4.3.4.4.1 Soluzioni per infermiere.....	98
4.3.4.4.1.1 Più formazione	98

4.3.4.4.2 Soluzioni per il paziente	98
4.3.4.4.2.1 Risonanza mediatica del lavoro nel pronto soccorso	98
4.3.4.4.2.2 Informazioni e campagne educative.....	99
4.3.4.4.3 Soluzioni organizzative.....	99
4.3.4.4.3.1 Più protezione	99
4.3.4.4.3.2 Più personale	99
4.3.4.4.3.3 Consapevolezza del problema	99
4.3.4.4.4 Soluzioni ambientali.....	99
4.3.4.4.4.1 Ambienti adatti	99
4.3.5 Discussione.....	100
4.3.5.1 Percezione degli infermieri di Violenza sul posto di lavoro nel dipartimento di emergenza	100
4.3.5.2 Fattori precipitanti	101
4.3.5.3 Conseguenze e soluzioni.....	102
4.3.6 Conclusioni.....	103
4.4 L'Indagine Nazionale 2016 sulla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: analisi quantitativa	104
4.4.1 Background	104
4.4.2 Obiettivo	105
4.4.3 Metodologia.....	105
4.4.3.1 Disegno di studio.....	105
4.4.3.1.1 Software e data repository	105
4.4.3.1.2 Standard per la presentazione dei risultati.....	106
4.4.3.2 Raccolta dati.....	106
4.4.3.3 Dimensionamento del campione.....	106
4.4.3.4 I partecipanti.....	106
4.4.3.5 Variabili	110
4.4.3.6 Strumento di indagine	110
4.4.3.7 Analisi statistica.....	110
4.4.4 Risultati	111
4.4.4.1 Caratteristiche dei rispondenti	111
4.4.4.2 La frequenza della violenza di Tipo II	113
4.4.4.3 Caratteristiche della violenza di Tipo 2	114
4.4.4.4 Perpetratori e cause scatenanti.....	116
4.4.4.5 Sistemi di segnalazione	117
4.4.4.6 Fattori associati alla violenza di Tipo 2	117

4.4.4.7 Effetti della violenza sugli infermieri di emergenza.....	122
4.4.3 Discussione.....	124
4.4.4 Conclusioni.....	129
4.4.4.1 Limiti dello studio.....	129
4.4 Conclusioni finali.....	130
5. Studio “User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicentre study”.....	132
5.1 Background e rationale	132
5.2 Metodologia.....	137
5.2.1 Disegno dello studio.....	137
5.2.2 Popolazione in studio.....	140
5.2.3 Esiti dello Studio.....	141
5.2.4 Variabili	141
5.2.5 Bias.....	142
5.2.6 Dimensione del campione	143
5.2.7 Procedura di arruolamento.....	143
5.2.8 Procedura di follow-up	144
5.2.9 Gestione dei dati.....	144
5.2.9.1 Architettura del sistema	144
5.2.9.2 Server +Repository.....	145
5.2.9.3 Amministratore di Sistema e WebApp	146
5.2.9.4 Personale PS e MobileApp.....	147
5.2.9.5 Gestione dei dati.....	148
5.2.9.6 Conservazione dei dati.....	148
5.2.10 Piano Statistico.....	148
5.2.11 Aspetti amministrativi.....	149
5.2.12 Considerazioni Etiche.....	149
5.2.13 Patrocini	149
5.3 Risultati preliminari.....	150
5.3.1 Caratteristiche dei partecipanti allo studio	150
5.3.2 Esposizione alla violenza, eventuali segnalazioni, e percezione dell’andamento del fenomeno al tempo T ₀ (Questionario Breve).....	151
5.3.3 Le segnalazioni pervenute al sistema PSaggress alla data del 11/10/2018	153
5.4 Discussione	160

5.5 Considerazioni a margine	164
6. GAVEN Score – Global Approach to violence towards emergency nurse: ipotesi di sviluppo	167
6.1 Background	167
6.2. Il modello GAVEN.....	168
6.3 GAVENscore: ipotesi di sviluppo (esempio)	169
Bibliografia	177
Indice delle Tabelle	210
Indice delle figure	213
Allegati	216
Allegato 1 Questionario QuIN16VIPs 1.0 (versione in italiano).....	216
Allegato 2 Questionnaire QuIN16VIPs 1.0 (English translation).....	231
Allegato 3 Lettera presentazione studio e modulo di consenso informato.....	245
.....	246
Allegato 4: Patrocini dello Studio “User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study”	247

Abbreviazioni e acronimi

AONE - American Organization of Nurse Executives

CINAHL – Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CNIT - National Interuniversity Consortium for Telecommunications

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DEA – Dipartimento Emergenza e Accettazione

DS - Deviazione Standard

DUI - Diploma Universitario di Infermiere

DUSI - Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche

ED - Emergency Department

ENA Emergency Nurses Association

FAD – Formazione a distanza

FNOPI - Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche

FNC IPASVI- Federazione Nazionale Collegi IPASVI

GFT – Gruppo Formazione Triage

ICN – International Council of Nurses

IENR - Institute for Emergency Nursing Research

ILISI - Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche

IPASVI – Infermieri Professionali, Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d’Infanzia

LCT - long-term care

max - massimo

M_1 - Media aritmetica

MeSH - Medical Subject Headings

MICC - Media Integration and Communication Center

MICE - Multivariate Imputation by Chained Equations

min - minimo

NA – Not Available

n.d.a. – nota dell’autore

NIOHS - National Institute of Occupational Safety and Health

OAEM – Open Access Emergency Medicine

PICO – Problem, Intervention, Comparison, Outcome

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PS - Pronto Soccorso

Pz – Paziente

ref - riferimento

SD- Standard Deviation

SIMES - Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità

SIMEU – Società Italiana Medicina di Emergenza Urgenza

STAMP- Staring and eye contact, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, Pacing

STAMPEDAR - Staring and eye contact, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, Pacing Emotions, Disease processes, Assertive, Resources

VAT - Violence Assessment Tool

WPV - Workplace Violence

PRESENTAZIONE

Questa dissertazione è strutturata in sei capitoli, oltre l'indice, tabelle e figure, bibliografia e allegati. Nel primo capitolo introduttivo sono presentati i presupposti clinici e organizzativi che hanno indotto il Candidato ad intraprendere un cammino di ricerca sul fenomeno della violenza nel settore sanitario, in particolar modo quella perpetrata da utenti o accompagnatori nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso. Questa è una particolare forma di violenza sul lavoro, detta anche in inglese *Client-on-Worker Violence* e classificata dall'*University of Iowa Injury Prevention Research Center* (UIIPRC, 2001) come Violenza di Tipo 2. La Violenza di Tipo 2, deve essere distinta da altre forme di violenza possibili, come quella di primo tipo, ossia la violenza sul luogo di lavoro dovuta a condotte criminali (*Criminal Intent*), dove il perpetratore non ha legami legittimi con l'azienda o con i suoi dipendenti e commette di solito la violenza in concomitanza di un crimine (furto, taccheggio, scippo). La violenza di Tipo 3 si manifesta tra colleghi (in inglese *Worker-on-Worker*) ed è comunemente indicata come violenza laterale o orizzontale ed include i fenomeni del bullismo, del mobbing e delle interazioni negative. In Italia proprio in seno all'Ateneo di Firenze dal Dottore di Ricerca Stefano Bambi (Bambi, et al., 2016; 2017; 2018) sotto il tutorato della Prof.ssa Laura Rasero sono stati condotti importanti studi nel contesto infermieristico di area critica. In ultimo è importante citare la Violenza di tipo 4, in cui l'attuatore ha una relazione personale con l'infermiere al di fuori del lavoro (*Personal Relationship*) e questo può comportare la possibilità che la violenza venga esercitata nell'ambiente di lavoro del partner, non solo nei suoi confronti, ma anche a carico di altri lavoratori o dei pazienti.

Nel *capitolo 1* vengono presentati e discussi sinteticamente: i risultati dei lavori di ricerca che il Candidato ha condotto e pubblicato prima di intraprendere il XXXI ciclo di studi dottorali e che hanno ispirato e informato il disegno di ricerca approvato per il suo dottorato, il costruito *in nuce* formulato per spiegare il fenomeno oggetto di studio e denominato *GAVEN Global Approach to Violence towards Emergency Nurses*. Infine, nel capitolo viene riportato il disegno di ricerca: "*Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso*". Nel *capitolo 2* sono presentati i risultati di una revisione narrativa della letteratura miranti ad individuare gli interventi di gestione della violenza risultati

più innovativi ed efficaci. La revisione di letteratura si è resa necessaria per delineare la migliore strategia di approccio alla violenza di tipo 2 in Pronto Soccorso. Un'esigenza, questa, estremamente sentita e rilevante per i professionisti sanitari che lavorano in questo particolare setting assistenziale. A dimostrazione del grande interesse sullo specifico argomento la rivista medico-scientifica neozelandese *Open Access Emergency Medicine*, ha invitato il Candidato a presentare un lavoro intitolato: "*Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches*". (Ramacciati, et al., 2016a).

I risultati di questa revisione dimostrano la presenza di studi ancora deboli dal punto di vista delle prove di efficacia e supportano l'impianto generale ipotizzato nel disegno di ricerca del candidato. I risultati e le conclusioni finali di questo articolo sono stati ad oggi richiamati e citati in diverse pubblicazioni (Bagaglia & Polcri, 2017; Choi & Lee, 2017; Kirkegaard, et al., 2018; Krull, et al., 2018; Maguire, et al., 2018; Rafeea, et al., 2017; Sharma, et al., 2018; Spelten, et al., 2017).

Nel *capitolo 3* vengono riportati i risultati di una revisione narrativa di letteratura che ha avuto come oggetto le teorie e i framework concettuali sino ad oggi elaborati per spiegare il fenomeno della violenza nel settore sanitario ed in particolare nello specifico contesto del Pronto Soccorso.

Nella revisione strutturata della letteratura internazionale condotta nei database PubMed, ProQuest, Scopus e CINAHL, sono stati analizzati 15 articoli scientifici ed individuati 24 modelli teorici e quadri concettuali utilizzati per descrivere, spiegare e analizzare il fenomeno della violenza nei Dipartimenti di Emergenza. Per ogni modello è stata fornita una breve descrizione e l'eventuale verifica sul campo delle ipotesi teoriche. La revisione narrativa è stata pubblicata il 18 settembre 2017 in early view nella rivista *International Emergency Nursing* (Ramacciati, et al., 2018b) ed è citata ad oggi in una monografia a cura di (Mitchell, et al., 2018) e in un articolo di Beattie et al., (2018) pubblicato nel *Journal of Clinical Nursing*.

Il *capitolo 4* riporta i risultati dell'*Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso*. In Italia dal 2007 (Beccatini, et al.) non era stata più condotta un'indagine nazionale.

Lo scopo della nostra indagine è stato duplice, da un lato, misurare e descrivere la dimensione della violenza nella realtà nazionale, dall'altro, analizzare i fattori che influenzano il problema della violenza verso gli infermieri nello specifico contesto dei Pronto Soccorso italiani. Per poter raggiungere questo obiettivo, è stato costruito un apposito strumento di rilevazione: il "Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso" denominato QuIN16VIPs. Questo questionario è stato sottoposto a studio di validazione di contenuto e di faccia oltre che utilizzato in uno studio pilota che ne ha valutato la fruibilità, misurazione del tempo di compilazione e stabilità.

Lo studio di validazione del QuIN16VIPs è stato oggetto di pubblicazione nella rivista infermieristica *Scenario* (Ramacciati, et al., 2016d).

Il capitolo prosegue proponendo i risultati dello studio di triangolazione (quali/quantitativo) sui dati raccolti tramite la survey nazionale, condotta dal 19 Luglio 2016 al 19 marzo 2017. La survey strutturata on line è stata pubblicata sul sito ufficiale dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (Aniarti) società scientifica infermieristica patrocinante lo studio.

Il Candidato nel ruolo di *Principal Investigator* ha contattato tutti i 668 servizi di Pronto Soccorso attivi in Italia al momento dell'indagine, secondo la lista fornita dal Ministero della Salute tramite il sito ufficiale ministeriale, registrando al contempo la numerosità della popolazione infermieristica per ciascun servizio (ammontante in Italia nel periodo di indagine a 15.816 unità). Questo ha consentito di poter raggiungere la più ampia platea possibile di infermieri di emergenza e di coprire l'intero territorio nazionale. Il disegno di ricerca dell'Indagine prevedeva di raggiungere la rappresentatività campionaria (superamento della soglia del 5% degli infermieri presenti in ogni regione) in almeno il 95% del territorio italiano (19 regioni su 20), ma anche di effettuare l'analisi della potenza del campione (*power analysis*) e calcolarne la dimensione adeguata (pari a 826 unità) con un intervallo di confidenza del 95% e un margine di errore piccolo (massimo 2%) in base ai dati sull'incidenza del fenomeno stimati da Becattini e colleghi nel loro studio del 2007 (Becattini, et al., 2007).

I rispondenti complessivi sono stati 1.100 con superamento della soglia del 5% in tutte le regioni italiane ad esclusione della Campania (1,9%).

L'analisi qualitativa della domanda aperta posta al termine del questionario ha evidenziato nelle risposte dei 245 rispondenti la presenza di 4 temi maggiori e 28 temi minori. Tutte le tematiche/essenze emerse sono state discusse secondo i 4 domini del nostro framework di riferimento (il costrutto "GAVEN"). Lo studio qualitativo dei dati provenienti dall'Indagine Nazionale è stato pubblicato sull'*International Journal of Nursing Studies* (Ramacciati, et al., 2018c), mentre quello quantitativo, derivato dall'analisi sia di tipo descrittivo-correlazionale (prevalentemente analisi delle frequenze e Test del χ^2) che inferenziale (analisi della regressione multipla multinomiale) sono in corso di pubblicazione sulla rivista internazionale *Journal of Nursing Management*. Il report finale dei risultati dell'intera indagine sarà diffuso anche tramite la rivista ufficiale dell'Associazione Infermieri di Area Critica Aniarti, *Scenario*.

Il capitolo 5 è dedicato alla descrizione dello studio multicentrico "*User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicentre study*" attualmente in fase di svolgimento. Questo filone di ricerca applicata è stato supportato precedentemente da uno studio analogo monocentrico atto a favorire la segnalazione degli episodi di violenza che è stato condotto dal Candidato durante il primo anno del dottorato presso l'ospedale Santa Maria della Misericordia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Lo studio osservazionale monocentrico basato su un'applicazione per smartphone sperimentale e *handmade* è stato presentato a Dublino nell'ottobre del 2016 in occasione della 5th International Conference on Violence in the Health Sector (Ramacciati, et al., 2016c). Confortati dai brillanti risultati ottenuti, nel gennaio 2017 è stato dato l'avvio allo sviluppo di un'applicazione per smartphone (scaricabile da Play Store e Apple Store) in collaborazione con il Dott. Roberto Caldelli, ricercatore presso il MICC - Media Integration and Communication Center e il CNIT - National Interuniversity Consortium for Telecommunications (Dipartimento di Ingegneria dell'informazione dell'Università degli Studi Firenze). L'App, denominata *PSAggress*, è stata testata in termini di funzionalità a supporto dell'ipotesi di ricerca, che prevede di affrontare il problema della riduzione del fenomeno della sotto segnalazione (*under-reporting*, fenomeno riscontrato e diffuso in tutto il mondo e stimato intorno all'80%).

Il sistema di segnalazione, semplice e fruibile è in corso di sperimentazione attraverso uno studio multicentrico che vede coinvolti 25 servizi di Pronto Soccorso in 5 regioni italiane. Lo studio ha ricevuto il patrocinio del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, della FNOPI - Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (già FNC IPASVI), dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica – Aniarti e la nota d'interesse dell'Assessorato Diritto alla Salute, welfare, integrazione sociosanitaria della Regione Toscana (Assessore Stefania Saccardi).

Attualmente 387 infermieri hanno compilato il modulo di registrazione e risposto ad un breve questionario (tempo 0). Al termine dell'arruolamento e dei sei mesi di sperimentazione, il questionario sarà somministrato nuovamente (tempo 1) con lo scopo di rilevare i cambiamenti indotti dall'uso dell'App riguardo la segnalazione degli eventi di violenza. I dati, demografici e professionali nonché quelli inerenti alle caratteristiche del servizio di appartenenza (secondo la struttura degli items e le opzioni di risposta previste dal questionario QuIN16VIPs), sono stati raccolti al momento della registrazione garantendo la riservatezza e l'anonimato dei partecipanti. I risultati di questo studio, anche se parziali in quanto ancora in corso consentiranno di analizzare, con più precisione il fenomeno dando una chiave di lettura sia i fattori di rischio che quelli protettivi.

Il *capitolo 6*, capitolo finale, vuole essere espressione di un filo conduttore di incontro di tutti gli studi di ricerca messi in atto nel corso del dottorato.

L'obiettivo finale è quello di proporre uno strumento (scala) di misura, coerente con il modello concettuale GAVEN (Global Approach to Violence towards Emergency Nurses), per il quale il fenomeno della violenza contro gli infermieri di Pronto Soccorso può essere suddiviso in quattro domini:

INTERNO (caratteristiche degli infermieri di PS),

ESTERNO (caratteristiche e condizioni degli assistiti, dei loro accompagnatori e/o dei visitatori),

AMBIENTALE (il design del PS)

ORGANIZZATIVO (l'organizzazione del servizio di Pronto Soccorso e dell'ospedale).

I risultati desunti dalle indagini e dagli studi effettuati sui fattori di rischio e sull'efficacia degli interventi di prevenzione per la minimizzazione della violenza, hanno gettato nuova luce sul modello concettuale, che prevede per ogni dominio la possibilità di individuare specifici fattori di rischio e le relative azioni correttive o di attenuazione.

Il GAVENscore, conseguente derivazione del modello concettuale proposto, prevede l'attribuzione di punteggi sul livello di esposizione alla violenza (classe di rischio) e sulla globalità degli interventi attuati per contrastarla (grado di risposta).

Lo studio di validità del GAVENscore, necessiterà di ulteriori programmi di ricerca, non realizzabili nell'arco temporale di cui ha potuto disporre il Candidato. L'auspicio è che tramite gli strumenti costruiti e sperimentati nel corso di questo XXXI ciclo di dottorato sia possibile ultimare il GAVENscore, progettare e realizzare studi di ricerca-azione per dare soluzioni concrete ed efficaci ai tantissimi lavoratori e professionisti sanitari che quotidianamente affrontano la sfida della cura e dell'assistenza in contesti difficili non solo di emergenza e di area critica.

1. INTRODUZIONE

1.1 Da un problema operativo alla ricerca sul campo

Trent'anni fa ho intrapreso un cammino di studi che avrebbe segnato, segna e continuerà a segnare, la mia vita professionale e umana. L'infermieristica, come anche la medicina e tutte le discipline del sapere ed agire umano che si connotano come professioni sanitarie di aiuto, proietta i suoi esercenti di fronte ad altre persone in condizione di fragilità e bisogno, sofferenza e malattia, risposta inefficace a problemi di salute e/o processi vitali, in un modo unico e coinvolgente. Presto, e per certi versi inaspettatamente, già durante il periodo di tirocinio come studente della scuola infermieri "R. Donatelli" di Perugia e in seguito, nei primi mesi di lavoro come infermiere presso la U.O. di Neurotraumatologia del nosocomio perugino, ho avuto a che fare con la "violenza espressa da parte dei pazienti". Una "aggressività" inconsapevole dei pazienti, spesso frutto di manifestazioni di un'agitazione psicomotoria correlata a condizioni patologiche scatenate da: demenze, delirium, traumi cranici, lesioni espansive cerebrali, alterazioni sensoriali o riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti o alcoliche. A seguito della mia assegnazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia in Perugia, ho potuto notare come la "violenza verso gli operatori" potesse essere agita non solo dal paziente "inconsapevolmente" ma anche dall'utente e familiare che aggredisce il personale a prescindere dalla presenza o meno di una causa patologica scatenante.

In questo contesto operativo, il personale deve acquisire l'abilità di affrontare e gestire non solo le manifestazioni talvolta "violente" causate da alcune condizioni di salute correlate a particolari tipologie di assistiti come i "pazienti psichiatrici" (Ramacciati, 1995a; Ramacciati, 1995b), o i "pazienti agitati" (Gariazzo & Ramacciati, 1996), ma deve riuscire a contenere anche il "caos emozionale" (Ramacciati & Doricchi, 2002). Gli atti violenti quando presenti, assumono forme "epifenomeniche" dell'aggressività e dell'agitazione psicomotoria, che un infermiere di emergenza preparato può prevedere ed evitare.

Questa esperienza professionale mi ha guidato a riflettere su come potesse essere avviato un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza fornita in PS (Bonaldi, et al., 1994) e allo stesso tempo di empowerment del personale infermieristico (Calamandrei & Orlandi, 2008; D'Amone & Ramacciati, 2013). La scelta è stata quella di rilevare tra gli infermieri i problemi principali presenti nel servizio di Pronto Soccorso, sia di tipo assistenziale che individuale/professionale (Ramacciati, 2009). Tra le problematiche più rilevanti sono emerse alcune connesse con l'attività di triage e in particolare "la violenza manifestata da parte di utenti e accompagnatori". Episodi così frequenti da essere considerati "routine quotidiana" e "parte del lavoro". Qualunque fosse la forma di violenza sia essa fisica che verbale, questa se ricorrente, veniva descritta come un'esperienza devastante. Data l'elevata frequenza segnalata del problema è stato necessario come primo passo, conoscere più approfonditamente il fenomeno della violenza sul posto di lavoro (in inglese *Workplace Violence* - WPV) e cercare soluzioni basate sulle prove di efficacia, attingendo alle linee guida e alla letteratura nazionale e internazionale sul tema. I risultati di questo lavoro di ricerca sono stati divulgati e sintetizzati nel n.48(5) de *L'Infermiere*: "Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura" (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011). Successivamente, alla luce delle raccomandazioni provenienti dalla letteratura e dal Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2007), è stato sviluppato uno specifico approccio operativo per contrastare il fenomeno della violenza nel Pronto Soccorso in cui lavoravo (Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a).

Seguendo una filosofia dell'organizzazione *botton-up*, a partire da maggio 2009 sono state promosse alcune azioni di sensibilizzazione degli infermieri rispetto al fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari ed ha avuto avvio la distribuzione del "*Report Mensile di Pronto soccorso*" un foglio informativo di resoconto da me curato e distribuito internamente al servizio. L'intento era di dare un'"accelerazione all'adozione di interventi mirati alla soluzione della questione "aggressioni", già ipotizzati e in parte realizzati dai progetti "Accoglienza-Fruibilità" e "Attività di Triage" rivolti a infermieri del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia" (Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a, p.36).

Per identificare in maniera univoca l'episodio di violenza sul posto di lavoro, esistendone diverse definizioni anche a livello internazionale, abbiamo adottato quella offerta dal National Institute of Occupational Safety and Health. NIOSH definisce la violenza sul luogo di lavoro *“as violent acts (including physical assaults and threats of assaults) directed toward persons at work or on duty”* [atti violenti (comprese aggressioni fisiche e minacce di aggressione) indirizzate a persone sul lavoro o in servizio]. (NIOSH, 2002)

La maggiore “consapevolezza” del fenomeno e l'invito a “non tollerare” più gli episodi di violenza come inevitabile parte del lavoro ha condotto ad una serie di segnalazioni al Centro Gestione Rischio Clinico aziendale dell'evento sentinella n. 12 “Atti di violenza a danno degli operatori” (Ministero della Salute, 2006) e la conseguente predisposizione di un piano di azione articolato in quattro distinti livelli di intervento:

1. *Facilitare l'informazione dell'utenza ponendo la massima attenzione alla comunicazione diretta con gli assistiti ed i loro accompagnatori ed affidandosi alla cartellonistica appositamente dedicata e allo schermo televisivo informativo – che può fungere da “catalizzatore di attenzione” per utenti ed accompagnatori in attesa – con la consapevolezza che questi sono supporti aggiuntivi utilissimi, necessari (e per questo implementati e migliorati), ma non sostitutivi dell'interazione diretta infermiere-utente.*
2. *Ridisegnare gli accessi (per i pazienti barellati, i pazienti non barellati e gli accompagnatori) e gli spazi operativi in area triage (box ed ulteriore demarcazione delle aree di rispetto) creando elementi “barriera”, percorsi e delimitazioni utili non solo a ridurre la “pressione” sugli operatori di triage, ma anche a salvaguardare ulteriormente la riservatezza degli assistiti ed a migliorare la fruibilità della sala di attesa (oltre che con lo schermo “distrattore” ed “informativo”, anche con i dispensatori di riviste, di bevande e snack).*
3. *Acquisire specifiche competenze sulla comunicazione difficile e la gestione del conflitto in triage attraverso un training mirato, condotto da un esperto di comunicazione.*

4. *Redigere un protocollo operativo per la gestione delle situazioni di “rischio aggressione” ed attivare uno strumento di monitoraggio degli eventi violenti (Scheda Registro Aggressioni) (Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a).*

Tutti questi interventi sono stati realizzati nei mesi successivi. Inoltre, sono state condotte due *survey* interne riguardo alla segnalazione degli episodi di violenza e il sistema di monitoraggio degli eventi aggressivi del nostro Pronto Soccorso rispettivamente nel 2013 (Ramacciati, et al., 2013c) e nel 2015 (Ramacciati, et al., 2015b) finalizzate a verificarne l’effettivo utilizzo e funzionalità.

Le conoscenze acquisite su questo fenomeno, le strategie d’intervento adottate, le procedure di gestione della violenza e i dati provenienti dal sistema di monitoraggio degli eventi aggressivi sono stati condivisi con la comunità infermieristica, oltre che con specifiche pubblicazioni (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011; Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a; Ramacciati, et al., 2013c), anche in diversi connessi scientifici e professionali di rilevanza nazionale (Ramacciati & Ceccagnoli, 2012b; Ramacciati, 2014; Ramacciati, et al., 2014;).

Una ricerca partita da un problema operativo e sviluppatasi sul campo che ci ha portato ben presto a confrontarci anche con alcuni dirigenti dell’INAIL riguardo la casistica degli infortuni sul lavoro correlati agli atti violenti o i ricercatori dell’Osservatorio Nazionale degli Eventi Sentinella per i dati delle segnalazioni pervenute al Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) del Ministero della Salute riguardanti le aggressioni. Il confronto con diversi enti ha favorito lo stimolo di nuovi filoni di indagine che potevano essere affrontati con diverse metodologie di ricerca. La consapevolezza che i “costi” diretti della violenza non sono solo quelli deducibili dalla frequenza degli episodi accaduti, dai giorni di prognosi o di assenza dal lavoro di un infermiere, ma piuttosto, o anche, quelli “invisibili” dovuti al vissuto spesso non adeguatamente rielaborato delle vittime di tali atti, e la volontà di affiancare alla conoscenza della dimensione “numerica” del fenomeno, anche quella “esperienziale” vissuta dagli operatori aggrediti, mi ha portato nel 2013 a condurre uno studio qualitativo sulla violenza verso gli infermieri di triage, i cui dati preliminari sono stati presentati in occasione del Congresso Nazionale inter-societario (GFT, Aniarti, SIMEU) “*Triage. Condividere... verso il futuro*” svoltosi a Riccione il 21-22 marzo 2013 (Ramacciati, et al., 2013a) e poi pubblicati nella rivista *International Emergency Nursing*

(Ramacciati, et al., 2015a). Da un problema operativo locale, sono state così sviluppate diverse linee di ricerca per capire il fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso e trovare soluzioni efficaci per gestirlo. Gli studi pubblicati (Ramacciati & Rasero, 2018), ci hanno portato ben presto a confrontarci con realtà al di fuori dell'Italia (Ramacciati, et al., 2011a; Ramacciati, et al., 2016b).

1.2 Verso un modello concettuale della violenza in Pronto Soccorso

1.2.1 Premessa

Un infermiere è chiamato ad affrontare casi clinici complessi, a cercare soluzioni di problemi assistenziali, a porre diagnosi infermieristiche e scegliere, per (e con) l'assistito, obiettivi assistenziali e interventi idonei per raggiungerli, con modalità e approcci peculiari, derivati dal proprio "specifico" professionale (Bassetti, 1993; La Greca, 1993). Cercare di declinare sempre questo "specifico" nell'agito quotidiano professionale, *"facendo nostra la tensione henderoniana verso la continua soluzione della domanda 'what's nursing?' (Henderson, 1966)"* è un "imperativo categorico" (Ramacciati, 2004). La risposta può essere attinta dalla teoria del nursing e dalle osservazioni fatte da Marta R. Alligood e Ann Marriner Tomey (Alligood & Tomey Marriner, 2007) quando citando Cross, affermano che *"La teoria senza pratica è vuota e la pratica senza teoria è cieca"* (Cross, 1881). Questa "tensione" di declinare la teoria nella prassi e di cercare nella prassi assunzioni teoriche, mi ha portato a adottare il "Modello Bifocale della Pratica Clinica" di Linda J. Carpenito-Moyet nella mia esperienza clinica e organizzativa in Terapia Intensiva Neonatale (Ramacciati, 2008; Ramacciati & Addey, 2011), nella didattica (Ramacciati & De Angelis, 2012), e in Pronto Soccorso (Ramacciati, 2013). Una "tensione" che non è mancata nemmeno nell'affrontare questo nuovo cammino di ricerca.

1.2.2 Il costrutto dell'Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso

Approfondendo le conoscenze degli elementi caratterizzanti il fenomeno della WPV verso gli infermieri di Pronto Soccorso e adottando le azioni di minimizzazione e gestione della violenza in questo specifico setting, si può giungere alla conclusione che i numerosi fattori in gioco, così come gli effetti degli interventi di prevenzione, contenimento e supporto, debbano essere considerati sempre complessivamente rispetto le determinanti e le interazioni presenti. Partendo dai lavori, frutto della revisione della letteratura effettuata (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011; Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a), sono stati selezionati e analizzati 83 studi. La ricerca è stata effettuata nei database CINAHL e PubMed secondo la strategia P&PICO indicata in Tabella 1.

Popolazione	& Problema	Intervento	Comparazione	Outcome (esito)
Infermieri di Pronto Soccorso	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Misure di gestione, approcci operativi, strategie di contrasto alla violenza	Nessun approccio strutturato	Sicurezza, riduzione delle aggressioni

Tabella 1 Quesito secondo la metodologia P&PICO. Fonte: (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011, p. e41)

L'estrapolazione dai database è stata basata su una strategia di ricerca con termini *MeSH* e parole a testo libero, sui thesaurus del vocabolario controllato della National Library of Medicine (PubMed), sui campi e sul testo (quest'ultimi sia per PubMed che CINAHL). I *search-terms* inseriti nella stringa di interrogazione dei database, combinati con gli opportuni operatori Booleani AND e OR, sono stati individuati partendo dal P&PICO attraverso il metodo della Facet Analysis (Vellone & Piredda, 2009), come riportato nella Tabella 2.

Popolazione	& Problema	Intervento	Comparazione	Outcome (esito)
Infermieri di Pronto Soccorso	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Misure di gestione, approcci operativi, strategie di contrasto alla violenza	Nessun approccio strutturato	Sicurezza, riduzione delle aggressioni
Infermieri/ Pronto	Violenza Abuse	Gestione Approach		Sicurezza Safe working

Soccorso	abuse, Physical	Debriefing	environment
Nurses (MeSH)	abuse, Verbal	De-escalation	Safety
Emergency	Aggression(s)	Management	protection(s)
Service,	Aggressive patient(s)	managing, Methods of	Well-being
Hospital	Attack(s)	Policy	
(MeSH)	Assault(s)	policy, Zero Tolerance	
Emergency	Threat(s)	Provision	
Emergency	Violence	Security measures	
Room(s)	violence, Episodes of	Strategy(ies)	
Accident	violence, Patient-	To manage	
and Emergency	related	To prevent	
ED(s)	violence, Physical	To provide	
A&E(s)	violence, Verbal	To support	
A&ED(s)	Violent behaviour(s)		
Triage	WPV (Workplace		
	violence)		

Tabella 2 Dal P&PICO alla Facet Analysis. Fonte: (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011, p. e46)

Gli 83 articoli individuati (55 in PubMed e 36 in CINAHL, di cui 8 presenti in entrambi i database) dopo la lettura del full text secondo i criteri di inclusione (analisi dei fattori di rischio e interventi correttivi) sono scesi a 24. La Tabella 3 presenta sinotticamente gli articoli selezionati.

N	(Autori, anno)	Titolo	Rivista
1	(Fernández Gallego, et al., 2009)	Management of the agitated patient in the emergency department,	<i>Emergencias</i>
2	(Rintoul, et al., 2009)	Managing aggression in the emergency department: Promoting an interdisciplinary approach	<i>International Emergency Nursing</i>
3	(James, et al., 2006)	Violence and aggression in the emergency department	<i>Emergency Medical Journal</i>
4	(Luck, et al., 2009)	Conveying caring: Nurse attributes to avert violence in the ED	<i>International Journal of Nursing Practice</i>
5	(Hodge & Marshall, 2007)	Violence and aggression in the emergency department: A critical care perspective	<i>Australian Critical Care</i>
6	(Jenkins, et al., 1998)	Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland	<i>Journal of Accident and Emergency Medicine</i>
7	(McPhaul, et al., 2004)	Workplace violence in healthcare: recognized but not regulated	<i>Online Journal of Issues in Nursing</i>
8	(Pitch, et al., 2001)	Patient-related violence	<i>Nursing and Health</i>

		against emergency department nurses	<i>Sciences,</i>
9	(Ferns, et al., 2005)	Personal safety in the accident and emergency department	<i>British Journal of Nursing</i>
10	(Pitch, et al., 2011)	Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study	<i>International Emergency Nursing</i>
11	(EDNursing, 2007)	(editorial) Tension in the waiting room - 86% of ED nurses report recent	<i>ED Nursing</i>
12	(Ryan & Maguire, 2006)	Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments	<i>Journal of Nursing Management</i>
13	(Child & Mentes, 2010)	Violence Against Women: The Phenomena of Workplace Violence Against Nurses	<i>Issues in Mental Health Nursing</i>
14	(Jones & Lyneham, 2000)	Violence: part of the job for Australian nurses?	<i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>
15	(Crilly, et al., 2004)	Violence towards emergency department nurses by patients	<i>Accident and Emergency Nursing</i>
16	(Anderson, 2002)	Workplace violence: are some nurses more vulnerable?	<i>Issues in Mental Health Nursing</i>
17	(Esmailpour, et al., 2011)	Workplace Violence against Iranian nurses working in emergency departments	<i>International Nursing Review</i>
18	(Early & Hubbert, 2006)	Violence in the emergency department: a culture care perspective	<i>Theoria Journal of Nursing Theory</i>
19	(Kansagra, et al., 2008)	A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments	<i>Academic Emergency Medicine</i>
20	(Tang, et al., 2007)	Incidents and related factors of violence in emergency departments: a study of nurses in southern Taiwan	<i>Journal of the Formosan Medical Association</i>
21	(Petzäll, et al., 2011)	Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care	<i>International Emergency Nursing</i>
22	(Wyatt & Watt, 1995)	Violence towards junior doctors in accident and emergency departments	<i>Journal of Accident & Emergency Medicine</i>
23	(Beccatini, et al., 2007)	Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana	<i>Aniarti Coop</i>
24	(IPASVI, FNC, 2011)	Infermieri aggrediti al Pronto soccorso: allarmanti anche i dati Usa	<i>Sito IPASVI</i>

Tabella 3 Sinossi degli articoli selezionati e analizzati. Fonte: (Ramacciati, et al., 2013c)

Tramite una lettura comparativa dei 24 articoli, condotta separatamente da più infermieri esperti, sono stati individuati 30 fattori scatenanti. Alcuni riportati e discussi in vari studi, altri richiamati solo in alcuni di questi.

La tabella a doppia entrata di seguito riportata (Tab.4), evidenzia i fattori scatenanti gli eventi di aggressione nel dipartimento di emergenza evidenziati nella letteratura internazionale e la loro distribuzione e frequenza negli studi selezionati.

E' stato, quindi, riscontrato un'omogeneità dimensionale tra alcuni fattori tale da ipotizzare 4 domini esplicativi:

- interno
- esterno
- ambientale/contestuale
- organizzativo.

Tabella 1 fattori scatenanti di eventi di aggressione nel dipartimento di emergenza evidenziati nella letteratura internazionale																										
	fonte (articolo/revisione)																								freq.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
fattori scatenanti	abuso di sostanze (alcol/stupefacenti)	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	15
	tempi di attesa	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	15
	stress da deficit conoscitivo (diagnosi/prognosi/opzioni terapeutiche/aspettative non realistiche)				•	•	•		•		•	•	•	•		•					•	•		•	•	11
	disturbi psichiatrici	•	•	•		•			•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	11
	presenza di armi/oggetti							•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	8
	sintomo di una patologia medica	•	•			•			•		•		•	•									•			8
	atteggiamento istigatore dell'accompagnatore					•				•							•					•	•			5
	fascia oraria/giorno della settimana (turno [P]omeriggio/[N]otte e [F]inesettimana correlato a numero maggiore di episodi)								N		P					N					N	F				5
	deficit conoscitivo dei tempi e categorie del triage					•			•		•	•												•		5
	carenza di personale					•				•				•			•									4
	percepiti atteggiamenti negativi del personale					•	•		•															•		4
	fattori ambientali (ambiente caldo, rumoroso)					•				•				•										•		4
	malintesi dovuti a differenze culturali (tensione razziale/barriera linguistica)								•													•		•		4
	dolore		•			•			•																	3
	sala di attesa affollata/scomoda							•		•		•														3
	stato di agitazione emotiva (non psichiatrica)									•				•								•				3
	astinenza da alcol, da stupefacenti	•	•			•																				3
	stile relazionale per ottenere risposta premiante		•							•																2
	confusione (alterato stato cognitivo dell'utente)					•																		•		2
	infermiera/e come stereotipo sessuale/ molestie									•				•												2
	dipartimento di emergenza situata area ad alta incidenza di violenza							•																		1
	personale stressato									•																1
	noia					•																				1
	comportamento mirato a ottenere obiettivi prefissati (es. bullismo o coartare)		•																							1

Tabella 4 Fattori scatenanti gli eventi di aggressione nel dipartimento di emergenza evidenziati nella letteratura internazionale. Distribuzione e frequenza negli studi selezionati. (Ramacciati, et al., 2013b)

Al termine di questo lavoro, siamo giunti alla conclusione che la complessità del fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso e la forte interrelazione tra numerosi e diversi elementi necessiti di una valutazione analitica "multidimensionale" dei fattori scatenanti e venga affrontata esclusivamente con strategie e interventi "multidirezionali". Quindi, *l'approccio globale alla violenza nel pronto soccorso* rappresenta la base per la costruzione di strumenti idonei (scala) che permettano la misurazione del rischio e la valutazione dell'impatto degli interventi atti a minimizzare e contrastare il fenomeno della violenza nello specifico del Pronto Soccorso.

1.3 Il disegno di ricerca sull'Approccio globale alla violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso

1.3.1 Background

Gli atti di violenza e le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un fenomeno particolarmente rilevante e sempre più diffuso in tutto il mondo (Krug, 2002). Secondo l'*International Council of Nurses* (ICN) gli operatori sanitari sono più esposti agli atti di violenza rispetto guardie penitenziarie e agenti di polizia (ICN, International Council of Nurses, 2010). Tant'è che, per affrontare il problema della violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario, importanti organismi internazionali hanno fornito, da tempo, specifiche indicazioni (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

I più vulnerabili, tra tutti i "lavoratori della salute", sono gli infermieri, particolarmente quelli di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnati nell'attività di triage (Pitch, et al., 2011), come ben evidenziato dagli studi condotti dall'*Institute for Emergency Nursing Research* (ENA, s.d.), ente di ricerca dell'associazione statunitense degli infermieri di emergenza (*Emergency Nurses Association*), che tra l'altro ha da tempo assunto una propria posizione sulla violenza nei setting di Pronto soccorso (ENA, 2011).

Anche l'Italia si è attivata in tal senso. Il Ministero della Salute nel novembre del 2007 ha emanato una specifica "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" (Ministero della Salute, 2007),

mentre dal 2006 questi episodi sono stati inclusi tra gli eventi sentinella segnalati al Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) (Ministero della Salute, 2006).

Dai Rapporti sino a oggi pubblicati emerge un trend in continua crescita (Ministero della Salute, 2007; 2009; 2011; 2013; 2015), come evidenziato anche da alcuni studi italiani sul tema (Cerri, et al., 2010; Magnavita & Heponiemi, 2012). Negli ultimi anni, inoltre, si sta sviluppando un interessante filone di ricerca infermieristica, riguardo le aggressioni verso gli infermieri di Pronto Soccorso (Beccatini, et al., 2007; Coviello, et al., 2012; Desimone, 2011; Fabbri, et al., 2012; Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a).

Facendo riferimento alla letteratura internazionale emerge, che la maggior parte degli studi condotti sull'argomento focalizza l'attenzione sulla misurazione dell'entità del fenomeno, la tipologia di aggressione (verbale o fisica), sui perpetratori (pazienti, familiari, accompagnatori), sui fattori precipitanti o di rischio, sulle politiche di "tolleranza zero" o gli interventi di prevenzione, sulla formazione e addestramento degli operatori o sulle modifiche architettoniche e strutturali, come ben evidenziano studi secondari di revisione narrativa o sistematica sull'argomento (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011; Taylor & Rew, 2011). Queste sono ricerche generalmente di tipo descrittivo e analitico, prevalentemente con metodologia mista qualitativa/quantitativa e con ampio ricorso a questionari (Brunetti & Bambi, 2013). Anche gli studi di tipo qualitativo tendono a focalizzarsi sugli stessi temi (Angland, et al., 2014; Catlette, 2005; Luck, et al., 2008; Pitch, et al., 2011), aprendo solo parzialmente la visione sugli aspetti inerenti al vissuto e le emozioni degli operatori legate all'esperienza dell'aggressione (Ramacciati, et al., 2014; Ramacciati, et al., 2015a; Ramacciati, et al., 2016b).

L'ipotesi alla base del disegno di ricerca, assume come dato principale, che il problema della "violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso" causato dall'effetto concomitante di molteplici fattori, è un fenomeno complesso che richiede azioni di contrasto basate su interventi a 360°.

Il termine "*multifattorialità*" evidenzia i molteplici meccanismi "causa-effetto" sottesi al problema in esame, mentre la "*multidimensionalità*" sottolinea la

necessità di adottare risposte integrate per affrontare efficacemente il fenomeno.

1.3.2 Domanda di ricerca

La domanda generativa della ricerca è:

“Il fenomeno della *Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso*, per quanto complesso, è scomponibile in determinabili fattori causali, dei quali è possibile misurarne l'intensità, e sui quali intervenire con precise azioni di contenimento del fenomeno stesso?”

Poiché esistono diverse definizioni di violenza sul luogo di lavoro, al fine del presente progetto di ricerca, si assume come propria la definizione adottata dal National Institute of Occupational Safety and Health “*as violent acts (including physical assaults and threats of assaults) directed toward persons at work or on duty*” (NIOSH, 2002).

1.3.3 Obiettivi

L'obiettivo principale dello studio è quello di:

- strutturare un sistema di monitoraggio degli atti di violenza garante di una raccolta veloce e completa della segnalazione che permetta:
- di elaborare uno strumento di misurazione predittivo (“Global Approach to Violence towards Emergency Nurses Score” GAVEN-Score) basato sull'ipotesi fondante della ricerca.

Gli obiettivi intermedi sono:

- analizzare i fattori che influenzano il fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso nel contesto nazionale (e/o europeo);
- sviluppare il costrutto (in nuce) esplicativo del fenomeno;
- analizzare gli aspetti medico-legali e forensi della WPV, nonché quelli giuridici correlati alle politiche di “Tolleranza Zero”;
- monitorare alcuni indicatori specifici di: struttura, processo ed esito (es. n. di episodi di aggressione, n. di reclami, n. di segnalazioni eventi, misure di impatto degli interventi di prevenzione, mitigazione e supporto, implementazione “Zero Tolerance Policy”)

Obiettivo di sviluppo ulteriore:

- formulare un modello di ricerca-intervento (“Approccio Globale al fenomeno della violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso”) (Ramacciati, et al., 2014).

2.INTERVENTI PER RIDURRE IL RISCHIO DI VIOLENZA VERSO LO STAFF SANITARIO DI PRONTO SOCCORSO: APPROCCI ATTUALI

2.1 Background

Ogni infermiere di emergenza o medico di Pronto Soccorso sa che esiste un *“lato oscuro”* del proprio lavoro: la violenza contro il personale del servizio di emergenza (Ray, 2007). Uno studio recente ha evidenziato come più di due terzi dei medici di PS subiscano violenza sul posto di lavoro e che di questi oltre il 50% solo nel corso dell’anno precedente (Wu, et al., 2015). Gli infermieri sono ancora meno al sicuro rispetto gli altri lavoratori dell’emergenza (Baydin & Erenler, 2014). Tant’è che alcuni studi riportano un’incidenza nel corso di un anno lavorativo pari al 90% sul totale dell’organico infermieristico (Ramacciati, et al., 2013c). La Tabella 5 mostra l'incidenza della WPV sul personale di emergenza riportato in alcuni studi internazionali.

N.	Anno	Nazione	Professione	Esposto WPV	Violenza verbale	Violenza fisica	Periodo
1	1995	UK	100 medici		(96/100)96%	(18/100)18%	NA
2	2000	Australia	266 infermieri		(154/266)58%	(37/266)14%	1 sett.
3	2011	USA	263 medici	(205/263)78%	(197/263)74.9%	(56/263)21.3%	12 mesi
4	2001	USA	1400 infermieri		(1358/1400)97%	(1218/1400)87%	12 mesi
5	2004	Australia	71 infermieri	(50/71)70.4%	(67/71) 94.3%	(17/71)23.9%	5 mesi
6	2004	UK	375 ED staff		(249/375)66.4%	(104/375)27.7%	12 mesi
7	2006	UK	ED staff	218 episodes	(196/218)89.9%	(70/218)32.1%	12 mesi
8	2006	Brasile	33 infermieri	(33/33)100%	(28/30)93.3%	(5/30)16.7%	12 mesi
			14 medici	(12/14)85.7%	(12/12)100%	(2/12)16.7%	12 mesi
9	2006	Irlanda	37 infermieri		(33/37)89.2%	(20/37)54.1%	1 mese
10	2011	Turchia	255 infermieri		(233/255)91.4%	(190/255)74.9%	12 mesi
11	2011	Iran	196 infermieri		(179/196)91.6%	(39/196)19.7%	12 mesi
Source:		1(Wyatt & Watt, 1995)		7(James, et al., 2006)			
		2 (Lyneham, 2000)		8 (Cezar & Marziale, 2006)			
		3 (Behnam, et al., 2011)		9 (Ryan & Maguire, 2006)			
		4 (Lee, 2001)		10 (Pinar & Ucmak, 2011)			
		5(Crilly, et al., 2004)		11 (Esmailpour, et al., 2011)			
		6 (Winstanely & Whittington, 2004)					

Tabella 5 Incidenza della WPV in Pronto Soccorso per Anno, Nazione, Professione, Tipo di violenza, Periodo considerato. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, p.18)

A causa di questa elevata incidenza, la violenza viene vissuta in tutto il mondo da infermieri e medici di emergenza come "inevitabile" (Pitch, et al., 2011), o "parte del lavoro" (Jones & Lyneham, 2000). Trish Whelan ha affermato che la prima documentazione di atti violenti da parte di pazienti o visitatori verso gli infermieri può essere datata al 1824 (Whelan, 2008). Quella verso gli infermieri di emergenza è stata segnalata come un problema in paesi come il *Regno Unito* (Saines, 1999), *Irlanda* (Ryan & Maguire, 2006), *Spagna* (Gascon, et al., 2009), *Italia* (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011), *Australia* (Lyneham, 2000), *Canada* (Fernandes, et al., 1999) e *Stati Uniti* (Gacki-Smith, et al., 2010). Nel 2015, anno in cui è stato pubblicato l'articolo di revisione presentato in questo capitolo, studi riguardanti il fenomeno della violenza verso il personale di Pronto Soccorso erano stati condotti in *Pakistan* (Zafar, et al., 2016), *Giordania* (AL Bashtawy & Ijezawi, 2016; Darawad, et al., 2015), *Italia* (Ramacciati, et al., 2015a), *Stati Uniti* (AONE, ENA, 2015; Burchill, 2015; Chappell, 2015; Renker, et al., 2015; Shaw, 2015; Stene, et al., 2015), *Norvegia* (Morken, et al., 2015), *Australia* (Hogarth, et al., 2016), *Palestina* (Hamdan & Abu Hamra, 2015), *Etiopia* (Fute, et al., 2015), *Iran* (Eslamian, et al., 2015), *Singapore* (Tan, et al., 2015), *Cipro* (Vezyridis, et al., 2015), *Francia* (Casalino, et al., 2015) e *Taiwan* (Wu, et al., 2015). Solo nei primi mesi di quest'anno 2018 sono stati indicizzati su CINAHL e PubMed 37 lavori di ricerca sul tema della WPV in PS (rispettivamente 18 e 19, di cui 10 presenti in entrambi e 3 non inerenti agli infermieri). La Tabella 6 da conto di questo risultato e riporta gli studi estratti dai due database utilizzando come termini di ricerca le parole "workplace", "violence", "emergency", "department", composte con la funzione di vicinanza "N2" e associate tramite l'operatore booleano AND.

N	(Autori, anno)	Titolo	Rivista	Nazione
1	(Mitra, et al., 2018)	Security interventions for workplace violence in the emergency department	<i>Emergency Medicine Australasia</i>	Australia
2	(Krull, et al., 2018)	Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	Australia
3	(Lown & Setnik, 2018)	Utilizing compassion and collaboration to reduce	<i>Israel Journal of Health Policy</i>	USA

		violence in healthcare settings	<i>Research</i>	
4	(Kaeser, et al., 2018)	Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	Svizzera
5	(Morken, et al., 2018)	Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R) - adjustment and validation for emergency primary health care	<i>BMC Health Services Research</i>	Norvegia
6	(Noorana Zahra & Feng, 2018)	Workplace violence against nurses in Indonesian emergency departments	<i>Enfermería Clínica</i>	Indonesia
7	(D'Ettoire, et al., 2018)	Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments	<i>Acta Biomedica</i>	Italia
8	(Chen, et al., 2018)	Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study	<i>Applied Nursing Research</i>	Cina
9	(Ramacciati, et al., 2018c)	Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Italia
10	(Copeland & Henry, 2018)	The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre	<i>International Emergency Nursing</i>	USA
11	(Abraham, et al., 2018)	Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments	<i>Emergency Medicine Australasia</i>	Australia
12	(Ashton, et al., 2018)	A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression	<i>International Emergency Nursing</i>	USA (metasintesi)
13	(Burchill & Bena, 2018)	Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses	<i>Worldviews Evidence Based Nursing</i>	USA
14	(Jeong & Kim, 2018)	The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Corea del Sud
15	(Ramacciati, et al., 2018a)	Workplace violence against nurses in Korea and its	<i>Journal of Nursing Management</i>	Italia

		impact on professional quality of life and turnover intention.		
16	(Ramacciati, et al., 2018b)	Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks	<i>International Emergency Nursing</i>	Italia (revisione)
17	(Hassankhani, et al., 2018)	The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study	<i>International Emergency Nursing</i>	Azerbaijan
18	(Li, et al., 2018)	Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: A moderated mediation model	<i>International Emergency Nursing</i>	Taiwan
19	(Gramling, et al., 2018)	Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	USA
20	(Nikathil, et al., 2018)	Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department	<i>Emergency Medicine Australasia</i>	Australia
21	(Edward, et al., 2018)	Brief interventions to de-escalate disturbances in emergency departments	<i>British Journal of Nursing</i>	Australia (revisione)
22	(Dawson, et al., 2018)	Violent behavior by emergency department patients with an involuntary hold status	<i>American Journal of Emergency Medicine</i>	USA
23	(Lee, et al., 2018)	Resilience on the Association between Violence Experience and Violence Response among Nurses	<i>Korean Journal of Adult Nursing</i>	Corea del Sud
24	(Lenaghan, et al., 2018)	Preventing Emergency Department Violence through Design	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	USA (revisione)

Tabella 6 Studi estratti in data 11/09/2018 da CINAHL e PubMed. Fonte: (elaborazioni nostre)

Come evidenziato a titolo esemplificativo in un nostro articolo pubblicato in “early view” a fine 2015 l’attenzione dei ricercatori sul problema della Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso sta registrando a livello internazionale un trend in continua crescita (Ramacciati, et al., 2016a). In Figura 1 sono riportati gli studi indicizzati su PubMed e CINAHL per anno di pubblicazione estratti in data del 13 settembre 2018 con le seguenti stringhe di interrogazione:

- Stringa di ricerca in PubMed: (“workplace violence” [MeSH Terms] OR (“workplace” [All Fields] AND “violence”[All Fields]) OR “workplace violence” [All Fields]) AND (“emergencies” [MeSH Terms] OR “emergencies” [All Fields] OR “emergency” [All Fields]) AND (“nurses” [MeSH Terms] OR “nurses” [All Fields]).
- Stringa di ricerca in CINAHL:workplace N2 violence AND emergency N2 nurses

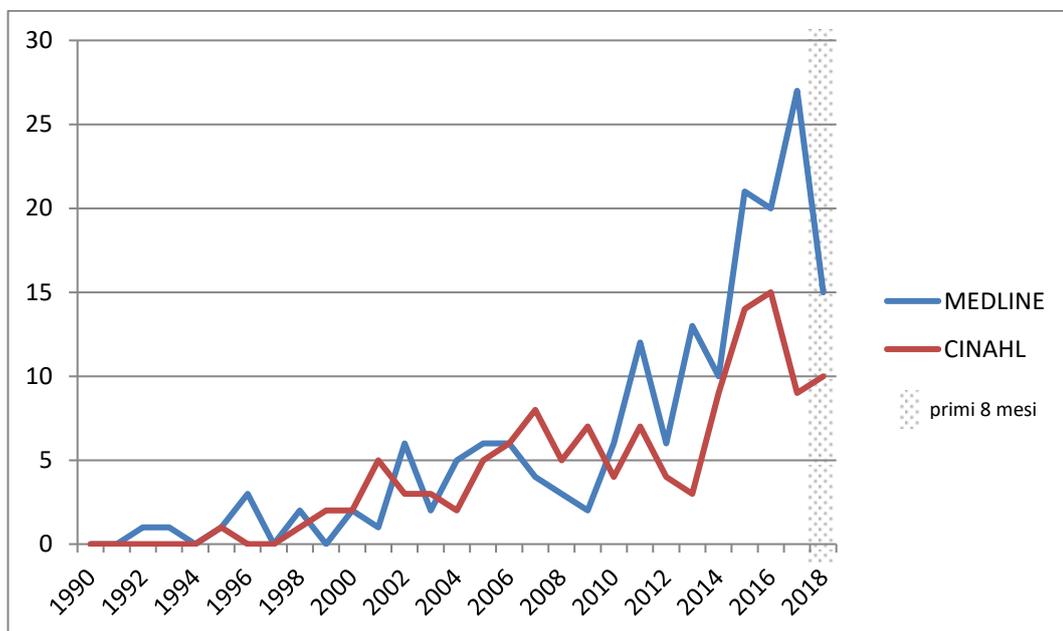


Figura 1 Trend di pubblicazione degli articoli sul tema della Violenza verso gli Infermieri di PS indicizzati su PubMed e CINAHL secondo l'anno di pubblicazione. Fonte: (elaborazioni nostre)

Eppure, nonostante il crescente numero di lavori di ricerca, gli studi sull'efficacia degli interventi di contrasto alla violenza e sulle migliori strategie di gestione del fenomeno WPV sono ancora pochi, come evidenziato negli studi secondari sull'argomento (Anderson, et al., 2010; Martinez, 2016; Taylor & Rew, 2011).

Per questo ho accettato volentieri la proposta del Dr Hans-Christoph Pape Editor-in-Chief di *Open Access Emergency Medicine*, per i tipi della Dove Press Ltd (casa editrice internazionale di Riviste medico-scientifiche open access e peer-reviewed) di lavorare ad un articolo ad invito (comunque soggetto a processo di

revisione tra pari) dal titolo: *“Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches”* (Ramacciati, et al., 2016a).

Per raggiungere l’obiettivo proposto è stata condotta una revisione narrativa di articoli inerenti agli attuali approcci per ridurre il problema della WPV in PS, con particolare attenzione alla valutazione dell'efficacia di tali programmi.

2.2 Metodologia

Grazie ai contributi frutto di revisione della letteratura (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011; Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a) la strutturazione del quesito per reperire le prove di efficacia è stata effettuata tramite il modello P&PICO e la Facet analysis descritta nella seguente Tabella 7.

Popolazione	&Problema	Interventio	Comparazione	Outcome
Health professionals of Emergency Department	Workplace violence	Approaches to reducing violence in ED	None	Safety, Violent episode decrease
Against Toward: - Doctor(s) - ED worker(s) - Nurse(s) - Physician(s) - Staff	Aggression(s) Aggressive patient(s) Attack(s) Assault(s) Threat(s) Violence	Approach Avoidance Debriefing De-escalation Deterrence Educational Intervention(s) Management		Appraisal Assessment Effectiveness Evaluation Minimization Outcome(s) Protection(s) Safe working environment
Accident and Emergency Service(s) Emergency Department(s) ED(s) Triage	Episodes of violence, Patient-related violence, Physical violence, Verbal Violent behaviour(s) Workplace violence WPV	Methods of Policy policy, Zero Tolerance Prevention Program Provision Reduction Security measures Strategy(ies) To manage To prevent To provide To support Training		Safety Well-being

Tabella 7 Schema P&PICO e relativa Facet Analysis per la selezione dei search terms. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a p.19)

Per massimizzare la sensibilità della ricerca sono stati utilizzati combinazioni di termini *MeSH* e di parole a testo libero. Mentre per aumentare la specificità della ricerca sono stati adottati i seguenti accorgimenti per recuperare i record contenenti parole composte e non coppie di parole presenti nello stesso testo, ma tra loro non collegate. Nel database CINAHL, sono stati utilizzati gli operatori di vicinanza “N1” e “N2” (per esempio per i termini “Emergency Department” e “Workplace Violence”) così come è stato fatto per la ricerca in PubMed ponendo i *search terms* tra virgolette (“).

La ricerca finale è stata condotta tra l’1 e il 7 dicembre 2015, nel database PubMed (la versione gratuita di Medline) e il database CINAHL (CINAHL Plus con testo completo, utilizzando l'host EBSCO). La letteratura è stata inclusa nella revisione se erano soddisfatti i seguenti criteri di inclusione: 1) l'articolo scritto in inglese, francese o italiano; 2) disponibilità dell’abstract o del full text; 3) data di pubblicazione dall’1 gennaio 2011 al 7 dicembre 2015) articoli inerenti valutazioni di efficacia degli interventi per prevenire/gestire la violenza sul lavoro in Pronto Soccorso.

2.3 Risultati

La ricerca effettuata in PubMed e CINAHL ha prodotto 26 studi nel primo database e 25 nel secondo. Il processo di selezione degli articoli è descritto nel diagramma di flusso di Figura 2. Applicando i criteri di inclusione, sono stati selezionati dieci studi che esaminano il fenomeno della violenza contro lo staff di Pronto Soccorso dal punto di vista degli interventi o approcci per la gestione della violenza e descrizione dell’efficacia degli stessi.

Anche in questo studio è presa in considerazione esclusivamente la Violenza di tipo 2, ovvero la violenza perpetrata da utenti o accompagnatori verso i sanitari (anche detta in inglese *client-on-worker violence*) come da classificazione del University of Iowa Injury Prevention Research Center (UIIPRC, 2001).

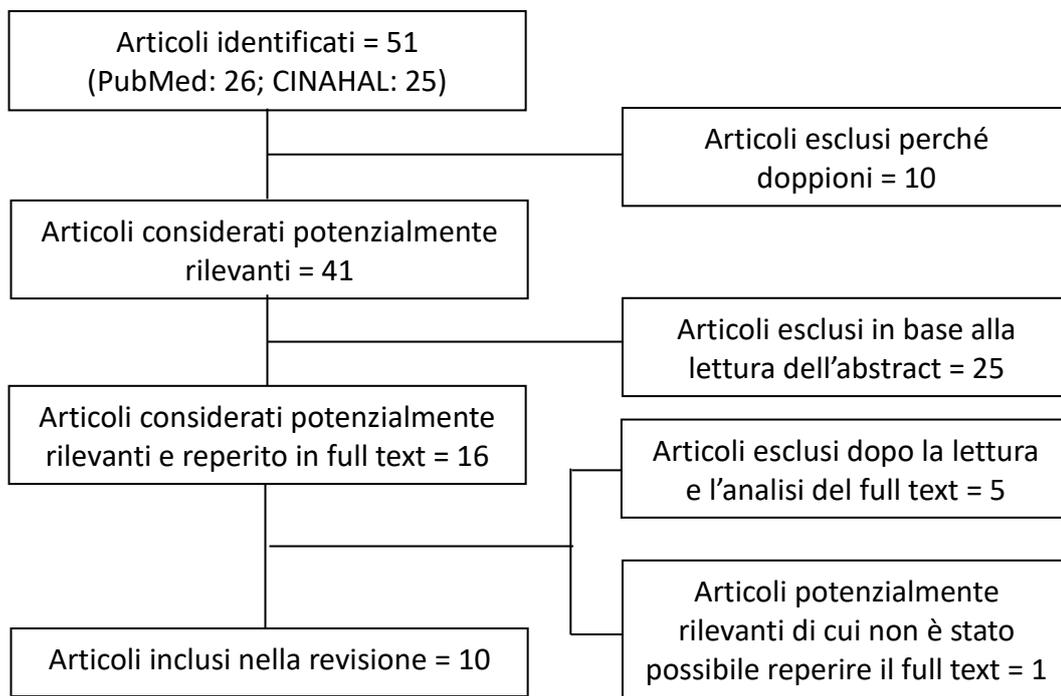


Figura 2 Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli oggetto della revisione. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, p.19)

2.4 Discussione

Dall'analisi delle pubblicazioni selezionate sono emerse diverse modalità di intervento rispetto al problema della WPV in Pronto Soccorso. Sette di questi approcci sono basati su interventi settoriali, mentre tre adottano strategie di azione globali. La sinossi di Tabella 8 presenta gli studi analizzati presentati per titolo, autore, anno di pubblicazione, campione, nazione dove si è svolto lo studio, tipo di intervento, risultati e conclusioni finali.

Titolo (Autori e anno di pubblicazione)	Disegno di studio	Campione (Nazione)	Intervento	Risultati	Conclusioni
<i>AONE and ENA Develop Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace</i> (AONE, ENA, 2015)	Linee guida	13 (membri di AONE e ENA) partecipanti al Day of Dialogue on Mitigating Violence in the Workplace	8 Principi guida per la mitigazione della WPV e5 Priority Focus Areas	Sviluppo di linee guida e un kit di strumenti per assistere i leader infermieri nella riduzione della violenza degli utenti negli ospedali	La collaborazione tra dirigenti e personale ospedaliero è fondamentale per creare un ambiente in cui operatori sanitari, pazienti e famiglie si sentano al sicuro
<i>Active shooter in the emergency department: a scenario-based training approach for healthcare workers</i> (Kotora, et al., 2014)	Pre- e post-test survey	32 medici, infermieri e studenti di medicina partecipanti ad una esercitazione in una base militare (USA)	Dopo un test preliminare di 10 items, ogni partecipante è stato esposto a un singolo scenario di sparatoria seguito da una lezione didattica. La formazione si è conclusa con un post-test e un debriefing	I test t-Student hanno confermato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi pre-test e post-test per i soggetti (p <0,002 [-.177, -0,041])	Lezioni didattiche, combinate con scenari basati sui casi, sono un metodo efficace per insegnare agli operatori sanitari come gestire al meglio un incidente con aggressione armata
<i>Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department</i> (Gillespie, et al., 2014b)	Studio quasi-sperimentale	209 partecipanti provenienti da 2 trauma center di I livello, 2 PS urbani e 2 PS suburbani (USA)	L'intervento ha avuto 3 componenti: cambiamenti ambientali, politiche e procedure, istruzione e formazione. Implementazione e dell'intervento ha avuto luogo in un periodo di 3 mesi (da giugno 2010 ad agosto 2010)	I gruppi di intervento hanno subito una diminuzione significativa del tasso di aggressioni pre e post intervento. Allo stesso modo i gruppi di confronto. L'ipotesi (riduzione degli eventi WPF nei siti di intervento rispetto ai siti di confronto) non è confermata	L'efficacia dei programmi di prevenzione della WPV si basa non solo sulle strategie di contrasto dei fattori di rischio relativi a pazienti, dipendenti e datore di lavoro ma su programmi che coinvolgono i dipendenti e prevedano il sostegno della direzione
<i>Reducing violence in the emergency department: a rapid response team approach</i> (Kellely, 2014)	Studio descrittivo	1 Ps con più di 90.000 pz/anno (USA)	Il "Codice S" attiva un team di risposta rapida che interviene verso individui con comportamento aggressivo in escalation	Dall'attivazione della procedura del Codice S, l'uso di contenzione e isolamento in PS è diminuito dal 30% all'1%	Il protocollo del team di de-escalation per i pazienti con comportamenti aggressivi facilita la gestione degli eventi violenti
<i>The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation</i> (Gerdtz, et al., 2013)	Mixed methods: pre- e post-test survey, intervista individuale	471 partecipanti di 18 PS metropolitani e regionali dello stato di Victoria (Australia). 28 manager e formatori	MOCA-REDI: è un programma educativo di 45 minuti per promuovere l'uso di tecniche di de-escalation e efficaci capacità di comunicazione per prevenire l'aggressività dei pazienti	I partecipanti erano indecisi sulla possibilità di prevenire l'aggressività del paziente e hanno continuato a essere incerti sull'uso della contenzione fisica. Solo in 5/23 items sono stati osservati	Nonostante i dirigenti e i formatori intervistati sul programma percepissero cambiamenti qualitativi nel modo in cui alcuni membri del personale lavoravano per prevenire l'aggressività dei pazienti nella pratica, lo studio ha fornito

<i>Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program</i> (Gillespie, et al., 2013)	Mixed methods: studio descrittivo e qualitativo	3 PS: 1 trauma center di I livello urbano, 1 ospedale urbano e 1 ospedale di periferia. 53 lavoratori di PS hanno valutato il programma. Infermieri manager e formatori dei 3 PS hanno valutato l'efficacia durante un incontro. 315 impiegati hanno completato il training(USA)	Un intervento multicomponente e comprendente: politiche e procedure scritte, corso di aggiornamento (formazione online), cambiamenti ambientali	spostamenti statisticamente significativi 53 I dipendenti hanno valutato il programma generale come moderatamente vantaggioso. Gli infermieri hanno valutato il beneficio più alto, i medici il più basso. 315 dipendenti hanno fornito feedback positivi e costruttivi sulla componente formativa. La ricerca d'azione è stata molto positiva per infermiere manager e formatori	prove limitate per dimostrare l'efficacia del MOCA-REDI LA WPV coinvolge tutti gli operatori sanitari e la prevenzione degli incidenti dipendere dal coinvolgimento di tutte le discipline. È fondamentale che tutti i sanitari sappiano cosa fare in situazioni specifiche e come comunicare i rischi tra di loro in modo da garantire la sicurezza. Se alcuni setting hanno alcune esigenze ambientali e formative uniche, è altamente raccomandato un approccio a livello di struttura che affronti globali strategie di prevenzione
<i>A workplace violence educational program: a repeated measures study</i> (Gillespie, et al., 2014a)	Studio quasi-sperimentale	Il programma è stato avviato a 2 PS: 1 PS pediatrico, 1 PS adulto/pediatrico. 120 sanitari di PS hanno completato la formazione (USA).	3 moduli online: la prevenzione della violenza sul posto di lavoro; la gestione sicura della violenza sul posto di lavoro attraverso un approccio coordinato di squadra; la risposta post-incidente. 2 ore di lezione frontale	Un'analisi della varianza a misure ripetute, condotta per determinare se i singoli punteggi dei test sono aumentati in modo significativo tra i periodi baseline, post-test e a sei mesi, ha indicato un significativo time effect	L'uso di una modalità bundle aumenta la probabilità di raggiungere risultati di apprendimento significativi e assimilati
<i>Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions</i> (Kowalenko, et al., 2012)	Revisione della letteratura	32 articoli su: interventi a livello individuale; modifica nella struttura logistica e sicurezza; interventi a livello di policy; interventi e approcci per ridurre la WPV; impegno di gestione; analisi del luogo di lavoro; interventi per diminuire la WPV in PS	Tre livelli di intervento: 1) formazione individuale del personale sanitario; 2) modifica della struttura fisica e della sicurezza del PS; 3) modifiche alle policy locali e nazionali	Non sono disponibili dati statistici significativi a supporto degli interventi analizzati; una riduzione degli assalti non è dimostrata; nessun studio pubblicato ha valutato l'efficacia degli interventi	Sono necessarie ulteriori ricerche specifiche per il PS per identificare componenti essenziali ed efficaci della formazione, le migliori pratiche per le misure di sicurezza specifiche per il PS e l'efficacia dei "sistemi di allarme" in caso di pazienti potenzialmente violenti
<i>Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent</i>	Studio descrittivo, qualitativo	31 professionisti sanitari di 1 PS pediatrico cittadino (USA).	Le regole di ingaggio degli agenti di sicurezza; risposta negli episodi di WPV; assistere nel	Sono stati identificati sei temi: 1) necessità di agenti di sicurezza, 2) disponibilità e risposta degli	È importante che le comunicazioni tra gli addetti alla sicurezza e i lavoratori del PS avvengano prima che si verifichino eventi violenti. Una

<i>events</i> (Gillespie, et al., 2012)			contenimento e osservazione dei pz violenti; gestione dell'accesso dei visitatori nelle principali aree di trattamento del PS; follow-up sulle segnalazioni degli atti violenti; partecipare alla formazione interdisciplinare di prevenzione e gestione della WPV	agenti di sicurezza, 3) presenza o coinvolgimento di agenti di sicurezza, 4) capacità degli ufficiali di sicurezza di gestire situazioni violente, 5) ruolo di agenti di sicurezza nella contenzione, e 6) ruolo degli agenti di sicurezza nella regolazione degli accessi	comprensione uniforme dei ruoli e delle responsabilità degli agenti di sicurezza dovrebbe essere chiaramente comunicata ai sanitari del PS
<i>Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments</i> (Gates, et al., 2011)	Studio qualitativo	97 operatori di PS hanno partecipato a uno dei 12 focus group (USA)	3 tipi di azioni prima, durante e dopo l'assalto riguardanti i fattori legati ai dipendenti, i fattori riguardanti il paziente / visitatore e i fattori ambientali fisici / sociali	I dati dei focus group hanno mostrato che le strategie di intervento pianificate erano pertinenti, accettabili, fattibili e complete, sia per i dipendenti che per i manager	Il successo dell'intervento dipende dalla fattiva collaborazione degli stakeholders, dal sostegno dell'amministrazione e da una cultura ospedaliera che previene, e non tollera la violenza contro gli operatori sanitari

Tabella 8 Sinossi degli studi selezionati. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, pp. 20-21)

2.4.1 Guiding Principles for mitigating workplace violence

Nell'analisi dei risultati rispetto gli approcci più attuali al problema della WPV in PS è opportuno partire dai Principi guida (*Guiding Principles*) e le aree prioritarie di interesse (*Priority Focus Areas*) sviluppate congiuntamente dall'organizzazione americana degli infermieri dirigenti, l'*American Organization of Nurse Executives* (AONE) e quella degli infermieri di Pronto Soccorso, l'*Emergency Nurses Association* (ENA), riportate in Tabella 9. Questo documento è stato pubblicato simultaneamente nelle edizioni di luglio 2015 sia del *Journal of Emergency Nursing* (AONE, ENA, 2015) che del *Journal of Nursing Administration* (Chappell, 2015). La motivazione principale di questa scelta risiede nel fatto che molti studi (prevalentemente di tipo qualitativo) hanno evidenziato come gli operatori sanitari spesso non si sentano supportati dalle istituzioni e dai leader aziendali (Ashton, et al., 2018; Christie, 2014; Gacki-Smith, et al., 2010; Henderson, et al., 2018; Ramacciati, et al., 2015a; Tan, et al., 2015). Per la prima volta, tredici partecipanti (membri di AONE ed ENA) alla Giornata di dialogo sulla mitigazione della violenza sul luogo di lavoro (*the Day of Dialogue on Mitigating Violence in*

the Workplace), hanno proposto otto principi guida per mitigare la violenza sul posto di lavoro (vedi Tabella 9) e cinque aree di interesse per le organizzazioni sanitarie: incoraggiare una comunicazione e un comportamento rispettosi, stabilire una politica di tolleranza zero, garantire il senso di responsabilità, fornire formazione e istruzioni inerenti la violenza sul posto di lavoro e utilizzare indicatori di risultato rispetto al programma. Questo tool di strumenti ed i principi guida si prefiggono di aiutare gli operatori sanitari (siano essi manager, infermieri o medici) ad implementare ed applicare approcci utili per ridurre sistematicamente la violenza da parte di pazienti e familiari/accompagnatori negli ospedali.

Guiding Principles

1. Violence can and does happen anywhere.
2. Healthy work environments promote positive patient outcomes.
3. All aspects of violence, including those involving patients, families and colleagues, must be addressed.
4. A multidisciplinary team is needed to address workplace violence.
5. Everyone in the organization is accountable for upholding behavior standards.
6. When members of a healthcare team identify an issue that contributes to workplace violence, they have an obligation to address it.
7. A culture shift requires intention, commitment and collaboration of nurses with other healthcare professionals at all levels.
8. Addressing workplace violence may increase the effectiveness of nursing practice and patient care.

Five Priority Focus Areas

-
1. Foundational behaviors to make this framework work:
 - Respectful communication, including active listening
 - Mutual respect demonstrated by all (ie members of the multidisciplinary team, patients, visitors and administrators)
 - Honesty, trust and beneficence
 2. Essential elements of a zero-tolerance framework:
 - Top-down approach supported and observed by an organization's board and C-Suite
 - Enacted policy defining what actions will not be tolerated, as well as specific consequences for infractions to the policy
 - Policy is clearly understood and equally observed by every person in the organization (i.e. leadership, multidisciplinary team, staff, patients and families)
 - Lateral violence is prohibited, regardless of role or position of authority (ie the standard of behavior is the same for doctors, nurses, staff and administration)
 3. Essential elements to ensuring ownership and accountability:
 - Personal accountability, meaning everyone in the organization is responsible for reporting and responding to incidents of violence
 - A zero-tolerance policy is developed with input from staff at every level in the organization, thus ensuring staff co-own the process and expectations
 - Universal standards of behavior are clearly defined and every person in the organization (including patients and families) is held equally accountable
 - Incidents of violence are reported immediately to persons of authority, through the chain of command, to ensure immediate enforcement of the zero-tolerance policy
 4. Essential elements of training and education on workplace violence:
 - Organizational and personal readiness to learn
 - Readily available, evidence-based and organizationally supported tools and interventions
 - Skilled/experienced facilitators who understand the audience and specific issues
 - Training on early recognition and de-escalation of potential violence in both individuals and environments
 - Health care specific case studies with simulations to demonstrate actions in situations of violence
 5. Outcome metrics of the program's success:
 - Top ranked staff and patient safety scores
 - Incidence of harm from violent behavior decreases
 - Entire organization (staff) reports feeling "very safe" on the staff engagement survey
 - Patients and families report feeling safe in the health care setting
 - Staff feels comfortable reporting incidents and involving persons of authority
 - The organization reflects the following culture change indicators: employers are engaged, employees are satisfied and HCAHPS scores increase
-

Tabella 9 Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace and Five Priority Focus Areas. Fonte: (AONE, ENA, 2015) (Chappell, 2015) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2016a, p.22)

2.4.2 Scenario-based training methods

In linea con il quinto punto della quarta *Priority Focus Areas* (vedi Tabella 9), Kotora e colleghi (Kotora, et al., 2014), hanno recentemente proposto un approccio basato sulla simulazione proponendo scenari di assistenza sanitaria e simulazioni per migliorare la consapevolezza comportamentale in situazioni di violenza. Gli autori hanno strutturato un intervento formativo per preparare al meglio gli operatori sanitari in caso di aggressione armata (una situazione

estrema che può verificarsi in Pronto Soccorso) utilizzando metodiche di didattica frontale e simulazione basata su scenari appositamente creati. Dopo un pre-test di 10 items sviluppato dal corso *IS: 907 Active Shooter* del *Department of Homeland Security*, 32 infermieri e medici di PS hanno partecipato ad una simulazione di scenario di sparatoria seguita da una lezione magistrale sulla liberazione degli ostaggi e sulla negoziazione della crisi. Sono stati, quindi, esposti a una sparatoria multipla simulata. Un post-test e un de briefing sono stati effettuati al termine dell'intervento. Nelle conclusioni gli autori affermano che le lezioni didattiche, combinate con gli scenari basati sui casi, si dimostrano efficaci strumenti di addestramento per gli operatori sanitari nella gestione di un'aggressione con armi da fuoco. In effetti, il test t di Student per dati appaiati ha confermato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi pre-test e post-test per tutti i partecipanti ($p < 0,002$ [-0,177, -0,041]). Studi recentissimi ancora in press confermano la bontà di questo approccio. Sanchez e colleghi descrivendo i risultati riguardanti un corso di formazione basato sulla simulazione di uno scenario di aggressione armata in Pronto Soccorso hanno evidenziato che il 70% dei 204 partecipanti al termine del corso ha mostrato un miglioramento delle conoscenze sulle problematiche correlate al problema e il 92% ha dichiarato di sentirsi più preparato a reagire di fronte ad una persona armata (Sanchez, et al., 2018). Risultati incoraggianti rispetto all'adozione di modalità di formazione basata sulla simulazione nell'addestramento sulla gestione della violenza in PS versus modalità FAD on line, giungono anche dal recente studio di Krull et al. (Krull W, et al., 2018). Gli autori statunitensi hanno riscontrato differenze significative ($P < 0,0001$) nelle tabelle di contingenza che confrontavano le due modalità rispetto a conoscenza (21%), abilità (20%), fiducia (20%) e preparazione (30%).

2.4.3 Rapid training program

I corsi di formazione che mirano a promuovere abilità comunicative efficaci e l'uso di tecniche di de-escalation per prevenire l'aggressività dei pazienti sono certamente un'utile strategia (vedi il quinto punto della quarta area di priorità della Tabella 9). L'approccio proposto da Gerdtz, et al., (2013), ha

lo scopo di fornire questo tipo di esperienza in modalità diffusa e veloce. Questo studio pubblicato nel 2013 è stato condotto per valutare l'efficacia di intervento formativo basato sul modello teorico di Duxbury (Duxbury, 1999), secondo il quale i fattori causali per l'aggressività del paziente sono suddivisibili in tre categorie: interna (cause paziente / biomediche), esterna (cause ambientali) e interazionali (cause situazionali). Il *Management of Clinical Aggression - Rapid Emergency Department Intervention (MOCA-REDI)* è un corso di formazione rapido, erogato in una sessione di apprendimento di 45 minuti. Gli autori australiani hanno testato questo programma con un approccio misto: sia con un pre- e post-test somministrato ai partecipanti al training immediatamente prima e 6-8 settimane dopo l'addestramento, sia tramite interviste individuali a dirigenti e partecipanti a distanza di 8-10 settimane dall'intervento formativo. Il corso prevedeva tre attività chiave di apprendimento: 1° la visualizzazione di un DVD con una simulazione di 3,5 minuti di un episodio di aggressione da parte di un paziente in PS; 2° una discussione sulle prove di efficacia (EBN) riguardanti la prevenzione dell'aggressività in ambito sanitario, i fattori di rischio per la WPV e i segnali premonitori per l'aggressività; 3° la revisione degli attuali approcci utilizzati per gestire gli episodi di aggressione sul posto di lavoro e la discussione sui modi in cui la pratica clinica sicura può essere migliorata. 471 partecipanti provenienti da 18 PS situati nello stato del Victoria (Australia) hanno completato il pre e post test dopo l'addestramento e 28 dirigenti e formatori hanno fornito le loro percezioni sull'impatto del programma. Nonostante la formazione, i partecipanti hanno riferito di non essere sicuri se sia possibile prevenire episodi di aggressione dei pazienti (gli spostamenti statisticamente significativi sono stati osservati solo in 5 di 23 voci esplorate). Tuttavia, i dirigenti hanno segnalato cambiamenti qualitativi nel modo in cui alcuni membri del personale hanno lavorato per prevenire episodi di aggressione dei pazienti nella pratica clinico/assistenziale quotidiana.

2.4.4 Interventi educativi misti

La formazione incentrata sulla prevenzione è considerata da molti autori come una importante strategia per ridurre il rischio di violenza in PS. Gillespie,

Farra e Gates (Gillespie, et al., 2014a) hanno recentemente dimostrato la probabilità di ottenere risultati significativi di apprendimento e memorizzazione mediante l'uso di un programma educativo misto (Hybrid) (online e in classe). In questo studio, gli autori hanno testato un approccio educativo che copriva gli argomenti solitamente proposti in programmi di questo tipo, con tre moduli online: la prevenzione della violenza sul posto di lavoro (sicurezza ambientale, valutazione del rischio e comunicazione efficace con pazienti e visitatori); la gestione sicura della violenza sul posto di lavoro attraverso un approccio coordinato di gruppo e la risposta post incidente (segnalazione degli incidenti e supporto dei lavoratori vittime di atti violenti). Dopo una sessione di aula interattiva di due ore, i partecipanti hanno discusso con i colleghi sul modo migliore per gestire gli eventi violenti. Grazie a uno studio quasi sperimentale, che ha arruolato 143 infermieri (120 dei quali hanno formato il campione di studio) provenienti da due dipartimenti di emergenza statunitensi, l'efficacia del programma educativo è stata valutata da tre test (basale, post-test e test a sei mesi). È stato osservato un significativo effetto del tempo nei risultati ottenuti da un'analisi delle varianze effettuata su misure ripetute per determinare se i singoli punteggi dei test aumentavano significativamente nel tempo. Le conclusioni a cui sono giunti gli autori sono: che questo tipo di programma di prevenzione educativa sulla violenza sul posto di lavoro, adattato alle esigenze dei dipendenti dei dipartimenti di emergenza, può essere una strategia utile per il raggiungimento di risultati di apprendimento soddisfacenti.

2.4.5 Rapid response teams

La presenza di addetti alla sicurezza in PS è diffusamente considerata un'efficace risorsa deterrente e attiva per ridurre gli episodi di violenza, ma pochi studi hanno valutato il ruolo e l'impatto degli agenti di sicurezza per contrastare la WPV. Gillespie, Gates, Miller e altri nel loro studio qualitativo pubblicato nel 2012 hanno cercato di colmare questa lacuna (Gillespie, et al., 2012). Un approccio alternativo è quello proposto da Elizabeth C. Kelley nel suo studio, in cui gli addetti alla sicurezza sono inseriti in un team di risposta rapido formato da medici, infermieri, assistenti sociali, tecnici, personale delle risorse umane,

membri dell'amministrazione e addetti alla gestione del rischio (Kelley, 2014). Secondo lo studio di Gillespie e colleghi, il supporto offerto dagli addetti alla sicurezza (non solo limitato alle azioni rapide richieste quando un paziente o un visitatore diventa violento, ma anche includente l'assistenza nella mediazione e all'osservazione dei pazienti violenti, la gestione dei visitatori all'arrivo in PS, il follow-up dopo le segnalazioni degli eventi violenti, la partecipazione alla formazione interdisciplinare di prevenzione e gestione della WPV), viene percepito dal personale di emergenza come valido e utile, ma non per quanto riguarda l'efficacia nel mantenimento di un ambiente di lavoro sicuro. In ogni caso l'utilità di introdurre un team multidisciplinare pronto ad intervenire rapidamente in caso di escalation negativa nel comportamento di un paziente o accompagnatore verso il personale sanitario viene evidenziata anche nelle conclusioni dell'autrice statunitense (Kelley, 2014).

2.4.6 Approccio globale

Gillespie e colleghi, sicuramente tra gli studiosi più autorevoli in questo campo di ricerca, suggeriscono che un approccio efficace per ridurre le aggressioni e le minacce fisiche nel dipartimento di emergenza deve essere basato su un intervento globale (vedi Tabella 10) (Gillespie, et al., 2014b). Implementare ogni ristrutturazione ambientale necessaria, definire politiche e procedure antiviolenta e programmare corsi di formazione e di aggiornamento sono i tre interventi fondamentali a vantaggio di tutti i membri dello staff, indipendentemente dal ruolo (medici, infermieri, assistenti sociali, agenti di sicurezza, amministrativi, psicologi e addetti al rischio clinico). Il feedback continuo da parte dei dipendenti, manager e amministratori e la consulenza di esperti nella prevenzione e gestione della WPV sono cruciali per il successo di questo tipo di azioni preventive. Sebbene nel loro studio, l'ipotesi che i Pronto Soccorso in cui è stato effettuato questa modalità di intervento avrebbero registrato una diminuzione significativamente maggiore degli episodi di WPV rispetto ai Pronto Soccorso di controllo non sia stata supportata, gli autori osservano che due dei tre PS di intervento hanno registrato una diminuzione significativa degli eventi violenti.

Intervento multi-componente

Politiche e procedure scritte:

strategie per la valutazione del rischio, mantenimento di un ambiente sicuro, comunicazione del rischio, risposta a eventi violenti, sistema di segnalazione degli eventi, sorveglianza e assistenza post-incidente.

Componente didattica (formazione online uniforme):

contenuto didattico per la prevenzione, gestione e supporto post-incidente, classe interprofessionale per i lavoratori per ogni nuova adozione di politiche e procedure antiviolenza, formazione online.

Cambiamenti ambientali specifici del sito:

processo di adozione per avvisare il personale non clinico (es. servizi ambientali) che una persona violenta era nella stanza; installazione di pulsanti antipánico, porte bloccate e telecamere a circuito chiuso.

Tabella 10 Intervento globale (comprehensive) di Prevenzione della violenza in PS Fonte: (Gillespie, et al., 2014b).

Allo stesso modo, nella panoramica degli interventi per contrastare e gestire la violenza sul posto di lavoro in PS proposta da Kowalenko e colleghi (2012), vengono suggeriti molteplici approcci: la formazione individuale dei membri del team di PS; la modifica della struttura fisica (locali) e sistemi di sicurezza dei Dipartimenti di Emergenza e le modifiche alle politiche locali (aziendali/regionali) e nazionali o piani d'azione volti a ridurre la violenza in PS (vedi Tabella 11). Sfortunatamente, questo interessante articolo di revisione della letteratura sottolineava che non esistevano al momento prove di comprovata efficacia per nessuna delle azioni proposte. Ma anche revisioni narrative più recenti sugli interventi *evidence-based* per la gestione della violenza verso gli infermieri non sembrano fornire risultati migliori (Martinez, 2016).

Azioni

Educare e formare dipendenti, manager e addetti alla sicurezza

Segnalazione obbligatoria degli eventi

Sviluppare una politica di tolleranza zero

Comunicare la politica di tolleranza zero a tutti i pazienti e visitatori, insieme alle conseguenze in caso di comportamenti violenti

Isolare i pazienti aggressivi in aree separate

Istituire il registro paziente / visitatore violento per avvisare il personale al momento di accessi successivi

Sviluppare e attuare il piano di sicurezza

Monitoraggio attento dell'accesso al pronto soccorso

Limitare e imporre rigorosamente il limite al numero di visitatori

Sviluppare una procedura chiara per la valutazione del rischio di violenza

Implementare procedure per affrontare un evento violento

Rivedere periodicamente il processo e le procedure per la gestione degli atti violenti

Tabella 11 Piano d'azione per sviluppare interventi volti a ridurre la violenza in PS. Fonte: (Kowalenko, et al., 2012)

2.4.7 Interventi di Ricerca-Azione

La complessità del fenomeno della WPV può essere affrontata con un approccio di ricerca-azione. Questa è la strategia di intervento proposta da Gates et al (Gates, et al., 2011). I ricercatori hanno utilizzato la matrice di Haddon (Haddon, 1980), che combina i concetti epidemiologici di ospite, veicolo, agente/vettore e ambiente con i concetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria per identificare e categorizzare le loro strategie di intervento per ridurre gli episodi di aggressione in Pronto Soccorso (vedi Tabella 12). I risultati dello studio qualitativo condotto dagli autori con 97 membri dello staff che hanno partecipato a dodici focus group hanno dimostrato che le strategie di intervento pianificate erano pertinenti, accettabili, fattibili e complete, sia per i dipendenti che per i dirigenti.

	Before assault	During Assault	After Assault
Host (employee) factors	<ul style="list-style-type: none"> - Education and training - Policy and procedures - Preventing aggressive Behaviour De-escalation and conflict resolution - Managing aggression 	<ul style="list-style-type: none"> - Education and training - Nonviolent crisis intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Critical incident debriefing - Mandatory reporting of all physical assaults and physical threats
Vector and vehicle (patient/visitor) factors	<ul style="list-style-type: none"> - Communication to patients and visitors of policy that violence will not be tolerated and potential consequences of violent behaviour - Minimize anxiety for waiting patients and visitors by communicating with them every 30 min 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolate perpetrator from others 	<ul style="list-style-type: none"> - Reporting to security/police - Maintain patient's/visitor's name for alerting staff upon return visit
Physical/social environmental factors	<ul style="list-style-type: none"> - Develop and communicate policy to employees and management that violence is never acceptable - Development and implementation of violence policies and procedures - Manager education - Security/police response/policies and education - Monitor access to emergency department - Develop mechanism to alert staff when patients and visitors who were previously violent visit the emergency department again - Quiet environment/areas - Special area for aggressive individuals/safe room for criminals - Enforce visitor policies (i.e. number of visitors) 	<ul style="list-style-type: none"> - Security/police plan - Implement procedures for dealing with violent event - Create procedure for investigating physical threats 	<ul style="list-style-type: none"> - Create procedure for reviewing violent event

Tabella 12La matrice di Haddon applicata alla prevenzione della violenza in PS. Fonte:(Gates, et al., 2011) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2016a, p.24)

Le considerazioni conclusive riportate al termine della revisione sugli interventi più attuali pubblicate su OAEM, sono riportate nel prossimo paragrafo che chiude questo capitolo 2.

2.5 Conclusioni

Il fenomeno della violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario, e in particolare nel dipartimento di emergenza, è oggetto di numerose ricerche internazionali. Sono stati sviluppati interessanti modelli teorici (Duxbury, 1999; Ferns, 2007) e framework esplicativi (Ramacciati, et al., 2013b). Comprendere i tipi di atti violenti (verbali o fisici) e gli autori (pazienti, i loro parenti o amici), evidenziare i fattori precipitanti e i fattori di rischio e quantificare il fenomeno sono tra gli obiettivi principali di molti articoli. Questi studi sono generalmente analitici e descrittivi, di solito con una metodologia qualitativa / quantitativa mista (Brunetti & Bambi, 2013). Alcuni di questi hanno strategie di intervento focalizzate per affrontare la violenza nei confronti degli operatori sanitari. Ma fino ad oggi, i pochi studi che hanno tentato di valutare l'efficacia degli interventi, hanno mostrato deboli evidenze. Sono, quindi, necessarie ulteriori ricerche per identificare i contenuti di formazione efficaci, le migliori pratiche e le misure di sicurezza idonee per promuovere un ambiente di lavoro sicuro in PS. La complessità del fenomeno e la forte interrelazione tra i vari fattori suggeriscono che il problema della violenza in Pronto Soccorso potrebbe essere affrontato efficacemente solo con un'analisi "multidimensionale" degli ambienti operativi e con interventi "multi-target" (Ramacciati, et al., 2014). Un approccio globale (Ramacciati, et al., 2013b) e interdisciplinare (Rintoul, et al., 2009) per la gestione della violenza in Pronto soccorso consentirà di trovare soluzioni efficaci. Perché la sfida più grande è quella di garantire che la violenza contro i professionisti della salute sia mai più: "*come with the job*" (Dubb, 2015) o considerata "*part of our job*" (Baby, et al., 2014).

3. VIOLENZA VERSO GLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO: TEORIE E MODELLI CONCETTUALI

3.1 Background

Il *topic* di questo capitolo prende spunto dal lavoro di revisione illustrato nelle pagine precedenti. Il riscontro dell'assenza di prove di efficacia riguardo agli interventi di contrasto, mitigazione, gestione e prevenzione degli atti violenti in sanità, ma anche l'incertezza rispetto i fondamenti teorici e scientifici di molti approcci adottati per affrontare il problema della violenza verso il personale e in particolar modo gli infermieri, ci ha indotto a svolgere una ricerca sulle possibili teorie sviluppate nel tempo, non necessariamente ed esclusivamente da studiosi delle discipline mediche e infermieristiche, per "spiegare" il fenomeno della violenza, e "guidare" le azioni anti-violenza.

La personale propensione a cercare solide fondamenta teoriche nell'agito professionale ha trovato conforto in un interessante lavoro - non recente ma ancora attuale - di Terry Ferns, infermiera ricercatrice presso l'University of Greenwich di Londra e autorevole firma di molti studi sulla violenza verso gli infermieri, in cui l'Autrice enfatizza l'importanza di basare le azioni e gli interventi sui modelli e le teorie interpretative della violenza, esplorandone e discutendone gli assiomi e i concetti portanti (Ferns, 2007). Da qui l'assunto che basando le azioni volte a mitigare la violenza su teorie solide è possibile individuare le strategie migliori per la gestione della WPV. Ne è nato così uno studio di revisione della letteratura scientifica internazionale sulle teorie e i modelli concettuali esplicativi della violenza in ambito sanitario e in particolare nello specifico contesto di Pronto Soccorso. La logica alla base di questa revisione è che per decidere valide azioni future per affrontare efficacemente il fenomeno della WPV nel dipartimento di emergenza è necessaria una conoscenza profonda e critica del problema nei suoi presupposti teorici. Al contempo conoscere le diverse teorie elaborate nel corso degli anni a livello internazionale sul fenomeno della violenza è fondamentale per sviluppare ulteriormente il costrutto dell'Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso".

La presente revisione narrativa è stata pubblicata nella sua versione finale il 18 settembre 2017 in *early view* nella rivista *International Emergency Nursing* (Ramacciati, et al., 2018b) e citata ad oggi in una monografia a cura di Mitchell, et al., (2018) e da Jill Beattie e colleghi (2018).

3.2 Metodologia

Prima di effettuare la ricerca vera e propria degli articoli è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura internazionale sulle teorie inerenti alla WPV nel database PubMed usando i seguenti termini di ricerca: “*workplace violence*”, “*theory*”, “*framework*” ed “*emergency*”. Allo stesso modo, in Google Scholar è stata effettuata una ricerca finalizzata ad individuare eventuali lavori di letteratura grigia. Questo per consentire una migliore identificazione dei termini chiave da utilizzare nella strategia di ricerca. La ricerca finale è stata effettuata tra il 29 novembre e il 4 dicembre 2016 in 4 database elettronici: PubMed, CINAHL, Scopus e Proquest Central. Le stringhe di *query* utilizzate nei database sono state costruite utilizzando gli operatori Booleani AND e OR e la stringa virgolettata (in PubMed) o l'operatore di vicinanza N2 (in CINAHL) quando i termini descrittivi erano parole composte (vedi Tabella 13). Gli studi sono stati inclusi in questa revisione se venivano soddisfatti i seguenti criteri di inclusione:

- 1) l'articolo è pubblicato in inglese;
- 2) sono disponibili abstract o full text;
- 3) l'articolo tratta di Violenza di tipo 2 (cliente-on worker);
- 4) le teorie hanno implicazioni dirette con la WPV nel dipartimento di emergenza/Pronto Soccorso; e infine
- 5) articolo pubblicato su riviste peer-reviewed.

Non è stato applicato alcun limite di tempo per quanto riguarda la data di pubblicazione degli articoli, perché l'intento era quello di identificare tutte le teorie sulla violenza sul luogo di lavoro elaborate nel tempo, o quanto meno, possibilmente, la maggior parte.

Database	Entry terms / search strategy	Limiti
PubMed	((model[All Fields] OR models[All Fields] OR ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields]) AND ("analysis"[Subheading] OR "analysis"[All Fields])) OR ("etiology"[Subheading] OR "etiology"[All Fields] OR "causality"[MeSH Terms] OR "causality"[All Fields]) OR concept[All Fields] OR concepts[All Fields] OR theory[All Fields] OR theories[All Fields] OR framework[All Fields] OR frameworks[All Fields]) AND ("workplace violence"[MeSH Terms] OR ("workplace"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "workplace violence"[All Fields])) AND ("emergencies"[MeSH Terms] OR "emergencies"[All Fields] OR "emergency"[All Fields])	Nessuno
CINAHL	(model OR models or violence N2 analysis OR etiology OR concept OR concepts OR theory OR theories OR framework OR frameworks) AND (workplace N2 violence) AND emergency	Nessuno

Tabella 13 Stringa di ricerca utilizzata per la ricerca degli articoli nei database PubMed e CINAHL. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.3)

3.3 Risultati

Le ricerche effettuate in PubMed, CINAHL, Scopus e Proquest Central hanno prodotto rispettivamente 110, 43, 86 e 217 documenti (27 sono presenti in più di un database), per un totale di 429 articoli. Una selezione preliminare per l'inclusione degli articoli è stata condotta indipendentemente da due ricercatori leggendo il titolo dell'articolo per rilevanza (177 articoli), seguito dall'esame dell'abstract (18 documenti) e, infine, da una attenta lettura degli articoli in *full test*. Applicando i criteri di inclusione, sono stati selezionato 15 studi sulle teorie esplicative della violenza nei confronti dei lavoratori di Pronto Soccorso come da Flow Chart secondo lo standard PRISMA riprodotta nella Figura 3. A seguire la sinossi degli studi selezionati, come sinteticamente mostrata nella Tabella 14.

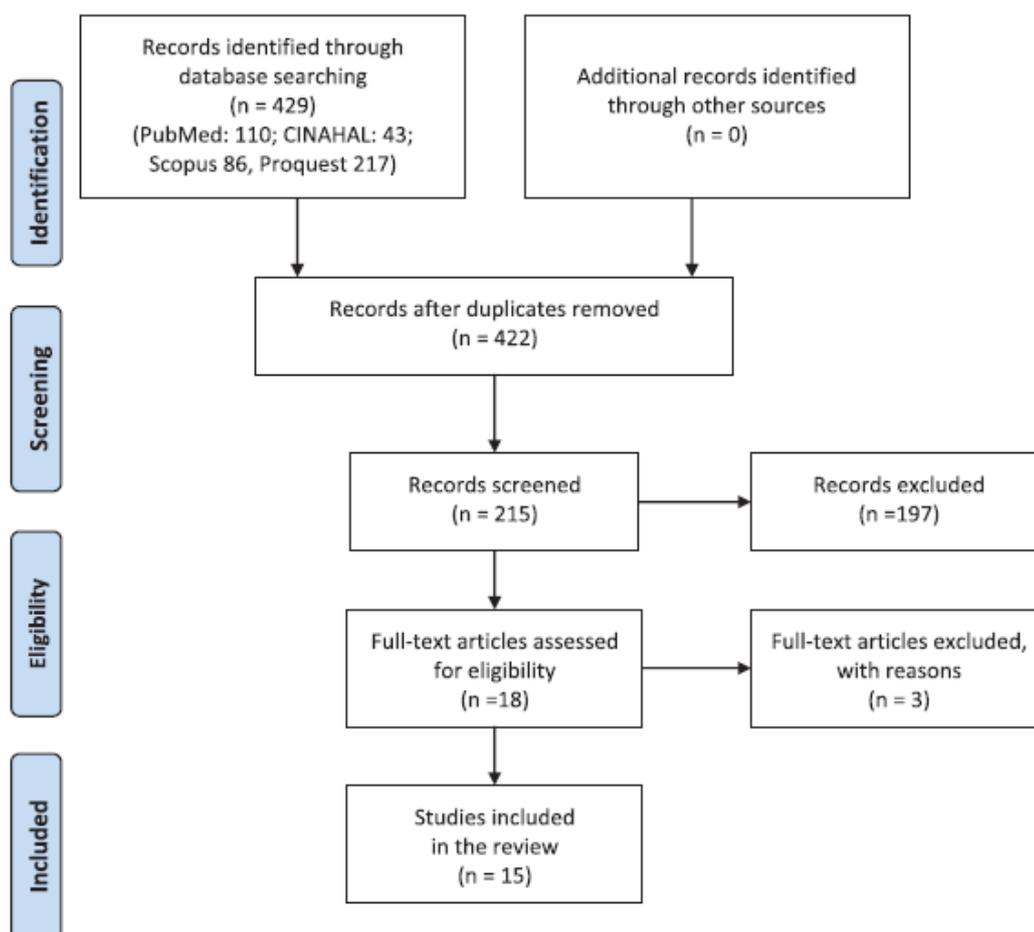


Figura 3 Diagramma di flusso della selezione degli articoli secondo lo standard internazionale PRISMA. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.4)

Titolo dell'articolo(Autori,anno di pubblicazione)	Study design	Teoria/framework (Autori)	Implicazioni per gli interventi
<i>Violence to staff in a general hospital setting</i> (Whittington, et al., 1996)	Studio esplorativo	Poyner & Warne's model of workplace violence (Poyner e Warne)	Formazione nella gestione della violenza: strategie di de-fusion (violenza verbale), tecniche di fuga (violenza fisica) e guida per le strategie per far fronte a un assalto/violenza.
<i>Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments</i> (Levin, et al., 1998)	Studio descrittivo	Ecological occupational health model of workplace assault.	Attuazione delle policy, riprogettazione dipartimentale e sviluppo del programma: (es. impegno nella gestione e coinvolgimento dei dipendenti, analisi del PS, prevenzione e controllo dei pericoli, formazione e istruzione di dipendenti, supervisori, dirigenti e personale addetto alla sicurezza sulla gestione dell'aggressività, tecniche di de-escalation, conoscenze sulle "bande" o "gang" e sensibilità culturale, sistema di segnalazione e valutazione dei programmi antiviolenza).
<i>Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals</i> (Hesketh, et al., 2003)	Studio Quasisperimentale	Broken Windows theory (Wilson and Kelling)	Interventi sistemici focalizzati sulla politica di tolleranza zero (non su dichiarazioni solo formali sull'"anti-violenza"), e promozione di ambienti in cui la buona educazione, la cortesia e la gentilezza siano attese a tutti i livelli nella pratica quotidiana.
<i>Violence in the emergency department: a</i>	Revisione della	Teoria Biologica (Volavka; Davidson, Putnam and	Due principali tipi di strategie di gestione della violenza: a livello micro

<i>literature review</i> (Lau, et al., 2004)	letteratura	Larson) Social learning theory (Bandura) Frustration-aggression theory (Berkowitz)	dei pazienti e del personale ea livello macro di ospedale. <i>Paziente:</i> un approccio medico nel trattare con la violenza, osservando attentamente il paziente, raccogliendo un'anamnesi dettagliata, insegnando ai pazienti i modi appropriati per far fronte allo stress, abilità verbali e non verbali efficaci. <i>Personale:</i> formazione del personale nelle abilità interpersonali e di comunicazione, abilità specifiche legate alla violenza, debriefing della vittima e consulenza formale per affrontare le conseguenze psicologiche della violenza dei pazienti. <i>Ospedale:</i> misure amministrative (come adeguati sistemi di segnalazione, formazione efficace sulla sicurezza e sicurezza 24 ore sul posto) e ambientali (come porte di sicurezza, videocamere di sicurezza, accesso controllato, metal detector, finestra protettiva e allarmi antipánico).
<i>Violence in the emergency department: a culture care perspective</i> (Early & Hubbert, 2006)	Studio fenomenologico	Culture care theory (Leininger)	Migliorare la sicurezza personale degli infermieri e quella di tutti gli utenti e le loro famiglie. Facilitare i loro sentimenti positivi verso la pratica infermieristica. Aumentare il supporto dell'amministrazione.
<i>STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments</i> (Luck, et al., 2007)	Mixed method case study	STAMP violence assessment framework	L'uso clinico del framework STAMP può facilitare il riconoscimento precoce delle situazioni di rischio e consentire un'applicazione più rapida delle azioni di de escalation.
<i>Considering theories of aggression in an emergency department context.</i> (Ferns, 2007)	Analisi delle teorie	Teoria Psicoanalitica (Freud) Teorie della personalità (Glass; Holmes & Will; Snyder; Dodge & Coie; Eysenck & Gudjonsson; Harrower) Teorie Biologiche (Eysenck; Harrower; Price et al.; Witkin) Alterazioni biochimiche (Myers; Moyer; Harrower; Eysenck) Alterazioni neurologiche (Harrower; Davidson et al.; Myers) The frustration/aggression hypothesis (Dollard et al.) Rational choice theory (Elster) The negative affect escape model (Baron and Bell) Excitation-transfer theory (Zillermann) Approccio Etnologico (Lorenz) Teoria dell'apprendimento Sociale (Bandura)	Aumentare la conoscenza dei fattori di rischio relativi a: provocazione involontaria (teorie della personalità), condizioni genetiche o biologiche (teorie biologiche), anomalie a livello di sostanze biochimiche (alterazioni biochimiche), paziente con deficit neurologico (alterazioni neurologiche), effetti di stimoli negativi sugli utenti (Excitation-transfer theory). Ridurre i tempi di attesa (frustration/aggression hypothesis). Politica di tolleranza zero: perseguire gli utenti di servizi aggressivi, impiegando guardie di sicurezza, implementando la TV a circuito chiuso (teoria della scelta razionale). Creazione di un'area di attesa confortevole in PS, con televisioni e dispenser per bevande, oltre all'accesso controllato (The negative affect escape model). Promuovere un sentimento di appartenenza al luogo di lavoro, il personale dovrebbe essere incoraggiato a considerare il dipartimento come "il nostro dipartimento" piuttosto che "il mio dipartimento" (approccio etnologico). La sicurezza delle strutture sanitarie è un problema di salute pubblica (teoria dell'apprendimento sociale)
<i>Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach</i> (Landau & Bendalak, 2008)	Studio descrittivo	The routine activity theory (Cohen and Felson)	Ridurre l'esposizione ai potenziali aggressori, migliorare i livelli di protezione rispetto ai possibili obiettivi:quelli più probabili e più esposti (per vicinanza) ai trasgressori.
<i>Workplace violence experienced by registered nurses: a concept</i>	Concept analysis	The concept of workplace violence against	Individuazione e comprensione delle caratteristiche essenziali della WPV:

<i>analysis</i> (Ventura-Madangeng & Wilson, 2009)		registered nurses	fattori esterni sistemici e ambientali, circostanze stressanti e/o caratteristiche interne operatore e pz
<i>Preventing interpersonal violence in emergency departments: Practical applications of criminology theory</i> (Henson, 2010)	Analisi della teoria	The situational crime prevention theory (Clarke)	Metal detectors all'ingresso principale, scanner di tessere identificative per tutti gli ingressi dei dipendenti e aree private, sistema di blocco automatico in caso di incidente violento, dispositivi di contenimento in tutte le stanze, estendere il livello di sorveglianza formale (polizia o personale di sicurezza, installazione telecamere a circuito chiuso, specchi curvi agli angoli dei corridoi e aumento dell'illuminazione in tutto il PS, pulsanti di panico/allarme, vetro infrangibile). Una sala d'attesa confortevole, aggiornamenti continui e tempestivi per i pazienti in attesa in PS, la disponibilità di consulente, allontanamento delle persone violente dall'area di attesa o servizio, esporre chiaramente le regole di condotta (poster o cartelli) e le conseguenze per la loro violazione.
<i>Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II)</i> (Lau, et al., 2012)	Studio etnografico	Framework of cultural aspects of violence in the ED	Migliorare: capacità comunicative, riconoscimento del "punto di svolta", gestione dei tempi di attesa (fornendo una motivazione per ulteriori attese) e richieste fatte da pazienti / parenti.
<i>A model to investigate workplace violence in the health sector</i> (Rodríguez & Paravic, 2013)	Analisi della teoria	Interactive Model of Workplace Violence (Chappell and Di Martino)	Analizzare la violenza da un punto di vista multifattoriale (come strumento per sostenere la ricerca legata alla WPV nel settore sanitario).
<i>Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments</i> (Gates, et al., 2011)	Qualitative study	The Haddon matrix (Haddon)	Strategie di intervento nel periodo temporale prima, durante e dopo l'assalto o episodio di violenza (vedi Tabella 15)
<i>Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence.</i> (Gillespie, et al., 2015)	Analisi della teoria	Social-Ecological Model	Raccomandazioni a livello individuale: valutazione conoscenze sulla WPV, uso di precauzioni universali (presenza di altra persona durante le interazioni con pazienti ad alto rischio e/o visitatori, mantenimento di una distanza di sicurezza da pazienti e visitatori, assicurando che nessuna persona o oggetto blocchi la porta di uscita), contrassegnare il paziente noto come violento, sistema di notifica per avvisare i colleghi di lavoro quando una persona violenta è in PS. Raccomandazioni a livello di posto di lavoro: un approccio sfaccettato che include almeno una politica di tolleranza zero, istruzione, sorveglianza e valutazione del programma.
<i>Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents: a qualitative study</i> (Morken, et al., 2016;)	Studio qualitativo	The theory of Struggle for Recognition (Teoria della Lotta per il riconoscimento) (Honneth)	Migliorare la capacità del personale sanitario di riconoscere le aspettative e le esigenze dei pazienti. Aumentare la consapevolezza dell'importanza dell'interazione con i pazienti. Migliora le capacità di comunicazione

Tabella 14 Sinossi degli studi selezionati. Fonte: (Ramacciatì, et al., 2018b, pp.5-6)

3.3.1 Poyner and Warne's model of workplace violence

Il primo quadro teorico individuato è stato preso in considerazione in un lavoro di Whittington, Shuttleworth e Hill (Whittington, et al., 1996), ed è stato sviluppato da Poyner e Warne nel 1986 (Poyner & Wame, 1986), i quali ritengono che i fattori situazionali e interpersonali siano cruciali nella generazione di rabbia e violenza.

Il loro modello identifica cinque caratteristiche principali di ogni atto violento che si verifica in un ambiente di lavoro: l'aggressore, il dipendente, la situazione, il tipo di interazione che ha avuto luogo tra l'aggressore e il dipendente prima dell'assalto e il risultato. Whittington e colleghi hanno adottato la prospettiva interpersonale basata sul modello di WPV di Poyner & Warne nel loro studio condotto nel 1996 con l'intenzione di stimare la prevalenza della violenza per il personale in un ambiente ospedaliero generale (incluso il dipartimento di emergenza) e analizzare le ragioni della WPV. Il *Poyner and Warne's model of workplace violence* è stato utilizzato per costruire un profilo di situazioni ad alto rischio nell'assistenza sanitaria generale (Zarola, et al., 2008), e specialmente in contesti psichiatrici (Whittington & Wykes, 1994).

3.3.2 Ecological occupational health model of workplace assault

Il modello ecologico della violenza sul posto di lavoro "*Ecological occupational health model of workplace assault*" è stato utilizzato per la prima volta da Levin, Hewitt e Misner per esaminare i molteplici fattori ipotizzati come favorevoli le violenze verbali e fisiche dei lavoratori del Pronto Soccorso (Levin, et al., 1998). Gli Autori hanno identificato tre fattori fortemente interrelati: il singolo lavoratore, il posto di lavoro e l'ambiente esterno. Un ulteriore fattore (la situazione di aggressione) è stato preso in considerazione in un ulteriore sviluppo di questo modello da Levin, Hewitt, Misner e Reynolds analizzando il fenomeno della WPV nelle strutture di assistenza a lungo termine (LTC) (Levin, et al., 2003). Quest'ultima versione del modello è stata poi utilizzata da Gillespie, Gates e

Berry in uno studio qualitativo per descrivere gli effetti stressanti della violenza fisica contro gli infermieri di emergenza (Gillespie, et al., 2013).

3.3.3 Broken Windows theory

Nel loro studio sugli eventi, sulle fonti e sulla segnalazione degli atti violenti verso gli infermieri negli ospedali dell'Alberta e della British Columbia, Hesketh et al. hanno proposto una teoria presa in prestito dalla criminologia chiamata della "finestre rotta" la "*Broken Windows theory*" per offrire alcuni suggerimenti guida nello sviluppo di strategie per prevenire la WPV (Hesketh, et al., 2003). Secondo questa teoria del comportamento criminale, tollerare condotte criminali "minori" in una comunità (come ad esempio gli atti di vandalismo) crea un ambiente in cui si verifica più crimine (per esempio rapine e aggressioni) (Wilson & Kelling, 1982). Allo stesso modo, gli autori ipotizzano che se l'abuso e la violenza emotiva è tollerato nell'ambiente di lavoro (ad esempio tra colleghi di lavoro), gli estranei all'organizzazione (come i pazienti) hanno maggiori probabilità di diventare sempre più violenti e aggressivi. Gli autori canadesi suggeriscono che la *Broken Windows theory* potrebbe costituire una valida base per lo sviluppo di nuove strategie e politiche di prevenzione della violenza in Pronto Soccorso.

3.3.4 Culture care theory

Lo studio fenomenologico di Early e Hubbert (2006) usa la *Holistic Culture Care theory* di Leininger (2002) per identificare le diverse culture a cui appartengono gli individui che si rivolgono o lavorano in Pronto Soccorso. Questo studio ha identificato quattro sottoculture all'interno del più ampio sistema sanitario, coinvolte nel fenomeno della violenza nei servizi di emergenza: gli infermieri di Pronto Soccorso, le amministrazioni degli ospedali, i clienti con comportamenti violenti ed i clienti senza comportamenti violenti. Gli autori hanno anche identificato tre temi: le politiche ospedaliere che non favoriscono un ambiente sicuro per il servizio di PS, i casi in cui il personale di PS non è considerato importante dall'amministrazione ospedaliera quanto l'immagine pubblica dell'ospedale stesso, e i casi in cui l'ansia, la paura e le emozioni

negative dovute alla violenza nel proprio ambiente di lavoro influiscono sulla qualità dell'assistenza degli infermieri. Gli autori concludono il loro articolo sostenendo che ulteriori studi etno-infermieristici possano ampliare ulteriormente, nonché utilmente sviluppare questa linea di ricerca teorica.

3.3.5 STAMP framework

Nel 2005 Luck, Jackson e Usher (2007), adottando un progetto di case study a metodo misto in un Pronto Soccorso da 33 posti letto di un ospedale pubblico in Australia, identificarono cinque elementi chiave nei comportamenti potenzialmente scatenanti la violenza nei pazienti, nei loro parenti e nei visitatori quando si presentano in un Pronto Soccorso. Questi elementi descritti attraverso l'acronimo STAMP *Staring and eye contact*, (sguardo e fissazione degli occhi), *Tone and volume of voice* (tono e volume della voce), *Anxiety* (ansia) *Mumbling* (borbottii), *Pacing* (camminare avanti e indietro) sono stati concettualizzati come un facile e utile schema di valutazione dell'aggressività per aiutare gli infermieri a identificare rapidamente i pazienti, i loro familiari e accompagnatoria rischio di azioni violente. L'utilizzo della "tecnica" STAMP è stato indicato da Child e Montes come raccomandazione per ridurre potenzialmente la WPV (Child & Montes, 2010), e da Taylor e Rew come eccellente strumento e risorsa per gli infermieri di PS (Taylor & Rew, 2011). Questo framework è stato ulteriormente sviluppato da Chapman et al. attraverso l'inclusione di ulteriori fattori *Emotions* (emozioni), *Disease processes* (effetti patologici), *Assertive* (assertività), *Resources* (risorse) ed etichettati insieme nel nuovo acronimo STAMPEDAR, da utilizzare non solo nel pronto soccorso, ma in tutte le aree ospedaliere (Chapman, et al., 2009). Gli autori dello STAMP hanno successivamente sviluppato il loro framework in una lista completa di 18 segnali comportamentali per uno strumento di valutazione della violenza il *Violence Assessment Tool* (VAT) progettato per estendere l'uso di STAMP in tutti i setting di area critica (Jackson, et al., 2014).

3.3.6 Routine activity theory

La teoria dell'attività di routine (*routine activity theory*) è il quadro teorico guida per lo studio di Landau e Bendalak, pubblicato nel 2008 (Landau & Bendalak, 2008). Questo approccio supportato dalla ricerca criminologica è stato sviluppato da Cohen e Felson a partire dal 1979 (Cohen & Felson, 1979). Secondo questa teoria, *offenders* motivati, un bersaglio facile e il sistema di protezione sono i tre elementi principali del comportamento quotidiano delle persone che possono portare a gesti "criminali". La misura in cui l'attività quotidiana di una persona aumenta o diminuisce le opportunità di vittimizzazione, influenza la probabilità dell'individuo di essere vittima di un'azione violenta. Pertanto, il rischio di vittimizzazione è aumentato in tutte quelle attività che comportano una maggiore esposizione ai potenziali aggressori, minori livelli di protezione rispetto ai possibili attacchi, la facilità di diventare un bersaglio raggiungibile nonché una maggiore vicinanza ai trasgressori.

3.3.7 The concept of workplace violence against registered nurses

Sulla base dei risultati della ricerca della letteratura pubblicata dal 1990 al 2005 sul fenomeno della violenza nei confronti degli infermieri, Ventura-Madangeng e Wilson hanno utilizzato le fonti di dati per la strutturazione teorica di questo modello (Ventura-Madangeng & Wilson, 2009), secondo il modello di Walker e Avant per la *concept analysis* (Walker & Avant, 1995) e le tecniche di Rodgers e Knafl per lo sviluppo dei concetti nell'assistenza infermieristica (Rodgers & Knafl, 1993). Questi autori hanno identificato quattro componenti della violenza verso gli infermieri: antecedenti, riferimenti empirici, caratteristiche definenti, conseguenze. La Figura 4 offre una panoramica dei vari componenti della *Concept of workplace violence against registered nurses*.

3.3.8 The Situational crime prevention theory

Pubblicato nel 2010 il lavoro di Henson propone l'adozione di concetti di criminologia ambientale al fine di sviluppare strategie di prevenzione della criminalità (violenza) nei setting di Pronto Soccorso (Henson, 2010). La

Situational crime prevention theory, originariamente sviluppata da Clarke (1980), si basa sulla teoria della scelta razionale che presuppone che i trasgressori pesino i rischi percepiti e i benefici attesi e associati alla commissione di un crimine.

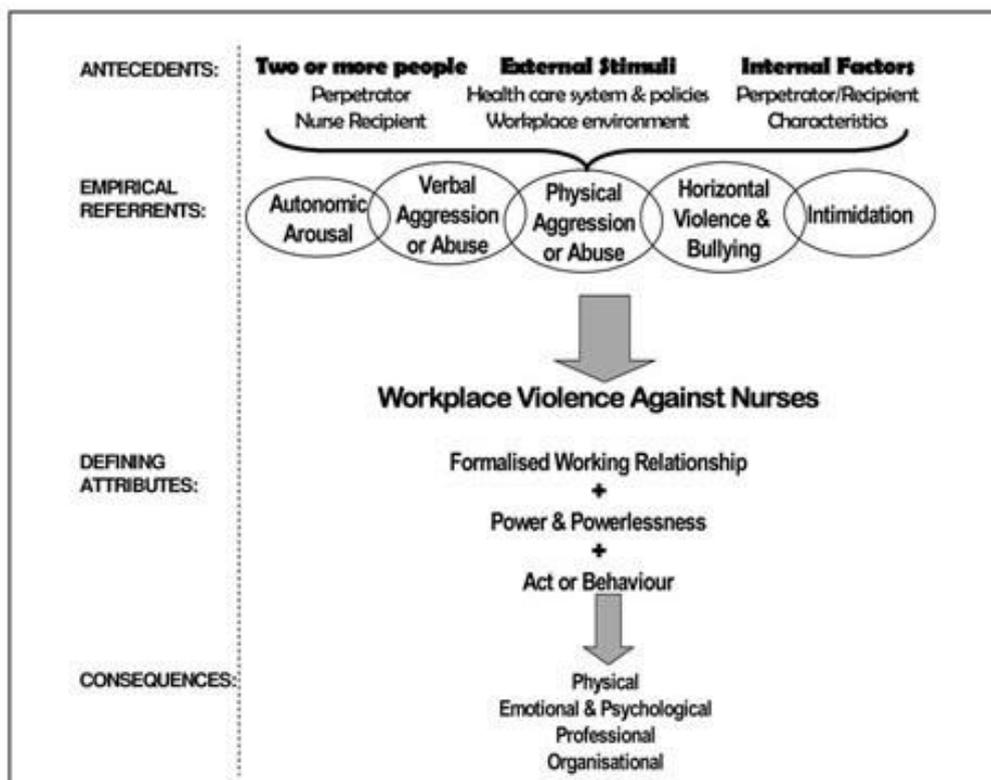


Figura 4 Le componenti della violenza verso gli infermieri secondo Ventura-Madangeng e Wilson. Fonte:(Ventura-Madangeng & Wilson, 2009) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.7)

Partendo dallo studio di Mair e Mair che hanno discusso la potenziale efficacia della *Situational crime prevention theory* nelle strutture sanitarie (Mair & Mair, 2003), Henson sottolinea l'efficacia della "tecnica" derivata da questa teoria e l'importanza della modifica ambientale come mezzo di riduzione della criminalità nei servizi di Pronto Soccorso. Secondo questo Autore l'applicazione di tecniche di prevenzione della criminalità situazionale che aumentano la probabilità di essere scoperti e identificati durante eventuali condotte criminali, riducendo i benefici per il comportamento aggressivo, può portare ad una diminuzione delle occasioni provocanti gli atti violenti e eliminare le scuse per la violenza e le aggressioni.

3.3.9 Framework of cultural aspects of violence in the ED

La complessità del fenomeno della WPV nel dipartimento di emergenza è stata studiata utilizzando un approccio etnografico da Lau, Magarey e Wiechula con l'obiettivo di esplorare aspetti culturali della violenza in questo specifico contesto (Lau, et al., 2012). Condotta in un grande Dipartimento di Emergenza metropolitano australiano per un periodo di 3 mesi, lo studio ha identificato tre temi culturali critici: *“problems and solutions”* (problemi e soluzioni) *“requests and demands”* (richieste e domande) e *“them and us”* (loro e noi), relativi a sette aspetti culturali: percezione della violenza, indicatori di violenza, risposte alla violenza, richieste di pazienti/parenti, tempi di attesa, comportamenti dei pazienti/parenti, comportamenti degli infermieri.

3.3.10 Interactive model of workplace violence

La dimensione multifattoriale del fenomeno della violenza dovuta alla sua intrinseca complessità è reputata da molti autori un elemento imprescindibile quando si parla di violenza sul luogo di lavoro. Per questo Rodríguez e Paravic considerano il modello interattivo di Chappell e Di Martino non solo un utile modello teorico per gli studi di ricerca sul fenomeno della WPV, ma anche un modello in grado di fornire evidenze per migliorare le strategie preventive della violenza (Rodríguez & Paravic, 2013). Va evidenziato che il modello concettuale sviluppato da Chappell e Di Martino (Chappell & Di Martino, 1998), può essere visto come uno sviluppo del modello di Poyner e Warne. In Figura 5 sono schematizzati gli elementi costituenti e le varie interazioni.

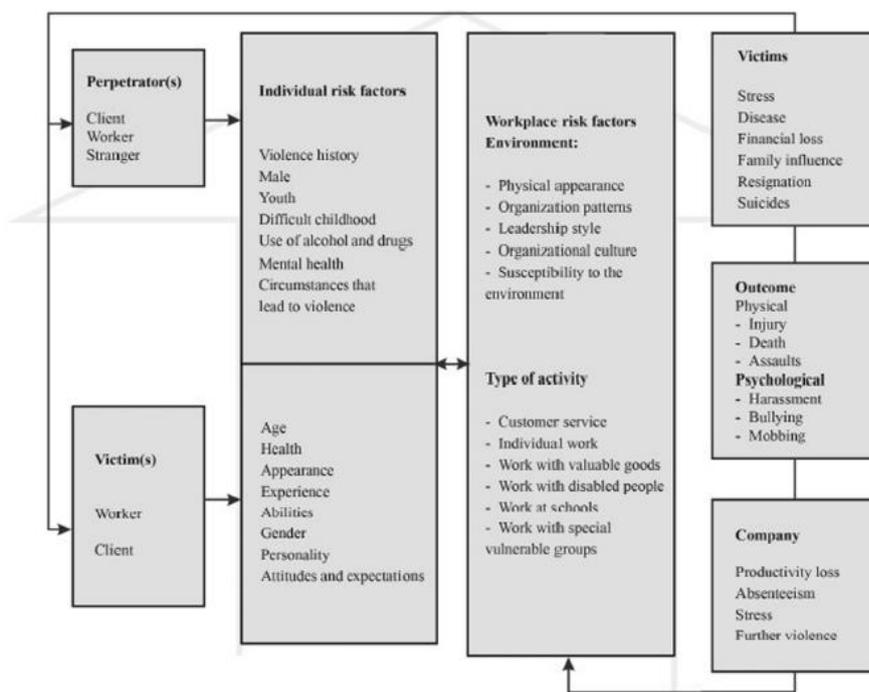


Figura 5 L'Interactive model of workplace violence. Fonte:(Rodríguez & Paravic, 2013)come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.8)

3.3.11 La matrice di Haddon

Gates e colleghi (Gates, et al., 2011), in uno studio qualitativo basato essenzialmente da dati provenienti da un confronto tra pari in un focus group, hanno utilizzato la matrice Haddon (Haddon, 1980) per identificare un elenco di strategie di intervento primarie, complementari e praticabili utili per prevenire la violenza perpetrata da pazienti e visitatori nel Pronto Soccorso prima, durante e dopo un episodio di violenza. I dettagli di questo particolare approccio sono illustrati nella Tabella 16 che riproduce la matrice di Haddon così come gli Autori l'hanno applicata alla prevenzione della violenza verso gli operatori sanitari nello specifico contesto dei Pronto Soccorso.

	Host (employee) factors	Vector and vehicle (patient/visitor) factors	Physical/social environmental factors
Before assault	<ul style="list-style-type: none"> - Education and training - Policy and procedures - Preventing aggressive - Behaviour De-escalation and conflict resolution - Managing aggression 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication to patients and visitors of policy that violence will not be tolerated and potential consequences of violent behaviours - Minimize anxiety for waiting patients and visitors by communicating with them every 30 min 	<ul style="list-style-type: none"> - Develop and communicate policy to employees and management that violence is never acceptable - Development and implementation of violence policies and procedures - Manager education - Security/police response/policies and education - Monitor access to emergency department - Develop mechanism to alert staff when patients and visitors who were previously violent visit the emergency department again - Quiet environment/areas - Special area for aggressive individuals/safe room for criminals - Enforce visitor policies (i.e. number of visitors)
During Assault	<ul style="list-style-type: none"> - Education and training - Nonviolent crisis intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolate perpetrator from others 	<ul style="list-style-type: none"> - Security/police plan - Implement procedures for dealing with violent event - Create procedure for investigating physical threats
After Assault	<ul style="list-style-type: none"> - Critical incident debriefing - Mandatory reporting of fall physical assaults and physical threats 	<ul style="list-style-type: none"> - Reporting to security/police - Maintain patient's/visitor's name for alerting staff upon return visit 	<ul style="list-style-type: none"> - Create procedure for reviewing violent event

Tabella 15 La matrice di Haddon applicata alla prevenzione della violenza in Pronto Soccorso. Fonte: (Gates, et al., 2011) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.8)

3.3.12 Il Modello socio-ecologico

Le raccomandazioni per proteggere gli operatori sanitari dall'essere vittimizzati ed esposti alle conseguenze negative dell'esperienza della violenza sul posto di lavoro sono state proposte da Gillespie, Gates e Fisher in un loro interessante studio in cui utilizzano per il contesto del Pronto Soccorso le quattro categorie del modello socio-ecologico (individuo, relazione, comunità e fattori sociali) (Gillespie, et al., 2015). Questo quadro concettuale, sviluppato da Gordon L. Gillespie e dai suoi colleghi è attualmente considerato dal *Centres for Disease Control and Prevention* statunitense un riferimento molto utile per identificare e attuare misure preventive efficaci contro la violenza (CDC, 2015).

3.3.13 La teoria della lotta per il riconoscimento (Honneth's theory of struggle for recognition)

La teoria della lotta per il riconoscimento di Honneth è stata recentemente utilizzata in uno studio sulla violenza di tipo 2 da parte di Morken, Alsaker e Johansen (Morken, et al., 2016). Questi Autori identificano tre temi principali riguardanti l'interazione tra operatori sanitari e pazienti (o visitatori) in situazioni violente: bisogni insoddisfatti, valutazione involontaria e contatto (tocco) non richiesto. Pertanto, il comportamento aggressivo potrebbe essere interpretato come una lotta per il riconoscimento in tutte le interazioni. Secondo questa teoria, il mancato e cattivo riconoscimento (*non-* e *mis-recognition*) può diventare un potenziale motivo scatenante i conflitti interpersonali. La violenza può, quindi, essere percepita come una rivendicazione di diritti e una pretesa di essere riconosciuti come persone, individui "unici" (Honneth, 1996). Gli autori norvegesi concludono, quindi, che gli interventi di formazione volti a evidenziare la rilevanza delle conoscenze su questi tipi di interazione possono rappresentare un utile approccio finalizzato ad aumentare l'attenzione dei professionisti sanitari e la loro capacità di reagire in maniera più opportuna e tempestiva.

3.3.14 Teorie biologiche: condizioni biologiche, alterazioni neurologiche, alterazioni biochimiche

Nella nostra ricerca sono stati trovati due articoli di recensione della letteratura. Pubblicati da Lau, Magarey e McCutcheon nel 2004 (Lau, et al., 2004), e Ferns nel 2007 (Ferns, 2007), entrambi gli articoli presentano e analizzano le principali teorie sulla violenza nel settore sanitario (vedi Tabella 14), incluse alcune di quelle già descritte nei precedenti sotto-paragrafi. Queste due recensioni presentano teorie che si concentrano esclusivamente sulle condizioni biologiche o psicologiche dell'assalitore. Eysenck ha proposto quattro variabili (difetti ereditari e anomalie genetiche, fattori neuro/biochimici, traumi e infezioni) per spiegare il comportamento aggressivo (Eysenck, 2002), mentre Ferns sottolinea come diversi autori abbiano identificato alcune cause

biochimiche, fisiologiche o biologiche quali fattori predisponenti che portano gli utenti dei servizi di emergenza a presentare comportamenti aggressivi (Davison, et al., 2000; Harrower, 1998; Keely, 2002; Saines, 1999; Whykes, 1994; così come alcune condizioni neurologiche (Davison, et al., 2000; Harrower, 1998; Myers, 2007) e biochimiche (Ferns, 2007; Harrower, 1998; Myers, 2007; Moyer, 1981).

3.3.15 Quadri psicologici: il modello psicoanalitico di Freud, le teorie della personalità e l'ipotesi dell'aggressione della frustrazione

Nella panoramica proposta da Ferns ci sono anche teorie che spiegano il comportamento aggressivo e violento come frutto di forze innate e inconscie come ad esempio nel modello psicoanalitico di Freud (Freud, 1955), in quelli delle tendenze aggressive dovute a certi tipi di personalità (Dodge & Coie, 1987; Eysenck & Gudjonsson, 1989; Glass, 1997; Harrower, 1998; Holmes & Will, 1985; Snyder, 1974) o l'esacerbazione della frustrazione quando l'obiettivo di un individuo è bloccato da un fattore esterno come proposto da Dollard et al. (1939), o da Berkowitz (1990). Da queste teorie Ferns fa discendere l'assunto che poiché è impossibile avere il controllo sulla tipologia di utenti e persone che si presentano al Pronto Soccorso è necessario che gli infermieri rimangano calmi in queste situazioni e che le affrontino con un atteggiamento professionale.

3.3.16 Teorie degli stimoli ambientali: The negative affect escape model, e l'Excitation-transfer theory

Ferns cita anche Baron e Bell e il loro *Negative affect escape model*. Molto tempo fa questi autori hanno ipotizzato che stimoli ambientali spiacevoli all'aumentare dell'intensità possono portare spesso ad assumere comportamenti violenti (Baron & Bell, 1973). Allo stesso modo Zillerman ha suggerito nella sua *Excitation-transfer theory*, che uno stimolo può innestarsi su un altro ed innescare una situazione esplosiva che può sviluppare un comportamento aggressivo o violento (Zillermann, 1988).

3.3.17 Teoria della scelta razionale

Questa teoria (*Rational choice theory*) suggerisce che l'essere umano è un attore razionante che "sceglie" liberamente tutti i comportamenti basati su un calcolo razionale tra costi e benefici (dolore contro piacere), cercando così di massimizzare il piacere. Il contratto sociale preserva il bene comune attraverso un sistema di leggi che punisce un atto visto come una violazione del bene sociale. La percezione e la comprensione del potenziale dolore causato dalla punizione alla fine determina e guida la scelta decisiva (Elster, 1970).

3.3.18 Teoria etnologica

Secondo questa teoria (*Ethnological theory*), proposta da Konrad Lorenz nel 1966, il comportamento umano è istintivamente e naturalmente aggressivo. La lotta serve, come nel regno animale, per stabilire gerarchie sociali e controllare il territorio. L'alto livello di neurotrasmettitori trovati negli animali associati al combattimento e all'aggressività mostra che questo comportamento si basa su meccanismi biologici (Lorenz, 1966).

3.4 Discussione

La complessità del fenomeno della violenza è ben evidenziata dall'ampia quantità di teorie sviluppate in questo campo nel tentativo di spiegare questo problema. Alcune di queste teorie sono focalizzate su una singola dimensione (con uno o due fattori), altre si basano su più dimensioni (con molti fattori). Ci sono certamente temi comuni tra i modelli, come mostrato nella Tabella 16. Per quanto riguarda quelle che potremmo chiamare *teorie mono-dimensionali*, queste sono principalmente centrate sull'aggressore, che nel caso della Violenza di tipo 2 è il paziente, un familiare o un visitatore. Nelle teorie biochimiche, neurologiche e biologiche, i fattori precipitanti sono rinvenibili in alcune condizioni patologiche che colpiscono l'aggressore e quindi, ovviamente, più comunemente riscontrabili nei pazienti, piuttosto che nei parenti o visitatori. La letteratura internazionale sembra confermare queste teorie (Gates, et al., 2006; Gillespie, et al., 2010; Ramacciati & Ceccagnoli, 2011).

Fattori	Aggressore: (pz, parenti, visitatori)	Vittime (Infermieri)	Situazione	Relazioni	Effetti	Organizzazione	Ambiente interno (PS)	Ambiente esterno (Comunità /fattori sociali)
Teorie- framework								
Poyner & Warne's model of workplace violence	✓	✓	✓	✓	✓			
Ecological occupational health model of workplace assault		✓	✓				✓	✓
Broken Windows theory								✓
Biological theories	✓							
Altered neurology	✓							
Altered biochemistry	✓							
Social learning theory								✓
Culture care theory	✓	✓			✓	✓		
STAMP violence assessment framework	✓							
Psychoanalytical theory	✓							
The routine activity theory	✓	✓					✓	
Personality theories	✓							
The frustration-aggression model			✓					
Rational choice theory	✓							
The negative affect escape model			✓					
Excitation-transfer theory			✓					
The ethnological approach				✓				
The concept of workplace violence against registered nurses	✓	✓				✓	✓	
The situational crime prevention theory	✓							
Framework of cultural aspects of violence in the ED	✓	✓	✓					
Interactive Model of Workplace Violence	✓	✓		✓	✓		✓	
The Haddon matrix	✓	✓				✓	✓	
Social-Ecological Model	✓			✓		✓		✓
The theory of Struggle for Recognition				✓				

Tabella 16 Fattori considerati nelle teorie e framework esplicativi della WPV in Pronto Soccorso. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.9)

Numerosi studi riportano, infatti, i seguenti fattori di rischio tra le condizioni predisponenti per la violenza: intossicazione alcolica o essere sotto l'effetto di

droghe o in astinenza (Crilly, et al., 2004; Egerton-Warburton, et al., 2016), traumi cranici (Badger & Mullan, 2004), ipossiemia (Suslo, et al., 2015), disordini metabolici/endocrini, convulsioni (Lion, et al., 1969), disturbi psichiatrici (Bresler & Gaskell, 2015) ed effetti collaterali per l'assunzione di farmaci (Dement, et al., 2014). Sebbene alcuni studi siano discordanti al riguardo, il genere e l'età della persona aggressiva appaiono tra i principali fattori associati al comportamento violento: alcuni autori hanno trovato i maschi più violenti delle femmine (Chou, et al., 2002) e altri studi hanno evidenziato il contrario (Kwok, et al., 2006), mentre non sembra esserci alcun dubbio sull'età più giovane degli aggressori (Çikrikler, et al., 2016; James, et al., 2006). Anche il modello psicoanalitico, le teorie della personalità e il quadro concettuale della scelta razionale hanno centrato la loro attenzione sull'aggressore, ma mentre Freud vede il comportamento aggressivo come *istintivo* e i teorici della "personalità tipo" associato al *temperamento*, nel modello della "Rational Choice" l'individuo è considerato pienamente *consapevole* delle conseguenze del suo comportamento. In ogni caso, l'elemento principale in ciascuna di queste teorie è la relazione causa-effetto tra alcune condizioni fisiche o psicologiche degli utenti del Pronto Soccorso e la probabilità che si verifichino gli atti di violenza. Lo *STAMP violence assessment framework* è stato ideato per aiutare gli infermieri del Pronto Soccorso a identificare rapidamente le persone potenzialmente violente. Tuttavia, alcuni autori hanno sostenuto che è molto difficile prevedere con precisione se qualcuno diventerà aggressivo (Lidz, et al., 1993). Pertanto, nei dipartimenti di emergenza l'uso di un sistema di valutazione del rischio di violenza (Kling, et al., 2011; Lim, et al., 2011) o di strumenti predittivi (Jackson, et al., 2014; Calow, et al., 2016) è utile, ma di per sé non è sufficiente a ridurre l'incidenza della violenza (Wassell, 2009). Altre teorie, incluso il modello di frustrazione-aggressività (*Frustration-aggression model*), il *Negative affect escape model* e la teoria del trasferimento di eccitazione (*Excitation-transfer theory*) si sono concentrate esclusivamente sul contesto situazionale rispetto al quale indirizzare le misure di intervento. Secondo alcuni autori queste ipotesi trovano riscontro nella realtà (Anderson, et al., 1996; Van Londen, et al., 1990), mentre altri sostengono che siano eccessivamente semplificatrici (Eysenck, 2002). Le ultime teorie monodimensionali presentate in questa nostra revisione

sono la teoria della lotta per il riconoscimento (*theory of Struggle for recognition*) e l'*approccio etnologico*, che si concentrano sulle relazioni, e la *teoria dell'apprendimento sociale* e la *Broken windows theory*, che si basano sui fattori sociali. Gli interventi e la formazione per rafforzare le capacità comunicative, così come le politiche di "tolleranza zero" sono basate su quest'ultime teorie. Tuttavia, se questi approcci sono limitati a interventi di formazione isolati o a mere dichiarazioni formali di "non tolleranza", finiscono per rivelarsi inefficaci (Eysenck, 2002; Anderson, et al., 1996). La maggior parte degli episodi di violenza in Pronto Soccorso non derivano semplicemente dalle singole condizioni precipitanti del perpetratore, ma dall'interazione complessiva di un gran numero di fattori relativi all'ambiente del Pronto Soccorso, l'organizzazione istituzionale e aziendale, la situazione, i membri dello staff sanitario, l'aggressore e le varie interazione tra tutti i fattori in gioco (Anderson, et al., 2010). Questa considerazione sembra confermata dai risultati emersi dal presente lavoro di revisione. Nel corso del tempo, infatti, sono state sviluppate diverse teorie che prendono in considerazione molteplici fattori causali ascrivibili a due o più dimensioni. La Tabella 17 mostra i modelli teorici multidimensionali e multifattoriali sulla WPV nel Dipartimento di Emergenza e gli studi in cui tali modelli teorici sono stati adottati e in qualche modo testati.

Utilizzazione Teorie - framework	Publicazione Titolo (Autori, e anno)	Tipo di Studio	Prove di efficacia
Poyner & Warne's model of workplace violence	<i>Violence to staff in a general hospital setting.</i> (Whittington, et al., 1996)	La prospettiva interpersonale offerta da questo modello è stata utilizzata per analizzare le ragioni della violenza in uno studio esplorativo.	La teoria non è testata.
Ecological occupational health model of workplace assault	<i>Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments.</i> (Levin, et al., 1998) <i>Stressful incidents of physical violence against emergency nurses.</i> (Gillespie, et al., 2013)	Il framework è stato utilizzato in uno studio descrittivo per guidare l'intervista del gruppo di discussione e l'analisi dei dati. Il framework è stato utilizzato in uno studio descrittivo qualitativo, per guidare l'analisi delle descrizioni narrative in uno studio qualitativo descrittivo	La teoria non è testata. La teoria non è testata.
Culture care theory	<i>Violence in the emergency department: a culture care perspective.</i> (Early & Hubbert, 2006)	La <i>Culture Care Theory</i> ha dimostrato di offrire una preziosa cornice per l'analisi in uno studio fenomenologico.	L'ipotesi alla base della teoria è confermata. Esistono diverse sottoculture che interagiscono nell'ambiente del contesto del PS studiato.
The Routine activity theory	<i>Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine</i>	I quattro concetti chiave della teoria dell'attività di routine	L'ipotesi che la formazione specifica

	<i>Activity Approach.</i> (Landau & Bendalak, 2008)	sono stati usati come variabili indipendenti principali per predire la vittimizzazione e per testare questa teoria in uno studio quasi sperimentale.	sulla gestione della violenza riduca la vittimizzazione non è stata confermata. Conclusione: l'utilizzo di questo approccio da solo non è sufficiente, è necessaria un'analisi contestuale più ampia.
The Concept of workplace violence against registered nurses	<i>Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis.</i> (Ventura-Madangeng & Wilson, 2009)	La teoria è stata sviluppata utilizzando il framework di Walker & Avant per un'analisi concettuale.	Gli autori dichiarano di aver testato la teoria con le tecniche di Rodgers e Knaf.
The Situational crime prevention theory	<i>Preventing interpersonal violence in emergency departments: Practical applications of criminology theory.</i> (Henson, 2010)	Dopo un'analisi di questa teoria criminologica, è stata offerta un'applicazione pratica. Sono state proposte cinque raccomandazioni sulle misure preventive.	Il livello di evidenza non è indicato. Conclusione: il prossimo passo sarà testare l'efficacia di la Situational crime prevention strategy nel contesto sanitario.
Framework of cultural aspects of violence in the ED	<i>Violence in the emergency department: An ethnographic study (part I).</i> (Lau, et al., 2012a) <i>Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II).</i> (Lau, et al., 2012b)	Questo quadro concettuale è stato utilizzato in uno studio etnografico.	Conclusione: questo studio ha contribuito a una comprensione approfondita e ricca degli aspetti culturali della violenza nel PS.
Interactive Model of Workplace Violence	Rodríguez VA, Paravic TM. <i>A model to investigate workplace violence in the health sector.</i> (2013)	Gli autori propongono questo modello come uno strumento molto utile per gli studi di ricerca sulla violenza nel settore sanitario.	La teoria non è testata.
The Haddon matrix	<i>Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated.</i> (McPhaul, et al., 2004) <i>Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments.</i> (Gates, et al., 2011)	Analisi critica dei quadri concettuali sulla violenza nel settore sanitario. Studio qualitativo	La teoria non è testata. Conclusione: ulteriori ricerche devono essere condotte per testare le strategie poste in questo studio.
Social-Ecological Model	<i>Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence.</i> (Gillespie, et al., 2015) <i>Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports.</i> (Arnetz, et al., 2015)	Analisi della teoria Qualitative content analysis	La teoria non è testata. Conclusione: gli autori suggeriscono un adattamento del modello socio-ecologico a quattro livelli in base ai risultati del loro studio.

Tabella 17 Teorie “multifattoriali” e “multidimensionali” e prove di efficacia nell’adattamento in contesto di Pronto Soccorso. Fonte: Ramacciati, et al., 2018b, p.10)

3.4. Conclusione

Molti studi internazionali hanno esplorato la questione della violenza contro gli infermieri, con particolare attenzione allo specifico setting del Pronto Soccorso (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011). Brunetti e Bambi (2013) hanno evidenziato come questi studi siano generalmente analitici e descrittivi, basati su una metodologia qualitativa/quantitativa mista. I risultati provenienti da questi studi rivestono una primaria importanza visto che ancora oggi permane a livello mondiale il problema dell'elevata sotto-segnalazione (Morphet, et al., 2018). Certamente, gli studi fenomenologici e qualitativi sulle esperienze degli infermieri vittime di violenza rappresentano anche loro un'ulteriore e importante area di ricerca che può fornire informazioni aggiuntive e punti di vista diversi sul problema (Ramacciati, et al., 2016b). Tuttavia, come notato da Landau e Bendalak (2008), un limite rilevante della maggior parte degli studi in questo campo è la forte enfasi data ai risultati empirici con molto poco (se non del tutto assente) orientamento teorico. Diversi e vari punti di vista possono contribuire a una migliore comprensione della complessità del problema della violenza nel settore sanitario caratterizzato dalla forte interrelazione dei vari fattori in gioco. Questo problema potrebbe essere affrontato efficacemente solo con un'analisi "multidimensionale" di questi fattori e con interventi "multi-target" (Ramacciati, et al., 2014), vale a dire con un approccio interdisciplinare (Rintoul, et al., 2009) e globale (Gillespie, et al., 2014b). Conoscere le teorie esplicative sulla violenza nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso e basare le azioni correttive su un quadro teorico definito e specifico potrebbe certamente essere la chiave del successo nella gestione efficace di questo grave problema (Kowalenko, et al., 2012). Ulteriori studi riguardanti l'adozione di misure preventive e le misure di controllo sviluppate in base a diversi aspetti teorici modelli, potrebbero essere utili per sviluppare un *frame work* esplicativo universale.

4. INDAGINE NAZIONALE 2016 SULLA VIOLENZA VERSO GLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

4.1 Background

Nel corso della presente trattazione è stato più volte ricordato come il fenomeno della violenza nel settore sanitario sia ormai da molti anni ai primi posti nell'agenda mondiale di sanità pubblica (Krug, 2002). Anche in Italia il Ministero della Salute è intervenuto sul problema emanando nel 2007 una specifica raccomandazione (Ministero della Salute, 2007) inserendo, a partire dal 2006, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari tra gli eventi sentinella monitorati dal SIMES ossia il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (Ministero della Salute, 2006). Il recente insediamento presso il Ministero della Salute dell'*Osservatorio Permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari* (Ministero della Salute, 2018), sottolinea se ce ne fosse ancora bisogno, quanto questo problema sia estremamente grave ed esteso. Anche l'attenzione di tanti ricercatori dediti a studiare questo fenomeno, come dimostrato dalla crescente produzione di lavori scientifici sull'argomento (vedi Figura 1 a pagina 28) avvalorava questa affermazione. Un'ulteriore conferma autorevole è estrapolabile dai dati forniti da un altro osservatorio privilegiato del fenomeno: il SIMES. Da quando, infatti, nel 2006 gli "atti di violenza a danno degli operatori sanitari" sono stati considerati dal nostro Ministero della Salute un Evento Sentinella, il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità ha ricevuto 165 segnalazioni (pari all'8,6% del totale degli eventi sentinella) di cui 4 decessi dell'operatore (Ministero della Salute, 2015). La lettura progressiva dei Report fino ad oggi pubblicati dal Ministero della Salute (2007, 2009, 2011, 2013, 2015) rivela che le segnalazioni per gli Atti di Violenza verso gli operatori sanitari giunte all'Osservatorio a partire dal 2006 fino all'ultimo report disponibile (il numero 5 pubblicato nel 2015) sono state rispettivamente pari al 2,9%, 5,5%, 9,02% e 8,6% del totale degli eventi sentinella segnalati al SIMES (vedi il trend grafico di Figura 6). Di queste, da contatti personali informali intercorsi con i ricercatori dell'Osservatorio, una quota rilevante riguarda proprio gli infermieri di Pronto Soccorso. Tuttavia, come espressamente ribadito e richiamato anche nei Report:

“le informazioni raccolte non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella”(Ministero della Salute, 2015, p.12).

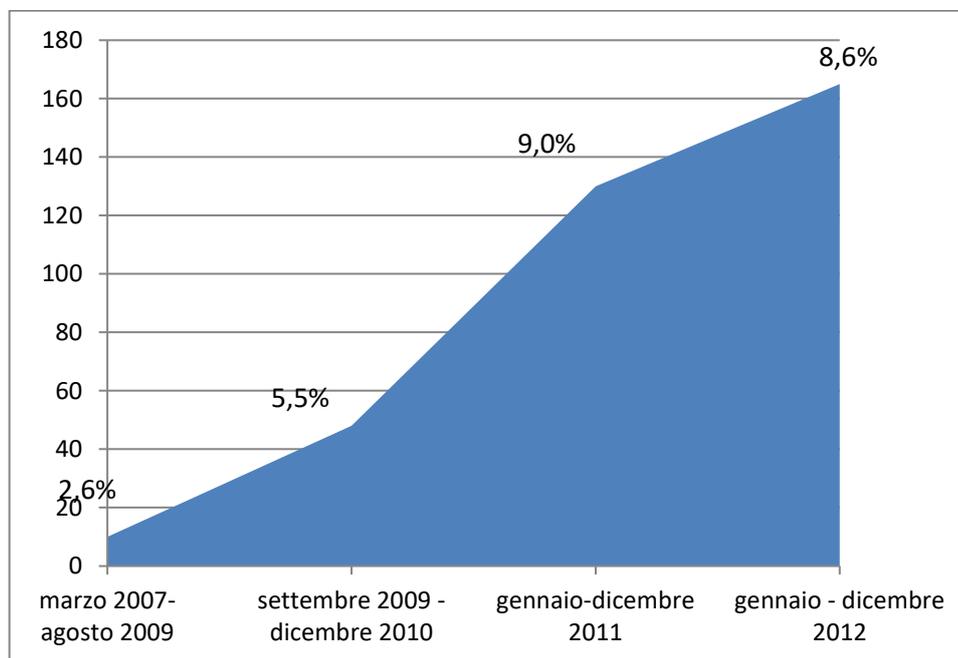


Figura 6 Frequenza cumulata degli Eventi Sentinella n.12 “Atti di violenza a danno di operatore” da marzo 2007 a dicembre 2012. Fonte: elaborazioni nostre da (Ministero della Sanità, 2007; 2009; 2011; 2013; 2015)

Questo porta ad affermare che purtroppo ad oggi in Italia non sono disponibili fonti statistiche in grado di delineare un quadro dettagliato del fenomeno nel contesto specifico del Pronto Soccorso, se non lo studio di Becattini et al del 2007. L’indagine di Becattini e colleghi, condotta in 14 regioni italiane rappresentative dell’intero territorio nazionale, aveva visto coinvolte 15 strutture di PS in cui si evidenziava come quasi tutti gli infermieri intervistati avevano riferito di essere stati aggrediti verbalmente (90% del totale) o di aver assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi (95% degli intervistati). Una quota ragguardevole del campione aveva dichiarato di aver subito atti di violenza fisica (35%) e più della metà di esserne stato testimone (52%); poco meno di un terzo degli infermieri aveva avuto bisogno di cure mediche a causa di un’aggressione (31%), con prognosi fino a 5 giorni (13%), da 5 a 15 giorni (11%), o superiore a 15 giorni (6%) (Becattini, et al., 2007). Dai risultati degli studi condotti sino ad oggi, e più volte richiamati nel corso della presente trattazione, si può sostenere che la complessità del fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso è

tale che necessita di essere osservata da molteplici punti di vista (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011; Ramacciati & Ceccagnoli, 2012b), analizzata con metodiche sia quantitative (Ramacciati, et al., 2013a; Ramacciati, 2015) che qualitative (Ramacciati, et al., 2014; Ramacciati, et al., 2015a; Ramacciati, et al., 2016b) e affrontata con interventi globali (Ramacciati, et al., 2013b) o multilivello (Ramacciati & Ceccagnoli, 2012a; Ramacciati, et al., 2016a).

4.2 Studio di validazione del Questionario QuIN16VIPs

4.2.1 Background

Partendo da quanto detto, è comunque chiaro che non si può prescindere dell'indagine epidemiologica riguardo questo problema, pur nella consapevolezza che la rappresentazione puntuale dell'incidenza degli episodi di violenza verso gli infermieri di PS nel contesto lavorativo è ancora notevolmente sottostimata per il noto fenomeno della sotto-segnalazione delle aggressioni (*under-reporting*), ben descritto in letteratura (Kennedy, 2005; Hogarth, et al., 2016). Ecco, quindi, che indagini e studi osservazionali basati su *survey* rappresentano ancora oggi un campo di ricerca fecondo e fondamentale. Proprio partendo da un'attenta revisione della letteratura, e quindi da alcune selezionate *survey* (Alameddine, et al., 2011; Beccatini, et al., 2007; Canbaz, et al., 2008; ENA, 2011; Gacki-Smith, et al., 2009; Kansagra, et al., 2008; Stene, et al., 2015; Talas, et al., 2011) è stato sviluppato lo strumento di ricerca (questionario QuIN16VIPs) per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso promossa dall'Università degli Studi di Firenze all'interno del Dottorato di Ricerca in Scienza Cliniche in partnership con l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - Aniarti. Questo studio è stato pubblicato nel numero 3/2016 dell'Organo ufficiale dell'associazione scientifica Aniarti *Scenario*, rivista indicizzata nei database internazionali CINAHL, ProQuest, Publons, Google Scholar e nell'Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche –ILISI (Ramacciati, et al., 2016d).

4.2.2 Metodologia

Dopo un'attenta analisi delle *best practice* applicabili alle indagini (*survey*) rivolte al personale sanitario (McColl, et al., 2001), il questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (QuIN16VIPs) è stato sottoposto a validazione di contenuto tramite consultazione di un gruppo di sette esperti composto da 1 professore associato MED/45 - Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso Università di degli Studi di Firenze, 1 ricercatore MED/45 - Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso Università di degli Studi di Firenze, 2 antropologhe mediche della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute di Perugia, 1 assegnista di ricerca MED/01 - Statistica medica, 2 infermieri autori di studi sul tema della violenza verso gli infermieri (un dottorando in Scienze Cliniche presso Università di degli Studi di Firenze e un dirigente infermieristico presso l'Azienda USL Toscana Sud Est). Il confronto con gli esperti, avviato a partire dai primi giorni di gennaio 2016 fino alla fine del mese di marzo, ha consentito la strutturazione e la successiva elaborazione del questionario, nonché la valutazione della rilevanza degli item. Il questionario QuIN16VIPs nella versione 0.1, composto da 39 item (e 10 sub-item) a risposta multipla chiusa o semiaperta e da una lettera di presentazione, è stato, quindi, sottoposto a validità di facciata tramite parere di 19 infermieri di Pronto Soccorso di cui 5 esperti di ricerca. Uno studio pilota con arruolamento di 30 infermieri è stato poi effettuato per verificare la stabilità (affidabilità test-retest) del questionario, e per determinare il tempo medio di compilazione.

Lo strumento elaborato e modificato nella versione 0.1 secondo le indicazioni emerse dal confronto con gli esperti per la validità di contenuto, è stato inviato al Panel dei 19 infermieri, che attraverso la compilazione di una apposita griglia di valutazione a scala Likert a 4 punti, sono stati invitati a valutare in maniera indipendente:

- il questionario nel complesso per quanto attiene la chiarezza e la neutralità;
- la lettera di presentazione, per la chiarezza;
- ogni singolo item rispetto l'appropriatezza, la rilevanza e la comprensibilità delle domande e la chiarezza delle risposte;

esprimendo un punteggio di consenso da 1 a 4 (1 per niente, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto).

Ogni valutatore poteva annotare al termine di ogni item valutato commenti liberi utili al miglioramento dello strumento. Un secondo giro di verifica ha valutato la versione modificata 1.0 (Tabella 18). Il questionario redatto secondo le indicazioni finali ricevute è stato, quindi, sviluppato nella sua versione finale 1.1 per la somministrazione via internet tramite il sito ufficiale di Aniarti, e testato off-line dall'1 al 15 luglio 2016, prima dell'apertura ufficiale dell'indagine, da un campione di convenienza composto da 30 infermieri di Pronto Soccorso.

Tramite lo studio pilota è stato possibile raccogliere informazione sui tempi medi di compilazione, sulla percentuale di completamento ed eventuali suggerimenti per il miglioramento del layout. Inoltre, la ripetizione della somministrazione a distanza di 7 giorni ha permesso di verificare la stabilità dello strumento (affidabilità test-retest). Normalmente l'intervallo di tempo raccomandato tra il tempo T_1 e T_2 è di circa 15 giorni, in quanto intervalli troppo corti potrebbero restituire coefficienti di affidabilità più alti, perché gli intervistati spesso ricordano le risposte date in precedenza,³¹ tuttavia l'alta frequenza delle aggressioni (soprattutto quelle verbali) potendo modificare le condizioni di partenza del soggetto, consigliavano un intervallo non troppo lungo. In ogni caso è stato espressamente chiesto ai *responder* dello studio pilota di indicare a margine del questionario eventuali cambiamenti intervenuti tra la prima e la seconda somministrazione.

La stabilità dello strumento è stata verificata tramite test statistico T test per dati appaiati.

una lettera di presentazione

una sezione anagrafica composta da 7 domande che indagano

- genere
 - età
 - titoli di studio professionali
 - anzianità di servizio in PS
 - anzianità di servizio complessiva come infermiere
 - ruolo attuale e tipologia di turno svolto in PS
-

una sezione composta da 4 domande dedicata alle caratteristiche del servizio

- Regione in cui ha sede il servizio di PS di appartenenza
 - numero annuo di accessi al PS
 - presenza di modelli di risposta assistenziale alle urgenze minori (Es. See & Treat; Fast Track)
 - caratteristiche ambientali del PS (ed eventuali accorgimenti anti-violenza)
-

una sezione composta da 2 domande (e 7 sotto domande) dedicata alla rilevazione descrittiva degli eventi violenti verbali e/o fisici subiti o di cui si è stati testimoni

- esposizione ad eventi di violenza verbale e/o fisica negli ultimi 12 mesi
 - frequenza, modalità degli atti violenti sia verbali che fisici (e in caso luogo e tipo di lesione subita, prognosi, costi sostenuti)
-

una sezione composta da 2 domande dedicata alla rilevazione della tipologia di aggressore

- se un paziente, (eventuale presenza di condizioni favorevoli)
 - se un accompagnatore (eventuali contesti/situazioni precipitanti)
 - in quali zone del PS avvengono le aggressioni e attività svolta al momento dell'aggressione
-

una sezione composta da 5 domande (e 1 sotto-domanda) dedicata agli effetti immediati provocati dall'atto violento

- tipologia di reazione alla violenza da parte di utenti e accompagnatori presenti
 - azioni intraprese verso l'aggressore
 - risorse attivabili in caso di episodio violento (tipologia e disponibilità nelle 24 ore)
-

una sezione composta da 4 domande dedicata alla descrizione della segnalazione degli eventi aggressivi

- presenza di procedure specifiche per la segnalazione degli eventi aggressivi
 - destinatari della segnalazione ed eventuali figure designate all'attività di contrasto del fenomeno
 - modalità di segnalazione degli eventi violenti
-

una sezione composta da 5 domande dedicata alla rilevazione di eventuali percorsi formativi sulla minimizzazione della violenza e alla preparazione nella gestione delle situazioni di violenza

- partecipazione e periodicità corsi sulla gestione della violenza verso gli operatori sanitari
 - partecipazione e periodicità corsi sulla comunicazione difficile
-

una sezione composta da 6 domande dedicata alla descrizione degli effetti successivi della violenza

- emozioni e sentimenti sperimentati
 - effetti negativi della violenza su motivazione e gratificazione professionale
 - eventuale domanda di abbandono della professione o del servizio
-

una domanda aperta che invita ad un commento libero sul fenomeno della violenza verso gli infermieri di PS

Tabella 18 Dettagli del contenuto del Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016d, p.24)

4.2.3 Risultati

La griglia di valutazione è stata inviata individualmente ad ogni esperto via e-mail il 21 maggio 2016 e il primo giro di valutazione si è concluso il 27 giugno 2016. I giudizi di consenso espressi dai colleghi esperti sono evidenziati nella seconda colonna delle Tabelle 19 e 20. A seguito delle indicazioni pervenute è stata effettuata la modifica di alcuni item, nonché l'eliminazione di quelli che per rilevanza avevano un punteggio medio inferiore o vicino a 3,65. La scelta di un cut-off alto è stata dettata dalla volontà di costruire un questionario robusto sotto l'aspetto della validità di facciata, completo, ma allo stesso tempo sintetico per quanto riguarda la facilità di compilazione. Il secondo giro di valutazione ha, quindi, restituito il giudizio finale sul questionario nella sua versione 1.0, come riportato nell'ultima colonna delle Tabelle 19 e 20.

Item Sub- item	Questionario versione 0.1								Questionario versione 1.0								Nuova numerazi one
	Appopr.		Rilevanza		Compren		Chiarezza		Appopr.		Rilevanza		Compren		Chiarezza		Item
	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	
1.	3.9	0.3	3.8	0.4	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	1.
2.	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	2.
3.	3.7	0.6	3.8	0.4	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	3.9	0.3	3.
4.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.
5.	3.7	0.4	3.6	0.7	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	6.
6.	3.8	0.4	3.8	0.4	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	5.
7.	3.6	0.6	3.6	0.6	3.8	0.5	3.8	0.5	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	7.
8.	3.5	0.6	3.4	0.7	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
9.	3.7	0.6	3.7	0.6	3.8	0.5	3.8	0.5	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	8.
10.	3.5	0.7	3.5	0.7	3.9	0.5	3.9	0.5	///	///	///	///	///	///	///	///	
11.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	9.
12.	3.6	0.7	3.5	0.8	3.8	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
13.	3.9	0.3	3.8	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	10.
14.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12.
14/c.1.	3.8	0.8	3.7	0.8	3.8	0.6	3.8	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.1.
14/c.2.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.2.
14/c.3.	3.8	0.6	3.9	0.3	3.6	0.7	3.7	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.3.
14/c.4.	3.8	0.4	3.8	0.6	3.8	0.3	3.7	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.4.
14/c.5.	3.7	0.6	3.7	0.7	3.9	0.3	3.7	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.5.
14/c.6.	3.8	0.4	3.8	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.6.
14/c.7.	3.8	0.8	3.9	0.3	3.8	0.5	3.8	0.5	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	12/c.7.
15.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.8	3.7	0.8	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	13.
16.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.7	0.6	3.7	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	14.

17.	3.9	0.3	3.8	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	15.
18.	3.8	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	3.8	0.6	16.
19.	3.8	0.5	3.7	0.4	3.8	0.4	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	17.
20.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	18.
21.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.5	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	19.
21/a.1.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.3	3.8	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	19/a.1.
22.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.3	3.8	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	20.
23.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	21.
24.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	24.
25.	3.8	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	25.
26.	3.8	0.4	3.8	0.4	3.8	0.4	3.8	0.4	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	26.
27.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.4	3.8	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	27.
27/a.1.	3.6	0.6	3.6	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
28.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.4	3.8	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	28.
28/a.1.	3.7	0.6	3.7	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
29.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.8	0.5	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	29.
30.	3.7	0.6	3.8	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	30.
31.	3.6	0.6	3.6	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	31.
32.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	32.
33.	3.6	0.6	3.7	0.6	3.8	0.4	3.7	0.6	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	33.
34.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	34.
35.	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	3.9	0.3	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	35.
36.	3.8	0.4	3.8	0.4	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
37.	3.8	0.6	3.8	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
38.	3.8	0.6	3.8	0.6	3.9	0.3	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	
39.	3.7	0.5	3.7	0.4	3.9	0.3	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	36.
	///	///	///	///	///	///	///	///	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	11.

Abbreviazioni: M₁ Media aritmetica; DS Deviazione Standard; Appopr. Approprietezza; Compren. Comprensibilità

Tabella 19 Punteggi sull'appropriatezza, rilevanza, comprensibilità e chiarezza per ogni item del questionario nella versione iniziale e definitiva. Fonte: elaborazioni nostre.

	Questionario versione 0.1				Questionario versione 1.0			
	Neutralità		Chiarezza		Neutralità		Chiarezza	
	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS	M ₁	DS
Lettera di presentazione	///	///	3.8	0.4	///	///	3.8	0.6
Questionario	3.8	0.4	3.8	0.4	4.0	0.0	4.0	4.0

Abbreviazioni: M₁ Media aritmetica; DS Deviazione Standard

Tabella 20 Punteggi sulla chiarezza della lettera e sulla neutralità e chiarezza del questionario nella versione iniziale e definitiva. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016d, p.25).

Per quanto riguarda, invece, lo studio pilota, la percentuale di risposta sul totale del campione di infermieri arruolati è stata del 73,3% al tempo T₁ e del 33,3% al tempo T₂. I questionari sono risultati completi nel 90,9% del totale nella prima somministrazione e nel 80,0% nella seconda. Il tempo medio di compilazione è stato inferiore al quarto d'ora (mediana 14'09'', min-max 7'50'' - 20'00'') e l'indice di concordanza test-retest misurato tramite K di Cohen-Fleiss è risultato pari a 0,71.

4.2.3 Discussione

Il questionario è stato modificato in accordo ai punteggi e commenti ricevuti dal Panel di esperti chiamati a valutare la validità di facciata. La sua versione finale, così come la lettera di presentazione ha raccolto punteggi medi molto elevati, evidenziando un buon giudizio sullo strumento.

L'appropriatezza delle domande è risultata mediamente (media aritmetica M₁) pari a 3,99 con una bassa variabilità nel gruppo come evidenzia il valore della Deviazione Standard, pari a $\pm 0,02$, analogamente la chiarezza delle risposte con valori pari a M₁ 3,99 e DS $\pm 0,02$. La rilevanza delle domande è stata valutata positivamente così come il livello della loro comprensibilità, raccogliendo il massimo punteggio attribuibile pari a 4.

Le indicazioni sul layout di presentazione sono state oggetto di attenzione del gruppo di lavoro, sia dal punto di vista della progettazione della versione on-line del questionario (che tramite domande cancello e, quindi, la proposta selettiva delle sotto-domande in caso di risposta affermativa, consente salti automatici abbattendo i tempi di compilazione), che della comunicazione grafica, con la predisposizione di un logo disegnato appositamente per l'Indagine Nazionale (Figura 7). Infine, nella sezione del sito Aniarti che ospita l'Indagine Nazionale, è stata predisposta anche una pagina FAQ (*Frequently Asked Questions*), sulle domande fatte più frequentemente: un breve elenco di domande e relative risposte sintetiche che di solito si pone l'utente riguardo all'intervista e alle modalità di trattamento delle informazioni e di divulgazione dei risultati, nonché

alcuni link ad articoli scientifici di approfondimento sul tema della Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso.



Figura 7 Logo Ufficiale dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso.

I risultati emersi dallo studio pilota hanno confermato sia in termini di adesione allo studio che di completamento del questionario una buona fruibilità dello strumento. Anche il tempo medio utile alla compilazione del questionario è risultato adeguato e non eccessivo. Il confronto a dati appaiati ha inoltre evidenziato una robusta affidabilità test-retest, infatti, l'indice di concordanza misurato tramite K di Cohen-Fleiss è risultato essere pari a 0,71 quindi espressione di una buona concordanza e stabilità dello strumento.

4.2.3 Conclusioni

La costruzione di uno strumento di misurazione rappresenta un passaggio cruciale per qualsiasi progetto di ricerca. Indipendentemente dal tipo di disegno di studio, sia esso quantitativo che qualitativo, la modalità di raccolta dei dati deve basarsi su strumenti altamente affidabili (per precisione e stabilità) e validi (per adeguatezza e accuratezza). Condizione certamente di per sé non sufficiente

a garantire da sola la robustezza e la qualità di uno studio, ma sicuramente necessaria in tal senso. Per questo nella progettazione del Questionario si è voluto partire da un'analisi approfondita della letteratura, da una revisione aggiornata degli studi sulle aggressioni al personale di PS - in inglese *Workplace Violence (WPV) in Emergency Department (ED)* - basati su *survey*, coinvolgendo colleghi competenti sull'argomento e sottoponendo il questionario al vaglio di un Panel di esperti e ad un campione di infermieri di PS. Il tutto restando sempre coerentemente agganciati al costrutto (*framework*) dell'"Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso" (*Global Approach to Violence towards Emergency Nurses*), che informa il lavoro di ricerca svolto sino ad oggi. L'articolo pubblicato su *Scenario* chiudeva con queste parole: "Certamente il successo dell'indagine dipenderà, oltre che dal numero di questionari compilati, anche e soprattutto dalla qualità dell'analisi dei dati che verranno raccolti. In ogni caso l'auspicio è che tramite questa indagine, come ci auguriamo di ampio respiro, si possa acquisire una mole informativa tale da poter offrire elementi di conoscenza nella realtà italiana su questo problema tanto diffuso e coinvolgente, quanto poco conosciuto e irrisolto e soprattutto dati utili per costruire una scala di misurazione predittiva della Violenza in Pronto Soccorso nell'ottica della valutazione degli approcci di contenimento del fenomeno (*Global Approach to Violence towards Emergency Nurses - GAVENscore*)" (Ramacciati, et al., 2016d, p.25). E quanto auspicato si è concretamente realizzato. L'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso ha conseguito tutti gli obiettivi previsti nel disegno di ricerca, fornendo davvero una mole rilevante di dati. Questi, trattati sia metodiche di analisi qualitativa che quantitativa ci hanno permesso di delineare un quadro ampio e sfaccettato del fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso nella realtà italiana come mai fino ad ora. e Le prossime due sessioni di questo capitolo sono espressamente dedicate alla presentazione di queste due diverse metodologie di analisi e linee di discussione: la prima riguardante l'elaborazione e l'analisi qualitativa delle risposte dei rispondenti alla domanda aperta finale del QuIN16VIPs è stata pubblicata integralmente nel numero 81/2018 di *International Journal of Nursing Studies* (Ramacciati, et al., 2018c); la seconda di tipo quantitativo (descrittiva,

comparativa e inferenziale) attualmente under minor revision sul *Journal of Nursing Management* (Ramacciati, et al., 2018d).

4.3 L'Indagine Nazionale 2016 sulla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: analisi qualitativa

4.3.1 Background

La domanda generativa di questo lavoro basato su un approccio fenomenologico nasce sempre dalla constatazione che la violenza sul posto di lavoro è un problema di importanza mondiale per dimensioni e gravità che raggiunge il suo apice nel settore sanitario. Gli infermieri - in particolare gli infermieri di emergenza, soprattutto se coinvolti nell'attività di triage - risultano essere, tra tutti gli operatori sanitari, i più esposti a questo fenomeno (Camerino, et al., 2008; Pitch, et al., 2001; Spector, et al., 2014). Per questo motivo, negli ultimi anni importanti organizzazioni internazionali hanno fornito linee guida precise e proposto specifiche linee d'azione (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002). La letteratura secondaria (Brunetti & Bambi, 2013; Taylor & Rew, 2011) ha evidenziato che la maggior parte della ricerca condotta su questo tema si concentra prevalentemente sulla misurazione dell'entità del fenomeno, sulla natura dell'aggressività (verbale o fisica), sull'identificazione dei perpetratori (pazienti o parenti), sui fattori di rischio, sull'attuazione di politiche di "tolleranza zero" o sulle azioni preventive, sull'addestramento e la formazione degli operatori o, infine, sulle modifiche strutturali e architettoniche dei luoghi di lavoro. Persino gli studi fenomenologici e qualitativi tendono a focalizzarsi sugli stessi temi (Angland, et al., 2014; Catlette, 2005; Luck, et al., 2008; Pitch, et al., 2011), consentendo solo una comprensione parziale delle emozioni degli operatori sanitari, connessi con l'esperienza dell'aggressività (Han, et al., 2017; Ramacciati, et al., 2015a). Tuttavia, quando ciò accade, tra i limiti dichiarati di questi studi c'è sia la piccola dimensione del campione, che la limitata estensione territoriale. Ciò può causare la mancanza del raggiungimento della saturazione dei dati e ridurre la generalizzabilità dei risultati. Per questo motivo, in occasione

dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza nei confronti degli infermieri di emergenza - condotta dall'Università di Firenze e dall'Associazione Italiana Infermiere di Critical Care (Aniarti) - rivolta a tutti gli infermieri italiani di emergenza, con l'obiettivo di analizzare le caratteristiche della *Workplace Violence* e quanto questa sia diffusa nei dipartimenti di emergenza italiani, il nostro gruppo di ricerca ha anche raccolto dati qualitativi. Grazie a questi dati siamo stati in grado di eseguire un'analisi fenomenologica del problema in tutte le regioni italiane con un elevato numero di intervistati.

4.3.2 Obiettivo

Lo scopo principale di questo lavoro è condurre una ricerca qualitativa sulle interpretazioni soggettive degli infermieri sul tema della violenza sul posto di lavoro nel dipartimento di emergenza utilizzando i dati dei partecipanti che hanno preso parte alla National Survey 2016 sulla violenza nei confronti degli infermieri di emergenza.

4.3.3 Metodologia

4.3.3.1 Definizioni

La violenza da cliente a lavoratore (*client-on-worker violence*) o Violenza di tipo II nella classificazione dell'*University of Iowa Injury Prevention Research Center* (UIIPRC, 2001) è un fenomeno complesso e diffuso in tutto il mondo. Poiché non esiste una definizione unica di violenza sul posto di lavoro, il nostro gruppo di ricerca utilizza la definizione proposta dal *National Institute of Occupational Safety and Health*: "[...] atti violenti (inclusi aggressioni fisiche e minacce di aggressione) diretti verso le persone al lavoro o in servizio" (NIOSH, 2002).

4.3.3.2 Raccolta dati

La raccolta dei dati è avvenuta dal 19 luglio 2016 e si è conclusa il 19 marzo 2017. Il sondaggio online è stato ospitato sul sito Web ufficiale dell'Associazione Italiana Infermieri di Area Critica - Aniarti. Abbiamo seguito le migliori pratiche applicabili alle survey indirizzate agli operatori sanitari (McColl, et al., 2001), e utilizzato come strumento di ricerca il questionario QuIN16VIPs28 appositamente sviluppato per lo studio della violenza nei confronti degli infermieri di emergenza, a partire da un'attenta revisione della letteratura e da studi selezionati basati su sondaggi. L'ultimo item di questo questionario (il n. 37) è una domanda aperta "Commenti liberi sul fenomeno della violenza sul luogo di lavoro nei confronti degli infermieri di emergenza".

4.3.3.3 Metodologia per l'analisi dei dati e il rapporto finale

Tutte le risposte degli infermieri rispondenti alla domanda aperta sono state analizzate con il metodo di Van Kaam (Van Kaam, 1984). Abbiamo usato i criteri consolidati per il resoconto della ricerca qualitativa (il *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research- COREQ*) di Tong e colleghi per la presentazione dei risultati e verificabilità della metodologia di ricerca seguita (Tong, et al., 2007).

4.3.3.4 Gruppo di ricerca

Il gruppo di ricerca è stato costituito dal Candidato e composto da un Professore Associato dell'Università di Firenze (donna) , tre infermieri di Pronto Soccorso (uomini) di cui uno studente di dottorato, provenienti da un ospedale universitario con esperienza nella ricerca qualitativa acquisita partecipando come *auditor* in un studio fenomenologico sulla farmacovigilanza (De Angelis, et al., 2015) e come *principal investigators* di uno studio sulla violenza nei confronti degli infermieri di emergenza (Ramacciati, et al., 2015a), e anche come *peer-reviewer* di articoli basati su questa metodologia.

4.3.3.5 Reclutamento e caratteristiche del campione

I criteri di selezione per i partecipanti sono stati proattivi, l'investigatore principale ha contattato telefonicamente tutti i 668 servizi di Pronto Soccorso attivi in Italia nell'anno 2016 (Ministero della Sanità, 2016a), secondo la lista ufficiale del Ministero della Sanità (Ministero della Sanità, 2016b), presentando lo studio e fornendo le istruzioni per la partecipazione. Il criterio di inclusione (essere un infermiere operante, al momento dell'inizio dello studio, all'interno di una struttura di Pronto Soccorso) quello di esclusione (operatività in Pronto Soccorso inferiore a 12 mesi) e il carattere della partecipazione (volontarietà e anonimato), nonché ulteriori informazioni sulle finalità dello studio sono state messe a disposizione di tutti i partecipanti tramite apposita lettera di presentazione anticipata via fax o e-mail ai servizi che ne hanno fatto espressa richiesta. I rispondenti alla Indagine Nazionale 2016 sono stati 1.100 dei quali 265 hanno completato la domanda aperta finale su cui è stata condotta l'analisi qualitativa. Considerando la popolazione infermieristica italiana di 15.618 unità, il campione (pari al 7,0% del totale) è statisticamente rappresentativo. Anche la rappresentatività territoriale è alta. Infatti, raggiunge la soglia di significatività statistica nel 95% delle 20 regioni italiane. Le caratteristiche del campione sono brevemente descritte nella tabella 21.

Caratteristiche	Rispondenti totali (N=1.100)				Sottogruppo (N=265)			
	N	%	M ₁ DS	min-max	N	%	M ₁ DS	min-max
Sesso								
Donna	599	54,8			144	54,3		
Uomo	430	39,0			119	44,9		
Non dichiarato	71	6,2			2	0,8		
Età								
(Anni)			41	± 9 20 – 65			42	± 9 25 - 65
Anzianità lavorativa								
complessiva (anni)			16	± 10 1 – 40			18	± 9 2 - 39
in PS (anni)			10	± 7 1 – 38			11	± 8 1 - 37
Titolo professionale								
Diploma regionale	433	39,4			130	49,1		
Laurea Triennale / DUI-DUSI	593	53,9			134	49,4		
Laurea Magistrale	54	4,9			18	6,8		
Non dichiarato	20	1,8			2	0,8		
Master								
Coordinamento	169	15,5			51	19,2		
Area Critica	97	8,9			28	10,6		
Emergenza	55	5,0			13	4,9		
Infermieristica forense	25	2,5			12	4,5		
Titoraggio clinico	7	0,6			2	0,8		
Altro	62	5,7			25	9,4		

Note: N = numero, M₁ = Media aritmetica, DS = Deviazione Standard, min = minimo, max = massimo.

Tabella 21 Caratteristiche del campione totale dei rispondenti all'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso e i rispondenti alla domanda aperta finale (Sottogruppo). Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.23).

4.3.3.6 Analisi tematica

Tutte le conoscenze, le idee e le convinzioni precedentemente espresse in materia da tutti i ricercatori del team sono state metaforicamente "collocate tra parentesi" secondo il concetto di *bracketing*, un requisito per la riduzione fenomenologica (Fain, 2004). In questo modo abbiamo scelto di dare la priorità ad un approccio induttivo privilegiando la via in cui il ricercatore non utilizza alcun riferimento teorico predefinito ed i temi emergono dai dati, piuttosto che quella teorico-deduttiva (Sasso, et al., 2015). La risposta alla domanda aperta è stata letta più volte da tre ricercatori. Lo studio dei dati per l'analisi dei temi emergenti e la prima codificazione iniziale è stato effettuato in modo indipendente da ciascun ricercatore. A causa della brevità delle risposte, l'analisi tematica si è focalizzata sul livello semantico esplicito delle dichiarazioni del partecipante, senza "leggere tra le righe" (Boyatzis, 1998). Il passo successivo che

ha portato a una sintesi finale e una codificazione finalizzata, è stato condiviso dall'intero gruppo di ricerca. Per l'analisi qualitativa dei dati sono stati utilizzati un word processor (Microsoft Word®) e un foglio di calcolo (Microsoft Excel®). Tutti i temi identificati sono stati ricavati dall'analisi dei dati.

4.3.3.7 Considerazioni etiche

L'autorizzazione dello studio è stata richiesta al Comitato Etico della Toscana (Comitato Etico Area Vasta Centro), ma essendo uno studio che coinvolgeva non pazienti ma personale sanitario con uno strumento (survey) il Comitato Etico non ha considerato necessario l'approvazione (questo orientamento è seguito anche in altri Paesi come ad esempio il Regno Unito).

Tutti i partecipanti sono stati informati sull'obiettivo della ricerca. L'anonimato e la riservatezza sono stati garantiti attraverso la codifica dei dati e la non identificabilità dei rispondenti. La partecipazione allo studio era volontaria e non vi era alcun conflitto di interessi tra partecipanti e ricercatori.

4.3.4 Risultati

Dall'analisi dei dati sono emersi ventisette temi minori, raggruppati in quattro temi principali: *percezione degli infermieri del fenomeno, fattori precipitanti, conseguenze e soluzioni*. Questi sono stati analizzati in modo coerente con il modello concettuale alla base dello studio, come mostrato nella Figura 8.

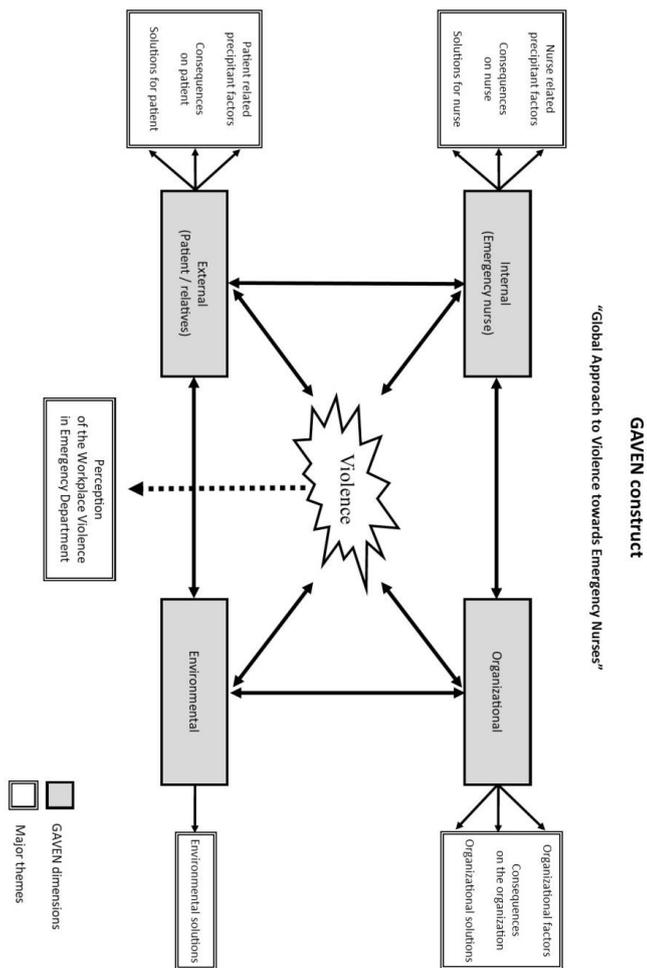


Figura 8I quattro temi principali divisi per le dimensioni del Global Approach to Violence towards Emergency Nurses (GAVEN). Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.24).

I temi principali e secondari, così come le parole chiave delle frasi, secondo questo schema, sono mostrati nella seguente Tabella 22.

Dimensioni del costruito del "Global Approach to Violence towards Emergency Nurses"	4 Temi maggiori suddivisi secondo le 4 dimensioni del "Global Approach to Violence towards Emergency Nurses"	Temini minori	Parole chiave delle frasi
	Percezione degli infermieri riguardo la violenza sul posto di lavoro in Pronto Soccorso	Parte del lavoro Poco studiato Non segnalato	Fenomeno diffuso Rassegnazione Poco studiato Under-reporting
Interna (Infermiere di Pronto Soccorso)	Fattori precipitanti correlati agli infermieri	Scarse capacità comunicative Accesso in PS non urgenti	Infermieri come attivatori della violenza Scarse capacità comunicative Accesso in PS non urgenti
	Conseguenze sugli infermieri	Sentirsi soli Vittimizzazione secondaria Burnout "In Guerra"	Abbandonati Solitudine Vittime secondarie Stress emozionale Frustrazione Burnout "In guerra"
	Soluzioni per gli infermieri	Più formazione	Formazione dedicata Corsi di auto-difesa
Esterna (Pazienti/familiari)	Fattori precipitanti correlati al paziente	Immagine "mediatica" degli infermieri Immagine "sociale" degli infermieri Bersaglio per gli utenti Maleducazione Determinanti sociali e culturali	Mass media Ruolo professionale non riconosciuto Utenti prevenuti/pregiudizi sull'attesa Bersaglio dei pazienti Cure immediate dovute Uso non corretto del PS Maleducazione Elementi culturali Basso ceto sociale Utenti Extracomunitari
	Conseguenze sui pazienti	Minore sicurezza del paziente	Interrompere/disturbare la valutazione del triage
	Soluzioni per i pazienti	Risonanza mediatica del lavoro nel pronto soccorso Informazioni e campagne educative	Riduci i tempi di attesa Risonanza media Educazione i cittadini sull'uso corretto del pronto soccorso
Organizzativa	Fattori organizzativi	Dirigenti e dirigenti disinteressati Sottovalutazione del fenomeno understaffing Non protetto	Cattiva gestione Disinteresse del management Non protetto Disinteresse del Collegio professionale Episodi di violenza tollerati sottovalutazione Interventi di sicurezza e polizia inefficaci Understaffing
	Conseguenze sull'Organizzazione	Costantemente in pericolo	Manca di sicurezza
	Soluzioni organizzative	Più protezione Più personale Consapevolezza del problema	Non giustificare mai atti di violenza Campagna di sensibilizzazione aziendale Procedure / protocolli per la gestione dei pazienti violenti Attivazione dei sistemi di segnalazione Rafforzamento dei servizi di polizia e di sicurezza (presenza di polizia 24 ore su 24) Norme anti-violenza Indennità di rischio
Ambientale	Soluzioni ambientali	Locali adeguati	Ambienti adatti con misure strutturali adeguate

Tabella 22 Temi maggiori, minori e parole chiave delle frasi, suddivisi in base al costruito dell'"Approccio globale alla violenza nei confronti degli infermieri di emergenza". Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.25).

4.3.4.1 La percezione degli infermieri della Violenza sul posto di lavoro nel dipartimento di emergenza

4.3.4.1.1 Parte del lavoro

Il tema di fondo presente nelle risposte di molti infermieri rispondenti alla domanda aperta della nostra survey è che la violenza fa parte dell'infermieristica di Pronto Soccorso.

Infermiera 428: "fa parte del lavoro. Nel dipartimento di emergenza siamo più esposti perché non sappiamo mai chi incontreremo quando apriremo la porta principale".

La natura "quotidiana" (Infermiere 444) della violenza produce un sentimento di rassegnazione in molti infermieri:

Infermiera 247: "ci si abitua a tutto", e poi aggiunge: "non è un'affermazione degna di un professionista, ma è la più veritiera".

4.3.4.1.2 Poco studiato

Sebbene il fenomeno sia molto diffuso e rilevante, alcune infermieri pensano che sia poco studiato e conosciuto.

Infermiere 80: "Fenomeno molto frequente e non attentamente studiato e conosciuto anche da parte del personale infermieristico e medico di PS".

4.3.4.1.3 Sotto-segnalazione

Gli episodi sono così frequenti che il personale infermieristico si abitua a questi casi che raramente vengono segnalati:

Infermiere 691: "Purtroppo sono fenomeni che prima o poi subiamo, in particolare il triagista. Penso che, lavorando in questo ambiente, tendiamo a considerare tali episodi come spiacevoli ma trascurabili, e non li segnaliamo a meno che non siano di estrema gravità".

4.3.4.2 Fattori precipitanti

Fattori precipitanti dell'infermiere

4.2.4.2.1 Debole capacità di comunicazione

Per alcuni intervistati, gli atti di violenza sono anche determinati da inadeguate capacità comunicative da parte di alcuni infermieri di Pronto Soccorso.

Infermiere 578: *"[la violenza] stimolata dagli operatori stessi con atteggiamenti ostili."*

o come dichiarato dall'

Infermiera 972: *"Forse basterebbe una maggiore comunicazione da parte del sanitario per ridurre l'ansia da parte dei parenti. "*

4.3.4.2.2 Accessi in PS per condizioni non urgenti

Il conflitto tra operatori sanitari e utenti è anche dovuto alla percezione da parte degli infermieri dell'inappropriatezza dell'uso del Pronto Soccorso in caso di problemi di salute non urgenti.

Infermiere 818: *"molti episodi di aggressione agli operatori potrebbero essere evitati se i nostri colleghi medici tenessero uno standard lavorativo omogeneo senza trattare in codici bianchi come merce senza valore".*

Fattori precipitanti correlati al paziente

4.3.4.2.3 L'immagine "Mediatica" dell'infermiere

La maggior parte dei partecipanti ritiene che vi sia un atteggiamento prevenuto nei confronti dei dipendenti pubblici e quindi degli impiegati sanitari, creati dai media, come

Infermiere 414: *"La gogna generalizzata che è stata scagliata sul dipendente pubblico in questi anni ed un certo giornalismo scandalistico che ha trattato l'argomento della malasanita in malafede ha contribuito ad aumentare il fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari",*

secondo il parere dell'

Infermiere 1048: *"La violenza è spesso dovuta a mancanza di fiducia e disprezzo verso gli operatori sanitari e gli ospedali pubblici in particolare,*

per episodi di malasanità, i mezzi di informazione contribuiscono molto ad alimentare questa forma di sentimento”.

4.3.4.2.4 L'immagine "sociale" dell'infermiera

L'immagine sociale dell'infermiera può anche contribuire a episodi di violenza secondo l'opinione dell'

Infermiera 427: “La professione infermieristica non gode della giusta considerazione da parte degli utenti rispetto alla figura del medico. Gli utenti si sentono liberi di riversare tutte le cattiverie su un operatore che considerano non determinante per la soluzione del loro problema”.

allo stesso modo

Infermiere 332: questa è una “professione poco considerata socialmente e per questo motivo essendo considerati ancora come chi riceve ordini, soggetta ad angherie”.

4.3.4.2.5 Bersagli degli utenti

Abbiamo a che fare con una relazione difficile, come spiega l'

Infermiere 450: “Purtroppo i Cittadini sfogano il loro disagio e frustrazioni dove è più facile, su chi è in prima linea invece di fare fronte comune per migliorare la situazione per tutti”

o ancora,

Infermiere 348: “[noi] siamo dei bersagli per lo sfogo della frustrazione di pazienti ed accompagnatori”.

Ci sono aspettative insoddisfatte aggravate dal pregiudizio come sottolinea la

rispondente 90: “Gli utenti arrivano in pronto soccorso già prevenuti sull’attesa: il nostro ps vede circa 220 pz al giorno, l’attesa è spesso lunga”.

4.3.4.2.6 Maleducazione

Tra i temi più comuni che compaiono nei “commenti liberi” c'è la maleducazione mostrata dagli utenti

Infermiere 923: *"il crescente livello di maleducazione ed ignoranza e la mancanza di rispetto delle regole e del lavoro altrui porta sempre di più in evidenza e giornalmente alla verifica di episodi di violenza sia verbale che fisica nei confronti degli operatori sanitari"*

altri aggiungono una spiegazione come,

Infermiera 919: *"Siamo il capro espiatorio di ogni genere di malumore, non siamo protetti da nessuno. Combattiamo ogni giorno contro ignoranza e arroganza, ricevendo insulti come ricompensa"*.

4.3.4.2.7 Determinanti culturali e sociali

La determinante sociale e culturale della violenza è considerata un elemento che può spiegare il fenomeno:

Infermiere 827: *"Da noi la violenza agli operatori sanitari è dovuta principalmente dall'ignoranza e dal ceto culturale estremamente basso!"*

o come l'infermiera 1079 quando afferma che la violenza è un:

"Fenomeno sociale in crescendo anche per motivi di sociopatia".

Fattori organizzativi

4.3.4.2.8 Disinteresse di dirigenti e manager

Anche se la frequenza di questo tipo di commenti espressi dai partecipanti non è rilevante nell'analisi qualitativa, che non cerca di determinare correlazioni statistiche, il tema di una percepita mancanza di protezione e attenzione a questi episodi di comportamento violento da parte della dirigenza delle aziende sanitarie è tra i più ricorrenti e rimarcati commenti espressi dai partecipanti.

Infermiere374: *"la sensazione è che in azienda non importi a nessuno, se gli operatori vengono aggrediti!!!!"*.

4.3.4.2.9 Sottovalutazione del fenomeno

Gli infermieri di emergenza ritengono che il fenomeno sia sottostimato e sottovalutato, soprattutto a livello dirigenziale. Anche nell'ambito della valutazione del rischio.

Infermiera 416: *"è una problematica realissima e sempre più ingravescente. Ignorata da chi dovrebbe porvi la necessaria attenzione per adibire quanto, come minimo, necessario all'operatore per lavorare in sicurezza"*.

Un'idea simile è espressa da

Infermiera 412: *"Fenomeno sottostimato dalla direzione generale nonostante la presenza di raccomandazioni del ministero"*.

4.3.4.2.10 Carenza di personale

Riflettendo sulla violenza sul lavoro, il problema della mancanza di personale è considerato dagli infermieri di emergenza un fattore determinante, infatti

la rispondente 896 afferma che la WPV: *"è tema difficile e complicato, purtroppo la motivazione principale è unicamente il numero insufficiente di personale sia medico che infermieristico che i locali poco appropriati, se si riuscisse banalmente ad assistere i pazienti nei tempi e modi ragionevoli si limiterebbero drasticamente gli episodi di violenza specie verbale ma purtroppo questa soluzione che è la più evidente senza tanto girarci intorno, appare anche la più onerosa ed ovviamente tutto torna ad essere un problema politico di riduzione dei costi e di tagli effettuati sempre in maniera scellerata dove non si dovrebbe"*.

Così anche un'altra rispondente come l'

Infermiera 1058 che esprime la sua: *"disapprovazione verso i tagli della sanità che incide sulla qualità lavorativa e dell'istituzione regionale che non considera la sanità una risorsa ma una spesa"*.

4.3.4.2.11 Nessuna protezione

Molti infermieri di Pronto Soccorso pensano di non ricevere alcuna protezione dai loro dirigenti e amministratori

Infermiere 1021: *"Alla nostra azienda non frega niente della sicurezza. Dopo l'episodio dovevano prendere dei provvedimenti per la sicurezza.....e il niente più assoluto!!"*.

4.3.4.3 Conseguenze

Conseguenze sull'infermiere

4.3.4.3.1 Solitudine

Ricorrente è la frustrante sensazione di essere abbandonati di fronte alla violenza.

Infermiera 893: *“Quello che più mi pesa è che si ha l'impressione di essere lasciati soli a fronteggiare il problema”,*

Infermiera 317: *“Nessuno fa nulla per questo grande problema. Diventa un problema solo tuo purtroppo”,*

4.3.4.3.2 Vittimizzazione secondaria

Oltre alla sensazione di mancanza di attenzione e protezione, molte infermiere e infermieri hanno dichiarato di essere spesso considerati responsabili di aver innescato loro la violenza,

Infermiera 271: *“Spesso la frustrazione in seguito ad episodi di violenza è doppia perché siamo lasciati soli e chi dirige tende a colpevolizzare il personale e raramente interviene nei confronti dei soggetti attori di queste azioni”,*

Questo perché, nelle parole dell'

Infermiera 95: *“A torto o a ragione, il violento rimane impunito, ascoltato e valorizzato dalla dirigenza”*

e allo stesso modo l'

Infermiera 471: *“mi sento molto poco tutelata dalla mia azienda. Spesso si dà più credito alle parole del pz che a quelle dell'infermiere sembra che nel nostro contratto sia inclusa la violenza verbale!!”.*

4.3.4.3.3 Burnout

Molti infermieri di Pronto Soccorso hanno dichiarato che la violenza è come nelle parole dell'

Infermiera 869 un: *“fenomeno estremamente sottostimato ed incompreso che contribuisce in modo significativo al burnout”*

o come dice un altro infermiere,

Infermiere 887: *"ci [fa cadere] nella depressione, nel burnout e nella demotivazione"*

4.3.4.3.4 In guerra

La relazione tra infermiere e utente, che sia un paziente o un parente, è vista da alcuni partecipanti come conflittuale

Infermiere 512: *"Sembra di essere sulla linea del fronte con a disposizione solo armi obsolete, spesso mal funzionanti ... non è un bel vivere",*

e alcuni esprimono questo concetto a tinte forti come

Infermiere 205: *"Dotate il personale di taser"*

o

Infermiere 353: *"un mitra per noi".*

Conseguenze sul paziente

4.3.4.3.5 Influenza la sicurezza del paziente

Infermiere 90: *"rischi di perdere la "lucidità" durante il tuo lavoro al triage soprattutto vieni continuamente interrotta da persone che si lamentano dell'attesa che troppo spesso fanno minacce più o meno velate, interrompendoti durante l'assegnazione dei codici colore e spostando dai pz che stai valutando la tua attenzione "*

Conseguenze sull'organizzazione

4.3.4.3.6 Costantemente in pericolo

Un tema frequente menzionato dagli infermieri di emergenza era l'alta esposizione a episodi violenti. Molte infermiere considerano la violenza nei loro confronti come una realtà quotidiana. Molto più frequente di quanto si possa immaginare.

Infermiere 112: *" l'infermiere è a rischio sempre... maggiormente esposto al triage dove si trova ad operare in solitudine".*

4.3.4.4 Soluzioni

4.3.4.4.1 Soluzioni per infermiere

4.3.4.4.1.1 Più formazione

Molti partecipanti hanno suggerito un programma di formazione specifico per gestire gli episodi violenti,

Infermiere 55: " secondo me serve una formazione su questi episodi, che la nostra azienda non riesce a concludere"

perché, come confermato dall'

Infermiere 45: "siamo in prima linea ognuno con il suo background che a volte ci aiuta e altre no...più formazione e misure a poter difenderci sarebbe utile..."

Alcuni partecipanti hanno avanzato suggerimenti specifici sul contenuto della formazione, come

Infermiere 47: "Curare la comunicazione degli infermieri in triage e le tecniche di strategia comunicativa e predittiva di un evento violento"

Infermiere 43: "attivazione di corsi ad hoc sulla comunicazione efficace, sull'assertività, sulla gestione dello stress lavoro correlato e del burnout a sostegno degli operatori. periodici obbligatori e non solo dopo segnalazione di eventi sentinella (che ahimè poi per mille motivi non avviene quasi mai!)"

4.3.4.4.2 Soluzioni per il paziente

4.3.4.4.2.1 Risonanza mediatica del lavoro nel pronto soccorso

Infermiera 703: "NON vengono MAI segnalati i casi di buona sanità. Quando ci sono eventi particolari viene segnalata la presenza delle forze dell'ordine, dei vigili del fuoco, ecc. (sicuramente meritevoli) ma MAI la presenza anche del personale sanitario".

4.3.4.4.2 Informazioni e campagne educative

Il rispondente 977 suggerisce un metodo: *“dobbiamo educare i cittadini al buon uso del pronto Soccorso. Fare delle campagne di informazione accurata nell'utilizzo del PS”*.

4.3.4.4.3 Soluzioni organizzative

4.3.4.4.3.1 Più protezione

Il rispondente 32 afferma: *“Credo che il triage sia la postazione più a rischio, spesso per le lunghe attese, proporrei la presenza di un posto di polizia h24 per la sicurezza degli operatori”*.

In un modo simile l'

Infermiere 45: *“Presenza h24 di forze dell'ordine e/o guardie giurate”*,

o anche

Infermiere 51: *“20 anni fa ho lavorato in un pronto soccorso con posto di polizia con pulsante per allarme in sala visite, in caso di necessità in due minuti arrivava un poliziotto. Ci sentivamo tanto più sicuri!”*.

4.3.4.4.3.2 Più personale

Ci sono anche quelli che propongono una soluzione matematica al problema della violenza nel pronto soccorso, indicando questa equazione:

Infermiere 220: *“+ personale infermieristico, medico e ausiliario + strutture adeguate - turni massacranti = meno violenza”*.

4.3.4.4.3.3 Consapevolezza del problema

Alcuni rispondenti vogliono una maggiore consapevolezza del fenomeno da parte delle amministrazioni, come l'

Infermiere 584: *“Più sensibilizzazione delle Aziende, e dirigenti”*.

4.3.4.4.4 Soluzioni ambientali

4.3.4.4.4.1 Ambienti adatti

Questa è una soluzione che molti partecipanti hanno menzionato

Infermiere 870: *“Vorrei che ci fossero più protezioni, (vetri stanze chiuse, ecc), presenza di almeno una guardia giurata soprattutto la notte quando l'incidenza delle aggressioni è più alta”,*

o come l'

Infermiere 741: *“intanto dovremmo chiedere di mettere le telecamere in tutti i ps, con relative guardie, anche nei ps periferici”.*

4.3.5 Discussione

La domanda aperta posta al termine dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso si è prestata a diverse possibilità di utilizzo: precisare il contenuto di alcune risposte date nel corso della compilazione del questionario, fornire una propria visione del problema (oggetto della nostra analisi), dare sfogo tout-court a sentimenti collegati all'esperienza della violenza (anche quest'ultima opzione è stata poco usata) o reclamare qualche sorta d'indennità di rischio (tre infermieri), ma la prima considerazione che balza agli occhi è la numerosità dei rispondenti, pari a circa un quarto del campione totale, che hanno utilizzato lo spazio offertogli al termine del questionario, nonostante le precedenti 38 domande esplorino dettagliatamente moltissimi aspetti della violenza nell'ambito specifico del PS. Questo ad indicare quanto il fenomeno sia davvero molto sentito dai colleghi che lavorano in questo servizio.

4.3.5.1 Percezione degli infermieri di Violenza sul posto di lavoro nel dipartimento di emergenza

Non è un caso che il primo tema emerso sia rappresentato dalla percezione di essere costantemente in pericolo e che la *Workplace Violence* sia parte del lavoro, infatti questo fenomeno è descritto da molti Autori (Jones & Lyneham, 2000; Pich, et al., 2017). La natura *“quotidiana”* della violenza produce un sentimento di rassegnazione in molti infermieri, un sentimento che Erickson e Williams-Evans descrivono come *“habituation or normalization of violence in the workplace”* (Erikson & Williams-Evans, 2000, p.210).

4.3.5.2 Fattori precipitanti

La maggior parte dei fattori scatenanti sono attribuiti dagli infermieri rispondenti ai pazienti e all'organizzazione. Tuttavia, vi è anche una sincera autocritica degli infermieri riguardo alle loro lacune nella comunicazione e alla predisposizione negativa nei confronti dei pazienti che si recano “*impropriamente*” al Pronto Soccorso per problemi non urgenti.

Come evidenziato in un precedente studio (Ramacciati, et al., 2015a), la mancanza di capacità comunicative da parte degli infermieri può diventare un fattore favorente gli episodi di violenza (AbuAlRub & Al-Asmar, 2011). Così come il problema degli accessi non urgenti e di come questi vengano considerati da parte degli infermieri, è una questione ancora aperta da investigare nelle sue molte sfaccettature (Bagaglia & Polcri, 2017; Uscher-Pines, et al., 2013).

Tra i fattori scatenanti attribuiti ai pazienti e ai loro parenti è emersa la percezione da parte degli infermieri di essere un bersaglio, un capro espiatorio per i pazienti e/o loro accompagnatori, oltre alla percezione che l'utenza abbia una “immagine professionale “distorta degli infermieri. Questo vissuto viene descritto, anche in un recente studio qualitativo condotto in Iran (Najafi, et al., 2017). L'enfasi data dai rispondenti nella domanda aperta agli aspetti sociali e culturali che possono influenzare i comportamenti violenti, ben descritta in molte teorie sulla violenza, può anche essere spiegata dalla presenza nel nostro questionario di domande specifiche sulle caratteristiche degli aggressori legate alle di condizioni patologiche o situazionali e quindi già in qualche modo esplorate dai relativi items. Ultimo ma non meno importante il tema della maleducazione. Questo non è un nuovo tema in letteratura (Stagg & Stagg, 1998), simili comportamenti possono essere contrastati con politiche di tolleranza zero rigorose (Hassankhani & Soheili, 2017), purché siano seriamente attuate e applicate dalla gestione ospedaliera (Anderson, et al., 2010; Wei, et al., 2016). Mentre l'attribuzione di certe condizioni patologiche, come quelle dovute all'abuso di alcool, sostanze psicotrope, traumi o età avanzata e infermità mentale sono citate dagli infermieri per spiegare o minimizzare gli episodi di violenza (Harulow, 2000; Whittington & Winstanley, 2008). Nessuna

giustificazione è, invece, concessa a coloro che dovrebbero agire per contenere e controllare il problema: datori di lavoro e dirigenti. Viene dichiarato dagli infermieri italiani che hanno risposto alla survey, la percezione di un totale disinteresse da parte dei datori di lavoro, questo si ritrova descritto in molti studi internazionali (Alameddine, et al., 2011; Darawad, et al., 2015; Kansagra, et al., 2008; Pitch, et al., 2001; Pitch, et al., 2011).

4.3.5.3 Conseguenze e soluzioni

Per superare questa distanza tra personale e datore di lavoro American *l'Organization of Nurse Executives* (AONE) e *l'Emergency Nurses Association* (ENA) hanno recentemente sviluppato una serie di linee guida, principi e aree prioritarie per mitigare e ridurre al minimo la violenza nei confronti degli infermieri di emergenza (AONE, ENA, 2015; Chappell, 2015). Questa cooperazione tra infermieri dirigenti e infermieri di prima linea non è vista solo come una strategia importante per sviluppare misure contro la violenza (Martinez, 2016), ma anche come un utile strumento per prevenire il diffuso sentimento di mancanza di protezione che gli infermieri esprimono e che è anche descritto in letteratura (Tan, et al., 2015; Wolf, et al., 2014). La cooperazione è anche necessaria per prevenire il fenomeno della "vittimizzazione secondaria" (il personale viene visto come il colpevole nel causare la violenza da parte degli utenti), uno tra i vissuti più raccontati dagli infermieri oggetto e vittime di violenza (Pitch, et al., 2011). Un'alleanza di questo tipo ristabilirebbe la fiducia nella leadership e dirigenza infermieristica (Doby, 2015; Zhang, et al., 2017), facilitando la segnalazione di episodi di violenza (Morphet, et al., 2014) e favorendo il processo di elaborazione dell'esperienza violenta da parte delle vittime (Botha, et al., 2015).

La condivisione di obiettivi comuni per il contrasto alla violenza e la scelta di strategie di intervento concordate è utile anche per prevenire la percezione di "sentirsi in guerra" vissuta dagli operatori sanitari in attività di prima linea *front-line* (Kleebauer, 2014), tipica degli infermieri di Pronto Soccorso, in particolare se impegnati al triage, facilmente trasformati in obiettivi vulnerabili di utenti sempre più aggressivi che vengono a loro volta percepiti come "nemici"

(Ramacciati, et al., 2015a). Nonostante anche in letteratura esistano studi sull'uso di pistole *taser* per prevenire atti violenti (Gramling, et al., 2018), riteniamo che sia più importante ripristinare un rapporto di fiducia alla base della relazione infermiere-paziente (Casey, 2017). In questo senso, sarebbe importante ricercare e ripristinare l'alleanza con l'utenza, anche proponendo un'immagine mediatica positiva per gli infermieri, invece dell'immagine distorta prevalentemente offerta oggi dai mass media (Lane & McLoughlin, 2004; Rezaei-Adaryani, et al., 2012; Zhang, et al., 2017). Tuttavia, la gravità del fenomeno della *Workplace Violence* richiede anche azioni concrete volte a garantire la protezione personale richiesta dagli infermieri di emergenza: un aumento della presenza di personale di sicurezza (Mohamed, 2002), il rafforzamento del sistema di sicurezza (Blando, et al., 2013) e una progettazione architettonica pensata in ottica di sicurezza dei Pronto Soccorso (Gillespie, et al., 2016; Morken & Johansen, 2013;).

Nonostante i numerosi studi in letteratura sugli approcci e le misure per la minimizzazione del rischio (Gillespie, et al., 2014b ; Taylor & Rew, 2011), questi non hanno ottenuto risultati di dimostrata efficacia (Anderson, et al., 2010; Ramacciati, et al., 2016a; Wassell, 2009;).

Il tema della carenza del personale viene considerato uno dei principali fattori di rischio nei dipartimenti di emergenza (d'Aubarede, et al., 2016) come l'implementazione della formazione per gli operatori centrata sul riconoscimento precoce dei potenziali aggressori e la gestione delle persone violente (Gerdtz, et al., 2013; Gillespie, et al., 2014a). La proposta da parte di una infermiera di "educare i cittadini all'accesso consapevole nei PS" è linea con quanto proposto recentemente da Vezyridis, et al. (2015).

4.3.6 Conclusioni

Questo studio presenta alcuni limiti legati alle caratteristiche culturali e organizzative tipiche dell'Italia. Il sistema sanitario italiano è pubblico ed universalistico ed è garantito dal Sistema Sanitario Nazionale; la rete dei Dipartimenti di Emergenza offre cure gratuite a tutti i pazienti. La

compartecipazione alle spese (*ticket sanitario*) è prevista esclusivamente per i codici non urgenti. Inoltre, l'Italia è un paese dell'Europa meridionale con una cultura occidentale e mediterranea. Sebbene ciò possa suggerire che i risultati non siano applicabili ad altri contesti o generalizzabili, siamo convinti che i risultati possano essere traslati in altri ambiti sanitari e culturali. (Ramacciati, et al., 2016b).

4.4 L'Indagine Nazionale 2016 sulla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: analisi quantitativa

4.4.1 Background

Che la violenza sul posto di lavoro (WPV) sia un fenomeno grave e diffuso in tutto il mondo (Rasmussen, et al., 2013), come più volte dichiarato nel corso della presente trattazione, è dato di fatto, tanto che questa affermazione è probabilmente *l'incipit* più utilizzato nelle introduzioni degli articoli scientifici sull'argomento. È stato anche detto che il settore sanitario ne è il più afflitto e che gli infermieri sono, tra tutti i lavoratori della salute, i più esposti (Shea, et al., 2017). Le conseguenze della violenza sulle organizzazioni sanitarie sono considerevoli. Studi internazionali hanno dimostrato come gli effetti fisici ed emotivi per il personale infermieristico, come ad esempio l'assenza a causa degli infortuni sul lavoro o giorni di malattia (Pompeii, et al., 2013), l'assenteismo (O'Brien-Pallas, et al., 2014), l'intenzione di abbandonare la professione (Choi & Lee, 2017), il burnout (Liu, et al., 2018), la soddisfazione sul lavoro (Zhao, et al., 2018), impattano fortemente sui bilanci delle amministrazioni, sia per quanto riguarda i costi diretti e che indiretti (Speroni, et al., 2014). La WPV può essere descritto come il "lato oscuro del dipartimento di emergenza" (Ray, 2007) (Copeland & Henry, 2017; Pich, et al., 2017) e nello specifico contesto del PS, la violenza correlata al paziente è particolarmente rilevante e complessa (Pich, et al., 2010). L'apertura 24 ore su 24 del Pronto Soccorso, alcune condizioni patologiche dei pazienti, il caos emozionale dei pazienti o dei familiari spesso

presenti in situazioni di urgenza reale o percepita e, infine, l'attività *front-line* degli infermieri può facilmente diventare un'occasione di violenza: le molte variabili influenzanti questo fenomeno, la sotto-segnalazione possono risultare fattori confondenti i dati epidemiologici (Hogart, et al, 2016; Kvas & Seljak, 2011; Arnetz, 2015) è pertanto necessario continuare a monitorare il fenomeno con la massima precisione (Nikathil, et al., 2017; Ramacciati, et al., 2017b; Spector, et al., 2014).

Per ovviare la difficoltà nell'approntare studi osservazionali longitudinali su larga scala, spesso si fa ricorso alla somministrazione di questionari validati (Brunetti & Bambi, 2013; Taylor & Rew, 2011,) dei quali però deve essere riconosciuto il limite nell'utilizzo in termini di: difficoltà nel generalizzare il risultato ottenuto, complessità nel raggiungere un numero di rispondenti sufficiente e rappresentativo le varie aree geografiche di un paese (Pompeii, et al., 2013; Gillespie, et al., 2016).

4.4.2 Obiettivo

L'obiettivo dichiarato dell'*Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso* è quello di analizzare le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno in Italia.

4.4.3 Metodologia

4.4.3.1 Disegno di studio

Osservazionale epidemiologico (survey)

4.4.3.1.1 Software e data repository

La *web-survey* è stata sviluppata dal Candidato e Andrea Mezzetti con il software LimeSurvey, un'applicazione gratuita *open source*. I dati archiviati in un archivio elettronico a cura dell'Associazione Nazionale di Infermieri di Area Critica, Aniarti (URL: <http://oldsite.aniarti.it/limesurvey/admin/admin.php?action=logout>)

4.4.3.1.2 Standard per la presentazione dei risultati

Per condurre il presente studio e diffondere i risultati abbiamo utilizzato lo standard STROBE *-Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*.

4.4.3.2 Raccolta dati

Il periodo di reclutamento previsto era di sei mesi a partire dal 15 luglio 2016, prorogato fino al 15 febbraio 2017 per ottenere il numero di soccorritori e la copertura nazionale stabilita dal progetto dello studio. I dati sono stati raccolti tra il 19 luglio 2016 e il 19 marzo 2017. Il sondaggio è stato ospitato sul sito web di Aniarti e reso pubblico attraverso i canali di social media di Aniarti (Facebook, Twitter, Telegram, WhatsApp) e la rivista online Nurse24.

4.4.3.3 Dimensionamento del campione

Nel nostro protocollo di ricerca, abbiamo deciso di ottenere un campione rappresentativo di intervistati nel 95% delle regioni italiane. Per il calcolo della dimensione del campione abbiamo fatto riferimento ai dati ottenuti dall'indagine di Becattini et al. (2007) condotta in 14 regioni italiane nel 2007. Dallo studio dei colleghi toscani è risultato che il 90% degli infermieri di emergenza aveva dichiarato di aver subito atti di violenza nel corso del precedente anno di lavoro. Poiché al momento del nostro studio era sconosciuto il numero di infermieri italiani di PS, abbiamo calcolato una dimensione del campione pari a 816 unità, per un intervallo di confidenza del 95% e un margine di errore di 2,0.

4.4.3.4 I partecipanti

Il sondaggio è stato rivolto esclusivamente agli infermieri di Pronto Soccorso. Il criterio di inclusione era quello di aver lavorato al momento del sondaggio in questo contesto, almeno nell'ultimo anno. Dal momento che non erano disponibili fonti recenti sul numero di infermiere di emergenza in Italia, l'investigatore principale (il Candidato) ha contattato telefonicamente tutti i 668 Pronto Soccorso attivi in Italia nel 2016 secondo la lista ufficiale del Ministero

della Salute (2016a) e divisi per tipologia (vedi Figure 9, 10, 11, 12, 13 e 14). Il numero totale di infermieri di Pronto Soccorso che lavorano nei dipartimenti di emergenza italiani al momento dello studio è risultato essere pari a 15.618 unità. Il reclutamento allo studio è stato proattivo.

Codice Regione	Descrizione Regione	Codice territorio	Codice Azienda	codice struttura	subcodice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Comune	Sigla provincia	Codice tipo struttura	descrizione tipo struttura	Livello emergenza	PS pediatrico
1010	PIEMONTE	201	201	010007		OSPEDALE MARTINI	VIA TOFANE 71	TORINO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	X
1010	PIEMONTE	201	201	010010		OSPEDALE OFTALMICO	VIA JUVARRIA FILIP	TORINO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	202	202	010003		OSPEDALE MARIA VITTORIA	VIA OBRARIO LUIGI	TORINO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	202	202	010011		TORINO NORD EMERGENZA SAN	PIAZZA DEL DONAT	TORINO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA2	
1010	PIEMONTE	202	202	010002		PRESIDIO SANITARIO GRADENGO	CORSO REGINA MAI	TORINO	TO	6	Unità qualificata presidio de	PS	
1010	PIEMONTE	203	203	010030	01	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	VIA BRIGATA CAGLI	PIEMONTE	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	203	203	010079	01	OSPEDALE DEGLI INFERMI	VIA RIVALTA, 29	RIVOLI	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	203	203	010079	02	OSPEDALE CIVILE DI GAVENO	VIA SEMINARIO, 45	GAVENO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	203	203	010079	04	OSPEDALE CIVILE DI SUSÀ	CORSO HOLTERRI	SUSÀ	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	203	203	010079	05	OSPEDALE DI VENARIA	PIAZZA DELL'ANNUNZIARIA REALE	VENARIA	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	204	204	010017		OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	CORSO FERRARIS	CHIVASSO	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	X
1010	PIEMONTE	204	204	010019	01	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI	VIA BATTISTORE, 7	CIRIÉ	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	204	204	010019	03	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI	VIA DELLA ROCCA	LANZO TORNESE	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	204	204	010023	01	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	PIAZZA DELLA CREVIERA	IVREA	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	204	204	010023	02	OSPEDALE CIVILE DI CUORNONE	VIA MUSSATTI TETTO	CUORNONE	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	205	205	010004	01	OSPEDALE MAGGIORE	VIA DE MARIA 1	CHIERI	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	205	205	010004	02	OSPEDALE SANTA CROCE	PIAZZA AMEDEO FEMONCALIERI	CHIERI	TO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	205	205	010004	03	OSPEDALE SAN LORENZO	VIA OSPEDALE 13	CARMAGNOLA	TO	1	Ospedale a gestione diretta	PS	
1010	PIEMONTE	206	206	010009	01	OSPEDALE SANT'ANDREA	CORSO ABBATE BA	VERCELLI	VC	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	206	206	010009	02	OSPEDALE SS. PIETRO E PAOLO	VIA LORINO A. F.	BORGOMASSA	VC	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	207	207	010032		OSPEDALE DEGLI INFERMI	VIA DEI PONDERANI	PONDERANO	BI	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	
1010	PIEMONTE	208	208	010006		ISTITUTO C. TOMITA - RIGOSOMAR	VIA RIGOSOMAR	RIGOSOMAR	NO	1	Ospedale a gestione diretta	DEA1	

Figura 9 Data set ministeriale dei Pronto Soccorso attivi in Italia al 31 dicembre 2016: Fonte: (Ministero della Salute, 2016a)

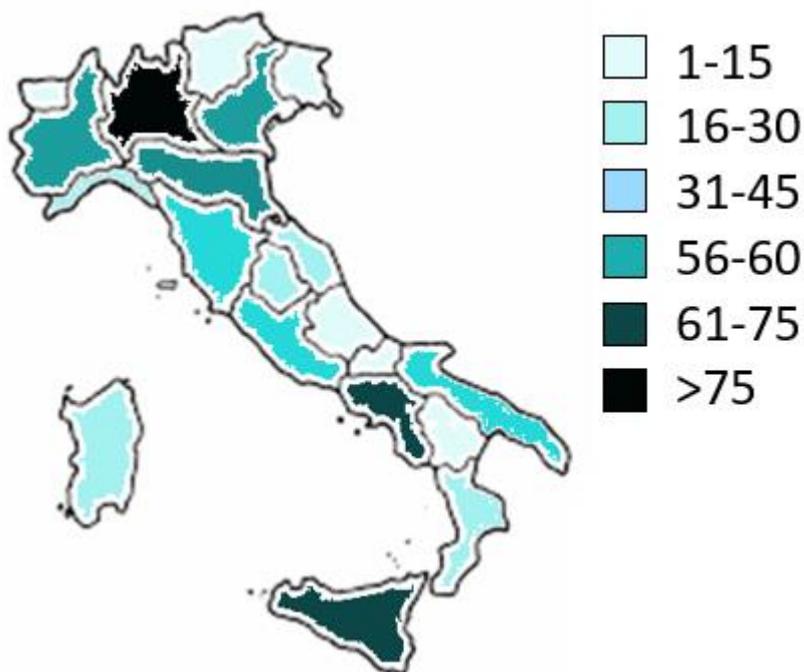


Figura 10 Distribuzione numerica dei servizi di Pronto Soccorso nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)

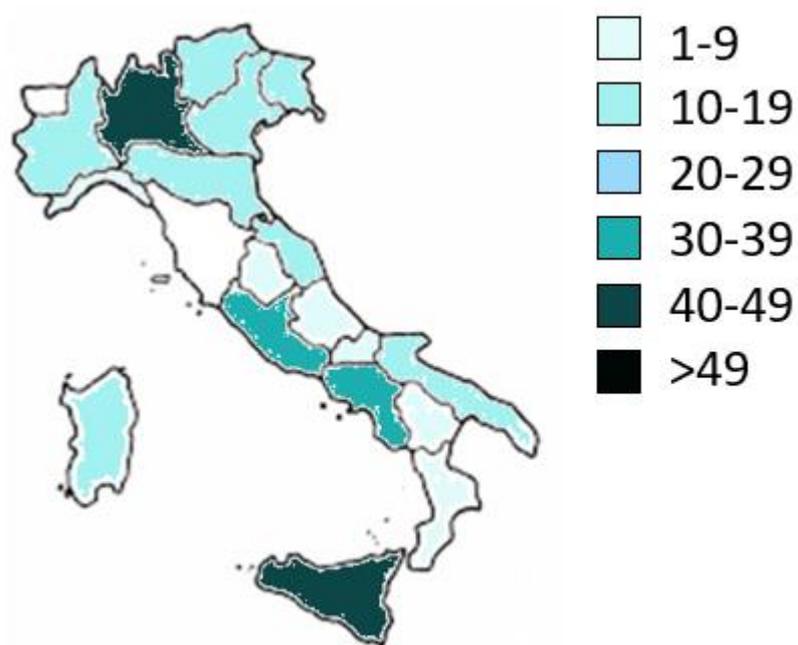


Figura 11 Distribuzione numerica dei Pronto Soccorso generali nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)

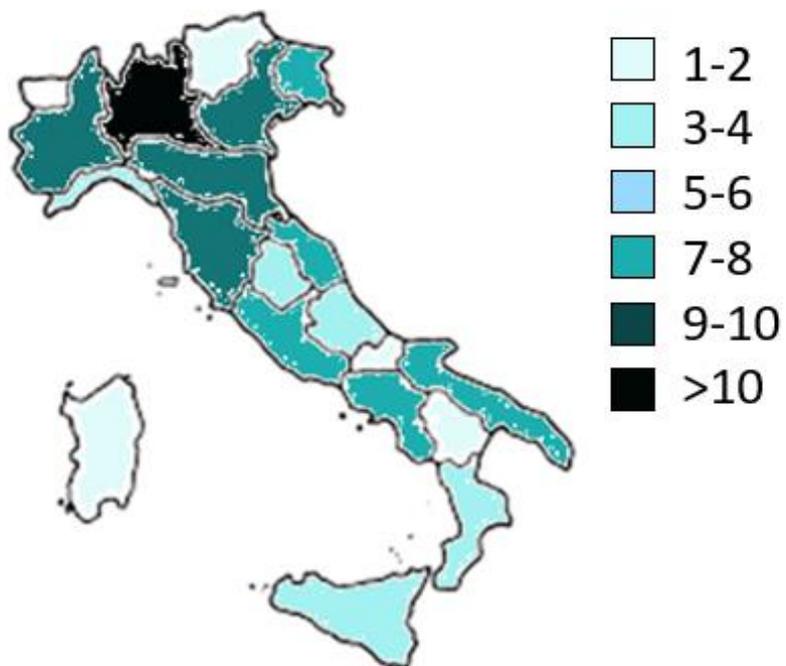


Figura 12 Distribuzione numerica dei DEA di 1° livello nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)

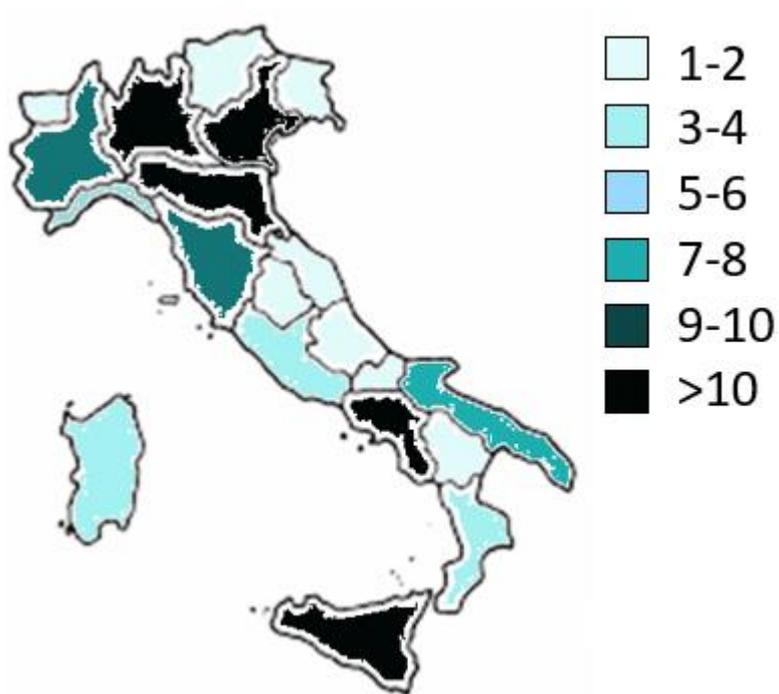


Figura 133 Distribuzione numerica dei DEA di 2° livello nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)

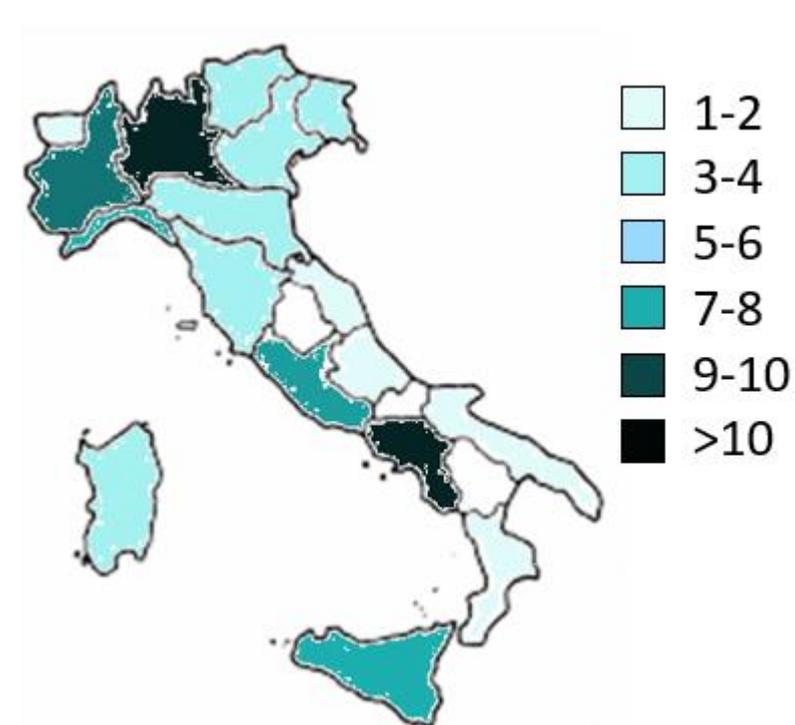


Figura 144 Distribuzione numerica dei Pronto Soccorso pediatrici nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)

4.4.3.5 Variabili

La variabile di risultato era l'esposizione alla violenza verbale, fisica, entrambi i tipi di violenza o nessuna esposizione. Le 37 domande e 8 sotto-domande del nostro questionario hanno esplorato le seguenti nove dimensioni: *caratteristiche demografiche e professionali, caratteristiche del Pronto Soccorso, esposizione alla violenza, caratteristiche dei perpetratori, effetti immediati degli atti violenti, sistemi di segnalazione/monitoraggio della violenza, formazione specifica sulla gestione della violenza e conseguenze degli atti violenti e percezione soggettiva da parte degli infermieri riguardo al fenomeno della WPV.*

4.4.3.6 Strumento di indagine

Come strumento di indagine per il presente studio è stato utilizzato il questionario QuIN16VIPs. Lo studio di validazione del questionario è stato presentato nella seconda sezione di questo capitolo (4.2) e pubblicato in Ramacciati, et al. (2016d).

4.4.3.7 Analisi statistica

Le informazioni di base degli intervistati sono state presentate utilizzando misure statistiche di frequenza, percentuale, media, deviazione standard, valori minimi e massimi. Il test chi-quadro ha valutato l'impatto delle variabili di studio sulla probabilità di essere stati esposti alla violenza. Abbiamo quindi effettuato una regressione logistica multinomiale per la violenza verbale e la violenza fisica e verbale. È stata utilizzata la *stepwise backward selection* per includere le variabili nel modello finale (valore $p < 0,25$). Tutti i risultati con $p < 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma Stata Statistical Software: Release 14.2 (College Station, TX: StataCorp LP).

4.4.4 Risultati

4.4.4.1 Caratteristiche dei rispondenti

Il disegno dello studio prevedeva che il campione, per essere rappresentativo doveva superare un tasso di risposta superiore al 5% in almeno il 95% delle regioni italiane. Questo risultato è stato ottenuto e superato in 19 regioni su 20, tranne in Campania dove la copertura è arrivata all'1,9% (vedi Tabella 24). Hanno risposto alla survey complessivamente 1.100 (pari al 7%) dei 15.618 infermieri risultati in servizio nei Pronto Soccorso italiani, in base alla rilevazione fatta dal *principal investigator*, in occasione dei contatti telefonici con tutti i 668 servizi censiti dal Ministero al 31 dicembre 2016 (Tabella 23).

Regione	Servizi PS	DEA2° livello	DEA1° livello	PS	PS pediatrico
Abruzzo	15	2	6	7	1
Basilicata	9	1	1	7	0
Calabria	19	4	8	7	2
Campania	63	16	13	31	20
Emilia-Romagna	50	14	26	10	4
Friuli-Venezia Giulia	15	2	10	2	3
Lazio	45	4	19	21	8
Liguria	18	5	7	6	5
Lombardia	106	14	43	48	35
Marche	28	2	13	13	1
Molise	5	1	2	2	0
Piemonte	49	10	24	15	9
Puglia	36	7	12	16	2
Sardegna	22	3	3	16	4
Sicilia	65	16	8	40	5
Toscana	39	10	29	0	4
TrentinoAlto Adige	14	1	2	11	3
Umbria	16	2	6	8	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1
Veneto	53	14	20	19	4
ITALIA	668	129	252	279	111

Tabella 23 Servizi di Pronto Soccorso per regione, distinti per Dea di 2° e 1° livello e PS generale e pediatrico operanti in Italia al 31 dicembre 2016. Fonte: (Ministero della Salute, 2016a)

REGIONE	Pronto Soccorso <i>n</i>	Infermieri <i>n</i>	Rispondenti <i>n</i> (%)
ABRUZZO	15	327	21 (6,4)
BASILICATA	9	152	16 (10,5)
CALABRIA	19	314	34 (10,8)
CAMPANIA	63	1107	21 (1,9)
EMILIA ROMAGNA	50	1319	88 (6,7)
FRIULI VENEZIA GIULIA	15	408	30 (7,4)
LAZIO	45	1231	65(5,3)
LIGURIA	18	503	33 (6,6)
LOMBARDIA	106	2642	234 (8,9)
MARCHE	28	537	34 (6,3)
MOLISE	5	65	6 (9,2)
PIEMONTE	49	1230	84 (6,8)
PUGLIA	36	812	47 (5,8)
SARDEGNA	22	348	22 (6,3)
SICILIA	65	1281	64 (5,0)
TOSCANA	39	1300	82 (6,3)
TRENTINO ALTOADIGE	14	282	17 (6,0)
UMBRIA	16	290	36 (12,4)
VALLE D'AOSTA	1	35	5 (14,3)
VENETO	53	1435	101 (7,0)
Non dichiarato	-----	-----	60 (----)
TOTALE	668	15.618	1.100 (7,0)

Tabella 24 Servizi di Pronto Soccorso per regione, infermieri "rilevati" nel corso dell'arruolamento, Rispondenti all'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre e dati ministeriali (Ministero della Salute, 2016a)

Dopo il *pre-processing* dei dati per rilevare *submission* multiple (tramite informazioni sull'indirizzo IP del computer utilizzato, il giorno e l'ora della connessione ed eventuali dati doppi) dello stesso risponditore ($n = 13$), i rispondenti non idonei in base al criterio di esclusione ($n = 7$), i questionari incompleti (in cui solo la prima parte dell'indagine riguardante i dati demografici è stata completata) ($n = 69$) e la "variabile di risposta" mancante ($n = 195$), abbiamo considerato 816 infermieri rispondenti. Di questi 480 (58,8%) erano donne e 336 (41,2%) uomini, età media 41 ± 9 anni (range 20-65), esperienza lavorativa media 16 ± 9 anni (1-40), esperienza infermieristica in PS mediamente pari a 10 ± 7 anni (1-38). Gli infermieri erano 783 (96%), mentre i coordinatori infermieristici 33 (4,0%). Il livello di educazione infermieristica prevalente secondo l'*International Standard Classification of Education- ISCED* (2011) era di livello 6 (Laurea triennale o equivalente) per il 69,1%, mentre il livello 7 (laurea magistrale e/o Master) era pari al 30,9% di tutti gli infermieri di emergenza rispondenti. Nella seguente Tabella 25, sono riportate le caratteristiche del campione degli infermieri rispondenti.

Caratteristiche	Infermieri rispondenti (N=1.100)			
	N	%	M ₁ DS	min-max
Sesso				
Donne	599	54,8		
Uomini	430	39,0		
Dato mancante	71	6,2		
Età (anni)			41 ± 9	20 – 65
Anzianità lavorativa complessiva (in anni)			16 ± 10	1 – 40
in Pronto Soccorso (in anni)			10 ± 7	1 – 38
Titolo professionale				
Diploma regionale	433	39,4		
DUSI/DUI/Laurea Triennale	593	53,9		
Laurea magistrale	54	4,9		
Dato mancante	20	1,8		
Ulteriori titoli professionali (Master)				
Coordinamento infermieristico	169	15,5		
Infermieristica di Area Critica	97	8,9		
Infermieristica di Emergenza	55	5,0		
Infermieristica forense	25	2,5		
Tutoraggio clinico	7	0,6		
Altro	62	5,7		

Abbreviazioni: DUSI=Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, DUI=Diploma Universitario di Infermiere, M₁=Media aritmetica, DS=Deviazione Standard, min=minimo, max=massimo

Tabella 25 Caratteristiche demografiche e professionali degli infermieri rispondenti. Fonte: elaborazioni nostre.

4.4.4.2 La frequenza della violenza di Tipo II

Il primo risultato emergente dalle risposte alla domanda: *“Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?”* (itemn.11 del QuIN16VIPs) è che il 76,0% degli infermieri di emergenza, che ha risposto al sondaggio, riferisce che nell’ultimo anno di servizio è stato esposto a violenza verbale, il 15,5% a violenza sia verbale e che fisica e solo l'8,5% nega di esserne stato vittima. Il numero di intervistati esposti esclusivamente alla violenza fisica è risultato molto basso pari allo 0,61%. Questo risultato può essere considerato valido per l'intera popolazione infermieristica di emergenza italiana con un margine di errore di ± 2 con un intervallo di confidenza del 95%.

4.4.4.3 Caratteristiche della violenza di Tipo 2

Una sintesi delle caratteristiche riferite dagli intervistati in relazione agli atti di violenza nei confronti di un infermiere di emergenza (*sub-items* n.11/a.2; 11/b.2; 11/b.3; 11/b.4; 11/c.3; 11/c.4; 11/c.5; 11/c.6 del QuIN16VIPs) è riportata in dettaglio nella Tabella 25. La scortesia e la maleducazione(94,0%), la minaccia di azioni legali di chiamare le Forze dell'Ordine (77,4 gridare/urlare/rumoreggiare (77,0%) sono i comportamenti violenti verbali più frequentemente riferiti. Per quanto riguarda la violenza fisica, la *survey* ha registrato che i comportamenti più spesso riportati sono lo strattonamento (50,4%), la spinta (40,3%), dare pugni o schiaffi (36,4%). Le aggressioni con le armi sono risultate limitate a un caso (0,8%) e riguardanti esclusivamente un coltello. Non ci sono stati attacchi con armi da fuoco (0,0%), ma segnalati casi di minacce con armi reali o oggetti usati come armi (5,6%). Le braccia (60,9%), il torace (33,6%) e faccia (28,1%) sono risultate le parti del corpo più colpite, principalmente a causa di contusioni/lividi/ematomi (60,9%) e di graffi/abrasioni (50,0%).

Variabili descrittive	n (%)*
Tipo di violenza verbale (n=747)	
scortesia/maleducazione	702 (94,0)
minaccia di denunce/azioni legali	578 (77,4)
grida/urla/rumoreggiamenti	575 (77,0)
commenti sarcastici	480 (64,3)
interruzioni e non essere ascoltati/ignorati	447 (59,8)
ricevere maledizioni e imprecazioni	417 (55,8)
umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo	417 (55,8)
minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi))	369 (49,4)
linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali	308 (41,2)
minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)	42 (5,6)
Tipo di violenza fisica (n=129)	
Strattonamento	65 (50,4)
spintonato/a	52 (40,3)
colpito da una persona (pugni, schiaffi)	47 (36,4)
Graffiato	31 (24,0)
bersaglio di sputi	28 (21,7)
colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)	26 (20,2)
preso a calci	19 (14,7)
Morso	11 (8,5)
Pizzicato	10 (7,7)
stretta al collo/strangolamento	5 (3,9)
tirato per i capelli	5 (3,9)
vomitato addosso volontariamente	2 (1,5)

Accoltellato	1 (0,8)
violentato/stuprato	0 (0,0)
Sparato	0 (0,0)
Parte del corpo coinvolta (n=128)	
Braccia	78 (60,9)
Torace	43 (33,6)
Faccia	36 (28,1)
Mani	33 (25,8)
Spalle	22 (17,2)
Gambe	22 (17,2)
Testa	17 (13,3)
Testa	15 (11,7)
Addome	12 (9,4)
Schiena	10 (7,8)
Piedi	4 (3,1)
fianchi/natiche	2 (1,6)
Genital	1 (0,8)
Tipo di lesioni (n=128)	
contusioni/lividi/ematomi	78 (60,9)
graffi/abrasion	64 (50,0)
esposizione a liquidi corporei	18 (14,1)
distorsioni/distrazioni/strappi	16 (12,5)
lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)	7 (5,5)
Fratture	3 (2,3)
traumi chiusi	3 (2,3)
Caratteristiche o in che situazioni/contesti si presentava la persona violenta(n=791)	
pz o accompagnatore di pz in attesa prolungata	631 (79,7)
pz o accompagnatore di pz in PS affollato	601 (76,0)
pz o accompagnatore di pz che lamenta indifferenza da parte del personale sanitario	444 (56,1)
pz o accompagnatore di pz che lamenta mancata presa in carico	356 (45,0)
pz con intossicazione alcolica	353 (44,6)
pz agitato	342 (43,2)
pz sotto effetto di droga	226 (28,6)
pz psichiatrico	221 (27,9)
pz minorenni o accompagnatore di pz pediatrico	143 (18,1)
pz in astinenza da droghe	93 (11,8)
pz sottoposto a contenzione fisica	80 (10,1)
pz anziano con demenza/ M. di Alzheimer	78 (9,9)
nessuna particolare caratteristica	36 (4,5)
Altro	28 (3,5)
pz affetto da trauma cranico	13 (1,6)
Aree del Pronto Soccorso dove avvengono gli episodi di violenza(n=801)	
Triage	670 (83,6)
sala di aspetto generale	330 (41,2)
area accettazione	300 (37,4)
salette/zone di attesa interne	215 (26,8)
medicheria/stanza visita medica	214 (26,7)
Ingresso	212 (26,5)
stanza di osservazione breve	144 (18,0)
sala emergenze	101 (12,6)
Uscita	51 (6,4)

scale/ascensori/corridoi di servizio	44 (5,5)
stanza di contenzione/isolamento	12 (2,2)
Attività svolta al momento della violenza(n=785)	
visita di triage	674 (85,9)
assistenza al paziente durante visita/osservazione	415 (52,9)
contenzione fisica	76 (9,7)
trasferimento/trasporto paziente	68 (8,7)
esecuzione di procedure invasive	60 (7,6)
Altro	48 (6,1)
manovre di rianimazione	25 (3,2)
comunicazione cattive notizie	23 (2,9)

* *La somma delle percentuali non sono uguali al 100% in quanto gli intervistati potevano scegliere più di una risposta.*

Tabella 26 Caratteristiche della violenza verbale e fisica nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre.

4.4.4.4 Perpetratori e cause scatenanti

Secondo le risposte per l'item12. del QuIN16VIPS, i principali "attori" delle violenze sono i parenti e gli accompagnatori (85,3%), seguiti dai pazienti (75,0%) e dai visitatori (18,6%). Gli intervistati che hanno subito violenza verbale hanno indicato che i visitatori e gli accompagnatori erano i responsabili della violenza rispettivamente pari all'87,5% e 83,0%, mentre il 77,9% riferiva i pazienti come responsabili. Coloro che hanno sperimentato entrambi i tipi di violenza (fisica e verbale) hanno indicato che i pazienti nel 17,2% delle risposte rispetto all'11,5% e al 9,2% dei visitatori e degli accompagnatori. Tuttavia, poiché gli intervistati potevano selezionare più di una risposta alla domanda sull'autore del reato, non è possibile testare statisticamente l'associazione tra il perpetratore e il tipo di violenza. La Tabella 25 mostra anche i fattori percepiti come cause della WPV(investigati dagli items 13.; 14.; 15. del QuIN16VIPS). I lunghi tempi di attesa (79,7%), il sovraffollamento (76,0%) e la sensazione di mancanza di cura (56,1%) sono state le cause principali riferite come innescanti i comportamenti violenti dei pazienti e delle persone che li accompagnano. Tra le condizioni patologiche a rischio di reazioni aggressive o violente, gli infermieri di emergenza hanno indicato ubriachezza (44,6%), agitazione (43,2%), essere sotto l'effetto di droghe (28,6%) e le condizioni di alterazione psichiatrica (27,9%). Il triage è stata definita l'attività infermieristica più rischiosa per la violenza (86,3%). Di conseguenza, l'area di triage (85,9%), la sala d'attesa (41,2%) e l'area di accoglienza (37,4%)

sono risultati i luoghi in cui gli episodi violenti si verificavano più frequentemente. Per i rispondenti (che potevano dare anche più di una risposta alla domanda n. 16 del QuIN16VIPs) l'effetto che l'assistere ad un atto violento produce sugli astanti, ovvero altri pazienti o accompagnatori presenti al momento della violenza, è l'*attivazione*, ossia l'emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi o diventare essi stessi violenti (n.279 risposte). Mentre le altre due possibili opzioni hanno raccolto un uguale e minor consenso dagli infermieri rispondenti: 247 *indifferenza* (nessun effetto) e 245 *disapprovazione* (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento).

4.4.4.5 Sistemi di segnalazione

Nella *survey* (items 20.; 21.; 22.; 23. del QuIN16VIPs) sono stati considerati altri temi rilevanti, come quelli relativi alla registrazione e segnalazione degli episodi di violenza. Nel campione, oltre la metà degli infermieri di emergenza (57,0%) hanno evidenziato la mancanza di procedure aziendali per la segnalazione degli atti di violenza. L'infermiere coordinatore (62,1%), gli altri colleghi (61,6%) e il medico di turno del PS (56,3%) sono coloro che ricevono prevalentemente la segnalazione dall'infermiere vittima di violenza; segnalazioni prevalentemente informali: la modalità verbale è la più utilizzata (78,3%), mentre quella scritta è molto meno utilizzata (32,6%). Solo in pochissimi casi è stato compilato un modulo di segnalazione di *incident reporting* generico (8,5%) o specifico (8,3%) oppure la scheda di segnalazione dell'evento sentinella n.12 "Atti di violenza verso gli operatori sanitari" (1,9%).

4.4.4.6 Fattori associati alla violenza di Tipo 2

La Tabella 26 mostra i fattori associati alla violenza verbale e fisica contro gli infermieri di emergenza secondo le risposte fornite degli infermieri partecipanti all'Indagine. Coerentemente con il costrutto dell'Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (GAVEN *Global Approach to Violence towards Emergency Nurses*) diversi elementi caratterizzanti la violenza, suddivisi nei 4 domini del modello (*interno, esterno, ambientale e organizzativo*) e

misurati dagli *items* 1.; 2.; 3.; 4.; 5.; 6.; 7.; 8.; 9.; 19.; 24.; 25.; 26.; 27.; 28. del QUN16VIPs sono stati associati alla variabile di ricerca (essere stati vittima di atti violenti verbali, sia verbali che fisici, oppure a nessun episodio nel corso dell'ultimo anno di lavoro in Pronto Soccorso) per individuare eventuali correlazioni statisticamente significative tramite il test del chi-quadro. Nell'ultima colonna di destra della Tabella 26 si possono leggere i valori della p per ogni fattore considerato. La correlazione è confermata per valori di $p < 0.05$.

Variabile	Verbale	Fisica e Verbale	Nessuna	Totale	p -value
	n (%)	n (%)	n (%)	N	
Sesso					0,161
Uomo	246 (73,2)	62 (18,5)	28 (8,3)	336	
Donna	374 (77,9)	65 (13,5)	41 (8,5)	480	
Età (anni)					0,004
20-30	89 (67,4)	32 (24,2)	11 (8,3)	132	
31-40	200 (80,3)	33 (13,3)	16 (6,4)	249	
41-50	244 (77,7)	46 (14,6)	24 (7,6)	314	
51-60	78 (69,6)	16 (14,3)	18 (16,1)	112	
Non dichiarata				9	
Titolo professionale					0,239
Laurea (6 level ISCED) ^a	438 (77,7)	81 (14,4)	45 (8,0)	564	
Post laurea (7 level ISCED) ^a	182 (72,2)	46 (18,3)	24 (9,5)	252	
Anni di servizio totali					0,002
<10	220 (75,1)	54 (18,4)	19 (6,5)	293	
11-20	189 (80,1)	35 (14,8)	12 (5,1)	236	
21-30	163 (75,5)	29 (13,4)	24 (11,1)	216	
31-40	47 (67,1)	9 (12,9)	14 (20,0)	70	
Non dichiarati				1	
Anni di servizio in PS					0,042
<5	202 (74,0)	52 (19,0)	19 (7,0)	273	
6-15	291 (77,6)	56 (14,9)	28 (7,5)	375	
>16	126 (75,4)	19 (11,4)	22 (13,2)	167	
Non dichiarati				1	
Area geografica					0,242
Nord-ovest	86 (84,3)	9 (8,8)	7 (6,9)	102	
Nord-est	237 (76,7)	49 (15,9)	23 (7,4)	309	
Centro Italia	192 (75,0)	39 (15,2)	25 (9,8)	256	
Sud e Isole	105 (70,5)	30 (20,1)	14 (9,4)	149	
Accessi annui in PS					0,001
<25,000	127 (76,0)	15 (9,0)	25 (15,0)	167	
25,000-50,000	234 (74,1)	55 (17,7)	26 (8,2)	316	
50,000-75,000	141 (82,5)	24 (14,0)	6 (3,5)	171	
75,000-100,000	76 (76,0)	16 (16,0)	8 (8,0)	100	
>100,000	42 (67,7)	16 (25,8)	4 (6,5)	62	
Percorsi accessi non urgenti					0,700
See & Treat	96 (78,7)	14 (11,5)	12 (9,8)	122	
Fast track	338 (76,5)	72 (16,3)	32 (7,2)	442	
See & Treat and Fast track	30 (71,4)	8 (19,0)	4 (9,5)	42	
Nessuno	156 (74,6)	32 (15,3)	21 (10,0)	209	
Non dichiarato				1	
Tipologia di turno					0,007
Diurnista	54 (73,0)	7 (9,5)	13 (17,6)	74	
Turnista	565 (76,2)	120 (16,2)	56 (7,6)	741	
Non dichiarato				1	
Ruolo in PS					0,000
Infermiere	598 (76,5)	125 (16,0)	59 (7,5)	782	

Infermiere coordinatore	21 (63,6)	2 (6,1)	10 (30,3)	33	
Non dichiarato				1	
Numero di misure regolamentarie					0,742
0	360 (75,3)	78 (16,3)	40 (8,4)	478	
1	186 (77,2)	36 (14,9)	19 (7,9)	241	
2	62 (78,5)	9 (11,4)	8 (10,1)	79	
3	10 (76,9)	2 (15,4)	1 (7,7)	13	
4	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3	
Non dichiarato				2	
Numero di misure architettoniche					0,003
0	246 (76,4)	47 (14,6)	29 (9,0)	322	
1	198 (73,7)	52 (19,3)	19 (7,1)	269	
2	112 (81,8)	18 (13,1)	7 (5,1)	137	
3	51 (79,7)	6 (9,4)	7 (10,9)	64	
4	11 (61,1)	2 (11,1)	5 (27,8)	18	
5	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4	
Non dichiarato				2	
Numero di misure di sicurezza					0,837
0	293 (74,6)	62 (15,8)	38 (9,7)	393	
1	232 (77,3)	45 (15,0)	23 (7,7)	300	
2	81 (77,1)	16 (15,2)	8 (7,6)	105	
3	13 (81,2)	3 (18,8)	0 (0,0)	16	
4	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	
Non dichiarato				2	
Numero di misure di comfort					0,101
0	219 (73,5)	50 (16,8)	29 (9,7)	298	
1	159 (72,6)	40 (18,3)	20 (9,1)	219	
2	152 (80,0)	25 (13,2)	13 (6,8)	190	
3	81 (85,3)	10 (10,5)	4 (4,2)	95	
4	8 (66,7)	1 (8,3)	3 (25,00)	12	
Non dichiarato				2	
Formazione sulla comunicazione difficile					0,196
Periodica (ogni 2-3 anni)	58 (69,9)	18 (21,7)	7 (8,4)	83	
Sporadica (>4-5 anni)	240 (80,3)	35 (12,0)	23 (7,7)	299	
Nessuna	313 (74,7)	70 (16,7)	36 (8,6)	419	
Non dichiarato				15	
Formazione sulla gestione degli atti di violenza					0,945
Periodica (ogni 2-3 anni)	27 (71,1)	7 (18,4)	4 (10,5)	37	
Occasionale (>4-5 anni)	97 (75,8)	21 (16,4)	10 (7,8)	128	
Nessuna	486 (76,7)	96 (15,1)	52 (8,2)	634	
Non dichiarato				16	
Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?					0,083
Moltissimo	15 (65,2)	8 (34,8)	0 (0,0)	23	
Molto	55 (67,1)	17 (20,7)	10 (12,2)	82	
Sufficientemente	278 (77,2)	55 (15,3)	27 (7,5)	360	
Scarsamente	236 (78,4)	38 (12,6)	27 (9,0)	301	
Per niente	27 (75,0)	6 (16,7)	3 (8,3)	36	
Non dichiarato				14	
Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?					0,024
Moltissimo	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9	
Molto	16 (64,0)	5 (20,0)	4 (16,0)	25	
Sufficientemente	107 (75,9)	25 (17,7)	9 (6,4)	141	
Scarsamente	256 (71,5)	66 (18,4)	9 (6,4)	358	
Per niente	225 (84,0)	26 (9,7)	17 (6,3)	268	
Non dichiarato				15	
Quanto si sente in pericolo o a rischio durante il lavoro in PS?					0,000

Moltissimo	130 (74,3)	40 (22,9)	5 (2,9)	175
Molto	154 (74,8)	40 (19,4)	12 (5,8)	206
Abbastanza	281 (81,2)	36 (10,4)	29 (8,4)	346
Poco	43 (62,3)	7 (10,1)	19 (27,5)	69
Per niente	--- (---)	--- (---)	--- (---)	---
Non dichiarato				16
Totale	620 (76,0)	127 (15,5)	69 (8,5)	816

Abbreviazioni: PS = Pronto Soccorso

Tabella 27 Fattori associati alla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre

In base alle risposte date all'itemn.19 del QuIN16VIPS sono state analizzate le caratteristiche regolamentarie, di sicurezza, architettoniche e di comfort presenti nei Pronto Soccorso in cui i rispondenti lavoravano al momento dell'Indagine come variabili incrementali (vedi Tabella 26). Considerate invece individualmente queste sono risultate rispettivamente:

Misure regolamentarie:

- cartellonistica informativa multilingue (26,3%)
- regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori (21,1%)
- segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero") (3,3%)
- pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori (3,1%)
- pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo (1,5%)

Misure architettoniche:

- ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica) (32,0%)
- postazione infermieristica chiusa (25,6%),
- impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate (24,9%)
- medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno (14,1%)
- medicherie/box di trattamento con via di fuga (4,8%)

Misure di sicurezza

- telecamere di sicurezza/videosorveglianza (41,6%)
- pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia) (15,6%)
- vetri antiproiettile/antifondamento (9,9%)

- pulsante panico/allarme silenzioso (3,9%)
- specchi per spazi/aree non visibili (1,3%)
- metaldetector (0,0%)

Misure di comfort:

- dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort (54,8%)
- televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi (39,3%)
- giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori (12,8%)
- impianto sonoro con musica/filodiffusione (7,5%)

Prendendo in considerazione le diverse variabili del questionario che potrebbero avere qualche associazione con la violenza verbale o la violenza sia fisica che verbale, insieme ad un ricercatore dell'Università degli Studi di Perugia, collega del Candidato, è stata eseguito un'analisi di regressione logistica multinomiale (Greene, 2012). Per verificare la bontà dell'adattamento per il modello di regressione logistica abbiamo eseguito il test di Hosmer e Lemeshow. È stata, quindi, utilizzata la *stepwise backward selection* per includere le variabili nel modello finale (valore $p < 0,25$). Tutte le stime sono state ottenute dopo l'approccio MICE -*Multivariate Imputation by Chained Equations* per gestire i valori mancanti (White, et al., 2011). Questo metodo procede con tre passaggi: innanzitutto, per ogni variabile con valori mancanti, viene creata un'equazione di regressione, che include tutte le covariate del modello: per le variabili binarie, si tratta di una regressione logistica, per le variabili categoriali ordinate, di una regressione logistica ordinale. Una volta definite tutte le equazioni di regressione, i valori mancanti vengono sostituiti casualmente con valori osservati di ciascuna variabile nella prima iterazione. Per le iterazioni successive, i valori mancanti vengono sostituiti da un'estrazione casuale dalla distribuzione definita dalle equazioni di regressione. Questo processo è stato ripetuto per 500 iterazioni, il valore finale è il valore imputato scelto. Questo approccio è simile al campionamento di Gibbs (Gelman, 2004). L'intero processo è stato ripetuto 100 volte, creando così 100 set di dati imputati. Il passo successivo consiste nel testare il modello per ciascuno di questi set di dati. Infine, i coefficienti del modello sono stati mediati secondo la regola di Rubin (1987).

La tabella 27 presenta i risultati della regressione logistica multinomiale eseguita sulle variabili desunte dal dataset dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso.

4.4.4.7 Effetti della violenza sugli infermieri di emergenza

Le conseguenze della violenza sugli infermieri sono riportati nella Tabella 28. I vissuti degli infermieri vittime della violenza sul posto di lavoro stati osservati anche attraverso la lente della ricerca fenomenologica utilizzata per l'analisi qualitativa dei risultati di questo studio (Ramacciati et al., 2018b).

Variabile	Verbale			Fisica e Verbale		
	OR	96% CI	p-value	OR	96% CI	p-value
Età (anni)						
20-30 (ref)	1			1		
31-40	0,44	0,23-0,85	0,01	0,67	0,25-1,8	0,429
41-50	0,46	0,19-1,12	0,09	0,25	0,06-0,88	0,045
51-60	0,35	0,11-1,13	0,08	0,32	0,10-0,94	0,048
Sistema di segnalazione	1,26	0,82-1,94	0,277	1,39	0,79-2,43	0,254
Misure di comfort	0,84	0,69-1,04	0,117	0,94	0,72-1,22	0,648
Anzianità lavorativa generale						
<10 (ref)	1			1		
11-20	0,95	0,48-1,86	0,871	1,32	0,48-3,59	0,58
21-30	1,1	0,46-2,61	0,83	0,88	0,34-0,88	0,048
31-40	1,32	0,39-4,43	0,648	0,82	0,26-0,81	0,039
Ruolo in PS						
Infermiere (ref)	1			1		
Infermiere coordinatore	0,98	0,91-1,12	0,489	1,34	0,78-1,99	0,576
Area geografica						
Nord-ovest (ref)	1			1		
Nord-est	1,77	0,81-3,87	0,154	1,25	0,50-3,1	0,631
Centro Italia	1,74	0,78-3,87	0,177	1,45	0,56-3,69	0,436
Sud e Isole	2,44	1-5,96	0,049	1,65	0,56-4,87	0,362
Formazione sulla comunicazione difficile						
Periodica (2-3 anni) (ref)	1					
Occasionale (>4-5 anni)	0,44	0,22-0,87	0,018	0,48-4,06	0,48-4,06	0,535
Nessuna	0,36	0,13-0,69	0,012	0,7-5,95	0,7-5,95	0,188
Sentirsi in pericolo, a rischio						
Moltissimo (ref)	1			1		
Molto	0,78	0,48-1,29	0,346	3,23	1,27-8,18	0,013
Abbastanza	0,42	0,25-0,70	0,001	3,21	1,25-8,73	0,023

Abbreviazioni: OR Odds Ratio; ref = riferimento

Tabella 28 Risultati della regressione multipla multinomiale

Variabile	Verbale	Fisica e Verbale	Nessuna	Totale	p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	N	
Rabbia					0,001
Sì	454 (79,2)	83 (14,5)	36 (6,3)	573	

No	166 (68,5)	44 (17,8)	33 (13,7)	243	
Senso di ingiustizia					0,031
Sì	327 (76,4)	74 (17,3)	27 (6,3)	428	
No	293 (75,6)	53 (13,5)	42 (10,9)	388	
Sfiducia nell'istituzione aziendale					0,000
Sì	307 (78,7)	67 (17,2)	16 (4,1)	390	
No	313 (73,6)	50 (13,9)	53 (12,5)	426	
Demotivazione					0,080
Sì	136 (82,4)	17 (10,3)	12 (7,3)	165	
No	484 (74,4)	110 (16,8)	57 (8,8)	651	
Ansia					0,475
Sì	270 (74,8)	62 (17,2)	29 (8,0)	361	
No	350 (77,0)	65 (14,2)	40 (8,8)	455	
Sfiducia nella dirigenza aziendale					0,000
Sì	255 (74,3)	72 (21,0)	16 (4,7)	343	
No	365 (77,3)	55 (11,6)	53 (11,3)	473	
Vulnerabilità					0,596
Sì	250 (76,5)	53 (16,2)	24 (7,3)	327	
No	370 (75,8)	74 (15,0)	45 (9,2)	489	
Paura					0,236
Sì	207 (73,4)	52 (18,4)	23 (8,2)	282	
No	413 (77,5)	75 (13,9)	46 (8,6)	534	
Giustificazione della violenza quando è determinata da alcune patologie (es. trauma cranico, demenza senile, abuso alcolico)					0,001
Sì	291 (76,0)	61 (16,5)	17 (4,5)	369	
No	329 (73,7)	66 (14,6)	52 (11,7)	447	
Inevitabilità (fa parte del lavoro)					0,561
Sì	122 (78,7)	23 (14,8)	10 (6,5)	155	
No	498 (75,4)	104 (15,6)	59 (9,0)	661	
Senso di fallimento/incompetenza professionale					0,165
Sì	31 (83,8)	6 (16,2)	0 (0,0)	37	
No	589(75,7)	121 (15,4)	69 (8,9)	779	
Sfiducia nel coordinatore infermieristico					0,029
Sì	115 (81,0)	23 (16,2)	4 (2,8)	142	
No	505 (75,0)	104 (15,3)	65 (9,7)	674	
Perdita di autostima					0,004
Sì	102 (84,3)	18 (14,9)	1 (0,8)	121	
No	518 (74,6)	109 (15,6)	68 (9,8)	695	
Senso di colpa/vergogna					0,037
Sì	120 (83,9)	17 (11,9)	6 (4,2)	143	
No	500(74,4)	110 (16,2)	63 (9,4)	673	
Desiderio di lasciare il lavoro sempre, ogni volta che è successo					0,143
molto spesso	68 (79,1)	15 (17,4)	3 (3,5)	86	
a volte	133 (79,6)	25 (15,0)	9 (5,4)	167	
Raramente	121 (74,7)	30 (15,8)	11 (6,7)	162	
Mai	264 (74,4)	52 (14,6)	39 (11,0)	355	
Pensare di cambiare unità					

operativa					
sempre, ogni volta che è successo	47 (87,0)	6 (11,1)	1 (1,9)	54	0,056
molto spesso	116 (78,4)	23 (15,5)	9 (6,1)	148	
a volte	174 (79,8)	34 (15,6)	10 (4,6)	218	
Raramente	80 (72,7)	19 (17,3)	11 (10,0)	110	
Mai	194 (72,5)	42 (15,6)	32 (11,9)	268	
Aver inoltrato domanda di trasferimento					
Sì	60 (76,9)	15 (19,2)	3 (3,9)		0,279
No	552 /76,6)	109 (15,1)	60 (8,3)		
Non dichiarato				17	
Totale	620 (76,0)	127 (15,5)	69 (8,5)	816	

Tabella 29 Emozioni e vissuti sperimentati dagli intervistati vittime di episodi di WPV. Fonte: elaborazioni nostre.

4.4.3 Discussione

Il primo dato che emerge dalla nostra Indagine Nazionale è che la violenza sia essa verbale che fisica sul posto di lavoro è estremamente diffusa e equamente distribuita in tutta Italia, come riportato rispettivamente dal 76,0% e dal 15,5% degli intervistati. Questo risultato è in linea con gli studi sulla violenza verso gli infermieri di emergenza (Edward, et al., 2014). Dalla letteratura internazionale sappiamo che l'incidenza della violenza verbale sperimentata dal personale di emergenza in un periodo di un anno varia tra il 66,4% e il 100%, mentre gli episodi di violenza fisica vanno dal 16,7% al 74,9% (Ramacciati et al., 2016a, Ramacciati, et al., 2017). Le nostre scoperte sono in linea con la maggior parte dei precedenti studi italiani condotti in contesti più piccoli (Magnavita & Heponiemi, 2012; Ferri, et al., 2016), anche se i tassi di violenza verbale e fisica sono inferiori rispetto allo studio di Becattini e colleghi, che hanno riportato rispettivamente il 90% e 35% di incidenza nel corso dell'ultimo anno di servizio (2007). Le caratteristiche della violenza contro gli infermieri di emergenza, così come quelle degli aggressori e dei fattori scatenanti, sono paragonabili ai risultati di altri studi internazionali (ALBashtawy & Aljezawi, 2016; Angland, et al., 2014; Morphet, et al., 2014; Partridge & Affleck, 2017; Rafeea, et al., 2017; Talas, et al., 2011). Fortunatamente, in Italia episodi di aggressione sul posto di lavoro con armi da fuoco sono rari e questo motiva l'assenza di postazioni metal detector all'ingresso degli PS italiani, anche se la raccomandazione n.8 del Ministero della Salute (2007) prevede tale misura preventiva in aree ad alto tasso di criminalità.

Lo stesso documento raccomanda anche l'implementazione di sistemi per la segnalazione degli atti di violenza. Tuttavia, questi non sono ancora diffusi in Italia e, laddove esistono, abbiamo riscontrato gli stessi problemi segnalati in letteratura (Hogarth, et al., 2016; Knowles, et al., 2013). Tra i motivi relativi al problema della sottostima trovano conferma sia la sfiducia nei confronti dell'amministrazione ospedaliera e dei dirigenti infermieri, sia il considerare la violenza come "parte del lavoro". (Ramacciati et al., 2018c). Sebbene la violenza verso gli infermieri di emergenza sembra essere diffusa un po' in tutta Italia, si osserva un minor numero di casi di violenza fisica nei PS più piccoli, quelli con meno di 25.000 visite annuali. Ciò è in linea con la *survey* di Hamdan e Abu Hamra (2015), e in parte con Gillespie e colleghi (2016). Nello studio palestinese, infatti, la WPV era significativamente più comune negli ED con un numero di accessi annui più alto ($P = 0,001$), mentre nello studio statunitense, nonostante questo rischio fosse più alto negli ED urbani (vs ED suburbani e rurali), non è stata osservata una differenza significativa per il rischio di violenza fisica rispetto alla grandezza del PS. Come evidenziato in studi precedenti, non abbiamo riscontrato differenze significative per quanto riguarda il genere e il livello di istruzione degli infermieri e il rischio di subire violenze (Gillespie, et al., 2016; Pich, et al., 2017); ma come affermato da Kvas e Seljac (2011) riferendosi allo studio Child e Mentis (2010), il ruolo del genere nell'esposizione alla violenza non è affatto chiaro. Inaspettatamente, la presenza di modelli di risposta alle urgenze minori (come il See & Treat o il Fast track) e il numero crescente di misure di regolamentazione, sicurezza e comfort non sembrano agire come fattori protettivi. Tra i fattori ambientali di un Pronto Soccorso, solo le caratteristiche architettoniche sembrano correlate ad una minore manifestazione del fenomeno della WPV. Inoltre, un altro risultato inatteso è che la frequenza a corsi di formazione sulla comunicazione difficile o sulle tecniche per gestire la violenza non è significativamente associata ad una minore esposizione alla violenza. Questo dato è in qualche modo in contrasto con i risultati di alcuni studi analogamente condotti su larga scala (Arnetz, et al., 2017; Gillespie, et al., 2014; (Nau, et al., 2010). Un altro risultato emerso è che con l'aumentare dell'età e dell'esperienza lavorativa il rischio di violenza diminuisce, e questo è in linea con la letteratura internazionale (Pich, et al., 2017; Wei, et al.,

2016). La fiducia nelle capacità personali sulla gestione della violenza fisica e la sensazione di rischio appaiono correlate sia alla violenza verbale che fisica. L'analisi di regressione logistica delle variabili dipendenti ha evidenziato che l'età avanzata è un fattore protettivo. Gli infermieri della fascia di età tra i 40-50 anni hanno una più bassa probabilità di subire violenza sia fisica che verbale, così come quelli di età compresa tra i 51 ei 60 anni, rispetto ai colleghi più giovani (20-30 anni) presi come riferimento. Analogamente, un'esperienza lavorativa più lunga (> 21 anni) è stata inversamente correlata al rischio di violenza fisica. Concordiamo con Hanh et al. (2013) quando affermano che le diverse abilità comunicative e gli atteggiamenti comportamentali legate all'età possono svolgere un ruolo importante per ridurre il rischio e prevenire la violenza di Tipo 2. Il modello di regressione logistica ha evidenziato un rischio più che doppio per la violenza verbale nei Pronto Soccorso delle nostre due isole maggiori e dell'Italia meridionale. Ciò potrebbe essere spiegato, almeno in parte, dalla diversa organizzazione dei servizi di PS in questa area geografica, dove l'insufficienza di personale è spesso frequente e il rapporto paziente/infermieri di PS è elevato (vedi Tabella 29 e in particolare Figura 15 dove si evidenzia la netta separazione in due tra le regioni del Nord e con quelle del Sud, rispetto al dato medio nazionale), ma anche dal forte squilibrio socioeconomico tra il Sud e il Nord Italia (Felice, 2018), con disoccupazione più elevata, problemi sociali, tasso di abbandono scolastico e povertà più marcati nel Sud (Istat, 2017a). Infine, in parte anche, se si guarda ai dati dell'Istituto nazionale di statistica italiano, dai tassi di criminalità. Rispetto quest'ultimi è bene, però, precisare che l'Istat ha evidenziato come i reati e i delitti in questi ultimi anni in Italia hanno sostanzialmente una diffusione a macchia di leopardo con una elevata variabilità e frammentarietà lungo il territorio nazionale. Ad ogni modo i tassi di criminalità sono più alti nel Sud per quanto riguarda i reati di omicidio e minacce, mentre quelli legati a percosse o le lesioni personali sono più alti nel nord. Infine, non ci sono differenze regionali per quanto riguarda i reati ascrivibili alla violenza verbale come gli insulto, o l'oltraggio (Istat, 2017b).

Regione	Popolazione*	Infermieri di PS[§]	popolaz/inf di PS
Abruzzo	1322247	327	4044
Basilicata	570365	152	3752
Calabria	1965128	314	6258
Campania	5839084	1107	5275
Emilia-Romagna	4448841	1319	3373
Friuli-Venezia Giulia	1217872	408	2985
Lazio	5898124	1231	4791
Liguria	1565307	503	3112
Lombardia	10019166	2642	3792
Marche	1538055	537	2864
Molise	310449	65	4776
Piemonte	4392526	1230	3571
Puglia	4063888	812	5005
Sardegna	1653135	348	4750
Sicilia	5056641	1281	3947
Toscana	3742437	1300	2879
Trentino Alto Adige	1062860	282	3769
Umbria	888908	290	3065
Valle d'Aosta	126883	35	3625
Veneto	4907529	1435	3420
ITALIA	60589445	15618	3879

* Residenti al 31 dicembre 2016 (Istat, 2017a).

[§] in base alla rilevazione effettuata in occasione dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso

Abbreviazioni: PS = Pronto Soccorso, inf = infermieri, popolaz = popolazione

Tabella 30 Regioni italiane per residenti, infermieri di pronto soccorso e rapporto popolazione/infermieri di PS

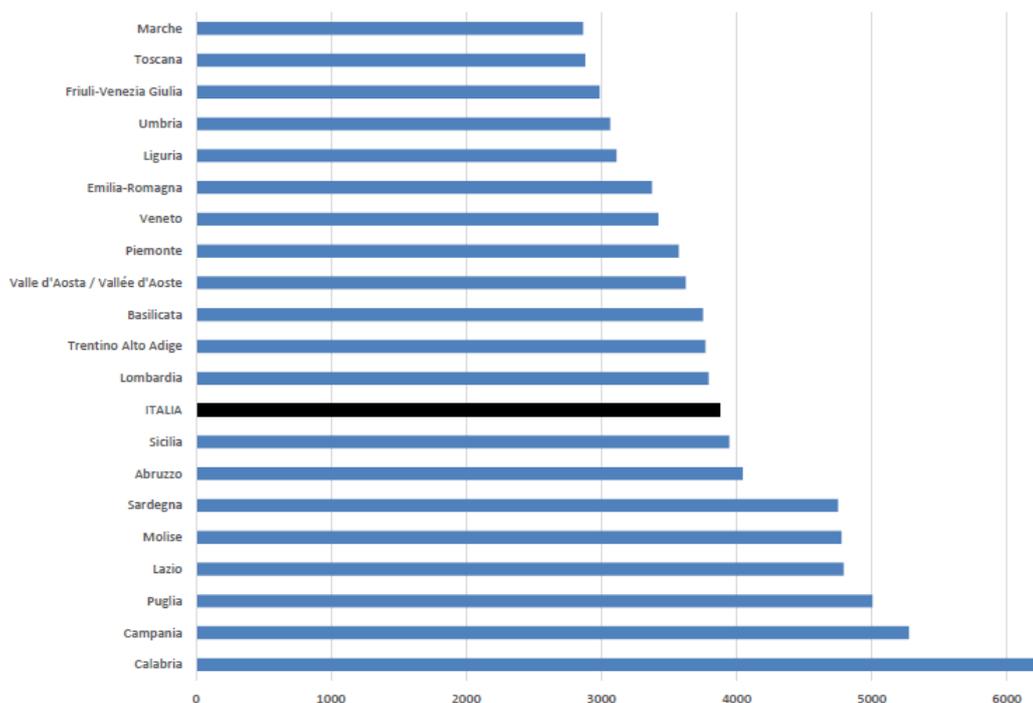


Figura 15 Rapporto popolazione residente/infermieri di PS per regione e in Italia. Fonte: elaborazioni nostre

I nostri risultati indicano anche che una formazione occasionale sulle abilità comunicative, o anche la non partecipazione a tali corsi, sembra diminuire la probabilità di essere oggetti di violenza verbale, mentre in maniera assolutamente contro intuitiva il rischio risulta più alto tra gli infermieri che hanno dichiarato di essere periodicamente addestrati ad una comunicazione efficace. Questo risultato è in contrasto con Swain e Gale (2014) che, utilizzando un breve programma di formazione sulle abilità comunicative, hanno riscontrato una diminuzione nell'aggressività percepita. Dal punto di vista degli amministratori ospedalieri (Ramacciati et al., 2018c, Zhou et al., 2017) e degli infermieri di Pronto Soccorso (Shi et al., 2017; Luck et al., 2008), le cattive capacità comunicative sono un fattore primario che espongono più facilmente alla WPV. È quindi ipotizzabile che, dal momento che gli infermieri considerati più esposti alla violenza o che hanno scarse capacità comunicative ricevano più di altri una formazione mirata, l'esperienza della WPV da parte degli intervistati risulta essere più alta proprio tra coloro che hanno ricevuto per questo più formazione. Hans e colleghi hanno riscontrato risultati simili per quanto riguarda l'impatto della formazione sulla gestione della violenza e l'aumento del rischio di aggressione (2013). In accordo con Gillespie et al. (2012) e Hegney et al. (2003), chi scrive ritiene che la formazione accrescendo la consapevolezza rispetto alla WPV e, quindi, porta ad una maggiore sensibilità del problema e percezione del rischio. Un'altra possibile spiegazione potrebbe essere che gli ospedali con più episodi di violenza nei servizi forniscano più formazione. Tuttavia, la mancanza di dati sul tipo, sulla qualità e sull'efficacia dei corsi di formazione sulla comunicazione difficile è un limite da prendere in attenta considerazione quando si analizza la correlazione tra rischio di violenza e formazione. Alla luce di questi risultati, per certi versi controversi, ricorrere a studi longitudinali o sperimentali disegnati per analizzare l'impatto di un intervento di formazione sulla riduzione degli episodi violenti, può essere consigliabile. Anche la sensazione di sentirsi a rischio di WPV ha un effetto opposto sulla sola violenza verbale che su entrambe le forme (fisica e verbale). Chi si sente a basso rischio di violenza ha meno probabilità di essere esposto alla violenza verbale, mentre la probabilità di essere vittima di violenza fisica e verbale è tre volte superiore. Questi risultati possono

essere interpretati alla luce di due diversi atteggiamenti presenti negli infermieri che affrontano il rischio di violenza. Sentirsi poco a rischio probabilmente facilita il processo di comunicazione e le relazioni tra infermieri e pazienti o familiari. Al contempo, però, avere una minore percezione del pericolo di essere attaccati e aggrediti espone gli infermieri più facilmente a entrambe le forme di violenza, quindi sia verbale che fisica. Una prima considerazione che emerge da quest'ultimo dato è per gli amministratori ospedalieri, posti di fronte ad una sfida non facile ovvero promuovere da un lato un ambiente più sereno nei Pronto Soccorso, ma allo stesso tempo aumentare il livello di consapevolezza del pericolo tra gli infermieri (AONE & ENA, 2014).

4.4.4 Conclusioni

4.4.4.1 Limiti dello studio

Esistevano tre possibili *bias* di selezione: di inadeguata copertura della popolazione analizzata (*under-coverage*), l'auto-selezione degli intervistati, il comportamento fraudolento. Per quanto riguarda il rischio di sottocopertura, questo era basso perché nel periodo di indagine il 89,9% della popolazione italiana di età compresa tra 11 e 74 anni aveva accesso sia da casa che dal lavoro a Internet (Audiweb, 2017). Inoltre, il nostro sondaggio online era disponibile anche per l'accesso tramite smartphone e l'uso degli smartphone tra infermieri italiani è molto diffuso (Pucciarelli, et al., 2017). Invece, esisteva il rischio di un *bias* di auto-selezione, spesso descritto in letteratura, che porterebbe alla sovrastima della percentuale di intervistati che hanno affermato di essere stati vittime di violenza verbale o fisica; al contempo però l'elevata ampiezza della WPV riscontrata sia in precedenti studi italiani che in letteratura, riduce considerevolmente il margine di errore anche in presenza di un piccolo tasso di risposta (nel nostro sondaggio pari al 7%).

Da ultimo, poiché i dati sono stati raccolti utilizzando un sito Web che non richiedeva ai rispondenti registrazioni per l'accesso, esiste la possibilità di compilazioni fraudolente, ad esempio ripetendo più di un accesso.

Inoltre, il nostro studio ha utilizzato dati retrospettivi autodenunciati e percezioni personali riguardo all'esperienza del WPV nei precedenti 12 mesi. Il cosiddetto *recall-bias* potrebbe aver influito sulla precisione delle risposte. Tuttavia, questa è stata una scelta forzata per poter confrontare i nostri risultati con quelli presenti in letteratura. La maggior parte degli studi internazionali, infatti, utilizza questo intervallo temporale per determinare l'incidenza degli atti violenti nel personale sanitario. Un altro limite è legato alle caratteristiche culturali e organizzative tipiche dell'Italia, già richiamate nel precedente paragrafo dedicato ai limiti dello studio qualitativo (Par 4.3.6), ossia che il sistema sanitario italiano è pubblico e garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, che i Dipartimenti di Emergenza offrono trattamenti gratuiti a tutti i pazienti e una compartecipazione ai costi solo per i codici non urgenti. Anche se queste considerazioni possano suggerire che i risultati non siano applicabili in altri contesti, siamo convinti che questi, per la presenza di numerose analogie presenti negli studi provenienti da differenti Paesi e continenti, possano essere traslati utilmente in altri contesti sanitari e culturali (Ramacciati et al., 2016c). Un'altra possibile limitazione è, infine, il rischio di errore di Tipo I a causa di molti test statistici eseguiti.

4.4 Conclusioni finali

Siamo consapevoli che il problema della violenza di Tipo 2 nei Pronto Soccorso è eccezionalmente complicato, come evidenzia anche il numero crescente di teorie e modelli concettuali elaborate negli anni per spiegare il fenomeno della WPV (Ramacciati et al., 2018b). In ogni caso, possono essere fatte diverse considerazioni per orientare le scelte di azione per contrastare il fenomeno. Prima di tutto, creare una forte alleanza tra utenti e personale sanitario, per ripristinare il rapporto di fiducia tra le parti (Babaei et al., 2018). Fiducia da ricostruire tra infermieri e dirigenti/manager (AONE & ENA, 2014), che spesso sono percepiti come disinteressati e insensibili alla richiesta di aiuto da parte degli infermieri di emergenza (Luck, et al., 2008; Ramacciati, et al., 2018a). Le migliori condizioni per l'aiuto e il sostegno alle vittime di violenza devono essere cercate il prima possibile. In particolare, promuovendo le migliori strategie di

coping (coping focalizzato sul problema vs coping focalizzato sull'emozione) (Rasero & Ramacciati, 2018), in grado di ridurre significativamente l'intenzione di lasciare e il turnover (Jeong & Kim, 2018). Indirizzare gli interventi nei confronti degli infermieri più giovani e inesperti, che sono i più vulnerabili e i più esposti alla violenza (Gillespie, et al., 2010). Investire in barriere fisiche e adottare misure architettoniche appropriate è stata confermata quale valida strategia da seguire (Martinez, 2016). Sebbene non vi siano ancora prove di efficacia che possano supportare interventi specifici per contrastare la WPV (McPhaul et al., 2013), alcuni studi hanno dimostrato la maggiore efficacia degli approcci globali, rispetto agli interventi mirati individuali (Ramacciati et al., 2016a). Le raccomandazioni delle associazioni infermieristiche come l'*American Organization of Nurse Executives* e l'*Emergency Nurses Association* (2014), o le linee guida internazionali (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002) e nazionali (Kahveci, et al., 2017; Wiskow, 2003), indicano strategie utili per l'attuazione di questi interventi ad ampio raggio. Infine, la natura trasversale di questo studio ha permesso di individuare alcuni fattori significativamente associati alla violenza, ma non ha permesso un'indagine definitiva sulla causalità. In accordo con Alameddine et al. (2011) la ricerca futura in questo campo richiederà studi longitudinali. Siamo fermamente convinti che, continuare a esplorare tutte le dimensioni del problema, sia essenziale per chiarire i meccanismi causali del comportamento aggressivo e sviluppare strategie efficaci per contrastare la violenza contro gli infermieri e gli altri operatori sanitari.

5. STUDIO “USER-FRIENDLY SYSTEM (WPV-ER APP) FOR REPORTING VIOLENT INCIDENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: A MULTICENTRE STUDY”

5.1 Background e razionale

Più volte nel corso della presente trattazione è stato sottolineato come la vera dimensione del fenomeno della WPV sia ancora sconosciuta, tant'è che per determinarne la magnitudine si deve ancora fare ricorso a stime di massima (Ramacciati, et al. 2017). Nonostante i sistemi di registrazione, *report-keeping* (Ferns, 2012; Kowalenko, et al., 2012) e monitoraggio della WPV siano sempre più diffusi (Stene, et al., 2015; Ramacciati, et al., 2013c), la sotto-segnalazione degli episodi violenti (*under-reporting*) largamente descritta in letteratura e stimata attorno all'80% (Kennedy, 2005; Sato, et al., 2013), rappresenta ancora oggi un grave ostacolo alla conoscenza del problema e un limite per la verifica dell'efficacia reale degli interventi attuati per prevenire, contrastare o minimizzare il fenomeno (Wassell, 2009). Studi recenti suggeriscono che l'uso di sistemi semplici e agevoli di registrazione potrebbero facilitare la segnalazione degli eventi violenti (Hogarth, et al., 2016; Morphet, et al., 2018). Per questo si è ritenuto utile strutturare una applicazione prototipo per smartphone e computer per la segnalazione degli episodi di violenza. Questa App sperimentale è stata testata con uno studio osservazionale presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia (un DEA di II livello con circa 65.000 accessi/anno) dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. La scelta del nosocomio perugino non è stata dettata solo dal fatto che il Candidato lavori in questa sede, ma perché in questo servizio ha progettato e attivato in qualità di coordinatore dal 28 maggio 2010 (Ramacciati, et al. 2015b) un sistema di registrazione degli atti violenti tramite scheda di *incident reporting* ad hoc (Figura 16). La motivazione che ha portato alla strutturazione del prototipo app è nata dai risultati delle due indagini rivolte al personale infermieristico addetto all'attività di triage rispetto alla segnalazione sistematica degli eventi aggressivi (Ramacciati, et al., 2015b). Il dato sostanziale emerso nell'indagine del 2013 fu che il 29,6% degli aggrediti avevano segnalato solo “alcuni” episodi e il 62,9% nessuno. Peggiorato ulteriormente nella replica dell'indagine del 2015, laddove il 17,7% delle vittime aveva segnalato solo alcuni episodi, mentre il 70,6% nessuno.

1	Data		Ora		Ref. N.		Giorno							Aggressione			Note		Psich.
	L	M	M	G	V	S	D	Verb		Fis									
Codice			Soggetto			Attesa				Eff. Sala Attesa									
C	B	V	G	R	Paz	Acc	0	0-10	10-60	>60	Assente	Disapp	Attivaz						
Operatore					Da	MdB	Paziente in att		Esito										
					h	g	S	N	Int	Tra	Ris	Cpse	V.I.	F.O.					
Indicare: - la data, l'ora e il numero di referto di P.S. (ultime 5 cifre); - il codice di Triage assegnato, se l'aggressione è avvenuta ad opera del paziente o da parte di accompagnatori dello stesso; - il nome dell'infermiere (oggetto dell'aggressione) che compila la scheda					Indicare: - in che giorno della settimana è avvenuta l'aggressione; - dopo quanto tempo di attesa (tempo riferito in minuti); - da quanto tempo il paziente lamenta la sintomatologia, se ha contattato in precedenza il Medico di base (MdB) e quanti sono i pazienti in attesa (internistici e traumatici).					Indicare: - se l'aggressione è stata verbale o fisica; - che effetto ha avuto in sala d'attesa (nessuno, di disappunto o di attivazione dell'utenza); - quale è stato l'esito dell'aggressione (si è risolta spontaneamente o se invece si è dovuto chiedere l'intervento del caposala, della Vigilanza interna o da parte delle forze dell'Ordine).					Indicare: - brevemente l'accaduto; - specificare se colui che ha mosso l'aggressione è/potrebbe essere affetto da patologia psichiatrica				

Figura 16 Scheda con istruzioni per la compilazione del "Registro delle Aggressioni". Fonte: (Ramacciati, et al., 2013c, p.9)

Un livello di sotto-segnalazione, quindi, molto vicino a quello indicato in letteratura, nonostante la scheda di registrazione fosse molto semplice e facile da compilare. Da qui la scelta di verificare l'efficacia di un sistema facile (*user friendly system*) di segnalazione degli atti di violenza verso gli operatori di Pronto Soccorso tramite smartphone, tablet e personal computer in confronto alla segnalazione/registrazione tramite scheda cartacea in uso presso la S.C. di Pronto Soccorso - Accettazione - OBI dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. L'obiettivo primario dello studio era verificare l'ipotesi di ricerca, ovvero che l'*App* potesse ridurre il numero delle mancate segnalazioni a 6 mesi e 1 anno. Obiettivo secondario l'acquisizione di dati riguardanti la:

- tipologia di aggressore (utenti e/o accompagnatori) ed eventuali patologie concomitanti favorenti
- tipologia di aggressione (fisica e/o verbale)
- data e ora dell'evento
- codice di priorità assegnato
- tempo di presentazione del problema (ore/giorni) (eventuale valutazione del medico di base)
- tempo di attesa in PS

- utenti in attesa in PS
- effetto sui presenti in sala di attesa
- modalità di risoluzione dell'evento

Il piano di studio e il disegno di ricerca approvato dalla Direzione Generale e Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, previo il parere favorevole del Direttore del Pronto Soccorso e del Responsabile del Servizio Informatico, prevedeva che la scheda di segnalazione a 16 items in uso al servizio di Pronto Soccorso di Perugia venisse riprodotta nell'*App* e attraverso la replica della survey ad hoc già utilizzata per monitorare il sistema di registrazione delle segnalazioni, fossero confrontati i dati raccolti tramite *App* versus il sistema di registrazione tradizionale cartacea a 6 mesi e a 1 anno.

Lo strumento utilizzato per la registrazione dell'aggressione era basato sulla piattaforma "Google Documenti" di Google[®], e la relativa funzione "Moduli". Tramite uno specifico account, la cui password era nota esclusivamente allo sviluppatore e al responsabile della ricerca (il Candidato) i dati sensibili sono immagazzinati nella piattaforma Google Drive[®] ed esportati in fogli Microsoft Office Excel[®]. La scelta della piattaforma Google[®] è stata giudicata adeguata in termini di sicurezza di dati dal responsabile del Servizio informatico. Tale sistema, infatti, comunica in tempo reale eventuali intrusioni o accessi non autorizzati tramite invio di sms di allerta al responsabile del trattamento dei dati dello studio. La pagina WEB creata è stata salvata come Icona Applicazione all'interno dei computer di Triage e degli smartphone del personale infermieristico del Pronto Soccorso che hanno aderito al progetto. Le novità rispetto alla versione cartacea, consistevano nell'avere un'interfaccia grafica facilitante l'immissione dei vari dati, nella possibilità di compilazione anche in un momento successivo all'evento, anche al di fuori della sede e orario di lavoro, nel richiedere l'obbligatorietà della risposta per alcune domande ritenute fondamentali, così da evitare il problema di omissioni informative che a volte possono verificarsi nelle versioni cartacee di una scheda. Sono stati arruolati, previa acquisizione del Consenso Informato per la partecipazione allo studio e la consegna del Modulo informativo sul rispetto della riservatezza e sulle modalità di trattamento dei

dati, tutti gli infermieri del Pronto Soccorso di Perugia che avevano subito almeno un episodio di violenza nel corso degli ultimi 6 mesi di lavoro nel 2016. Le caratteristiche demografiche (sesso, età, anzianità lavorativa ed esperienza in Pronto Soccorso) degli infermieri partecipanti alle indagini sul sistema di registrazione del 2013, 2015 (Scheda cartacea) e 2016 (App) sono descritte graficamente nelle seguenti figure 17, 18, 19.

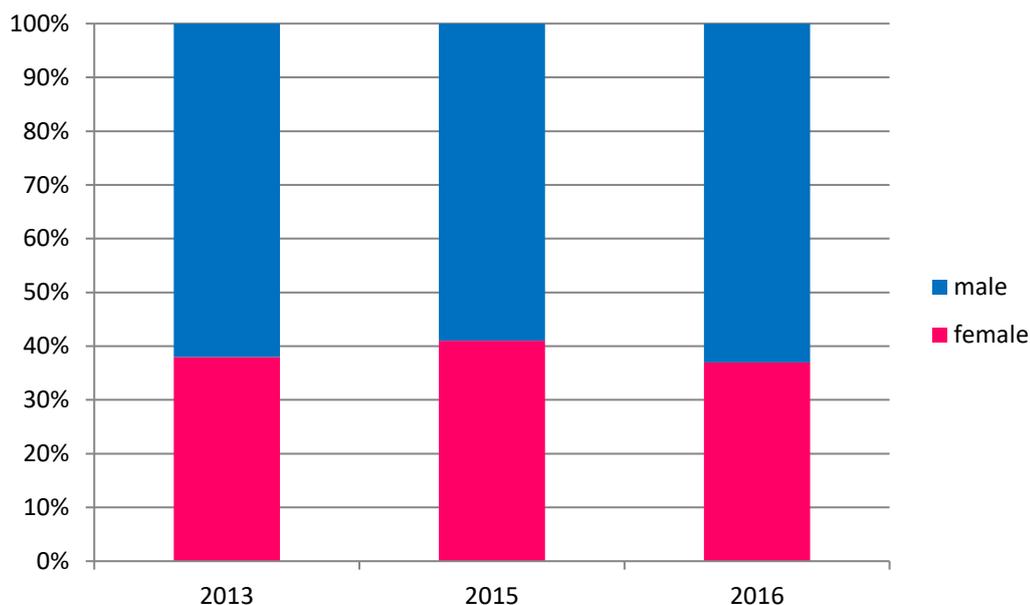


Figura 17 Composizione dei partecipanti secondo il sesso e l'anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)

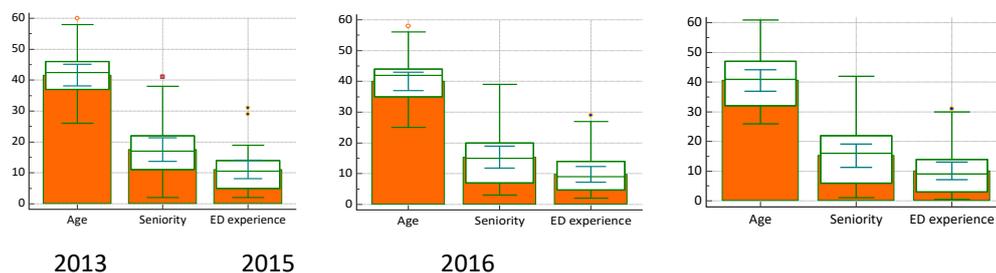


Figura 18 Composizione dei partecipanti secondo l'età, l'anzianità di servizio, l'esperienza in PS e l'anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)

Il 3 Ottobre 2016 è stata ripetuta la survey per comparare i dati ottenuti dalle precedenti indagini condotte nel 2013 e 2015. Nonostante il trend della violenza in PS sia stato percepito dagli infermieri prevalentemente “invariato” soprattutto nelle ultime due rilevazioni (Figura 19), il numero di segnalazioni è aumentato rispetto i periodi precedenti (Figura 20).

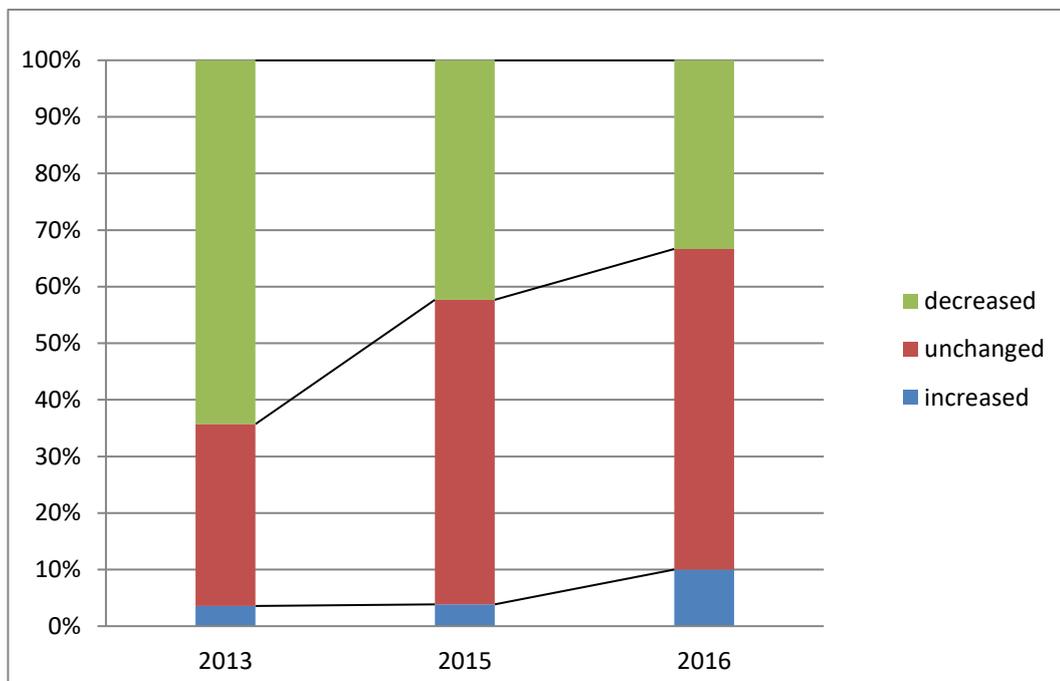


Figura 19 Percezione dell'andamento degli episodi di violenza negli ultimi 6 mesi nell'anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)

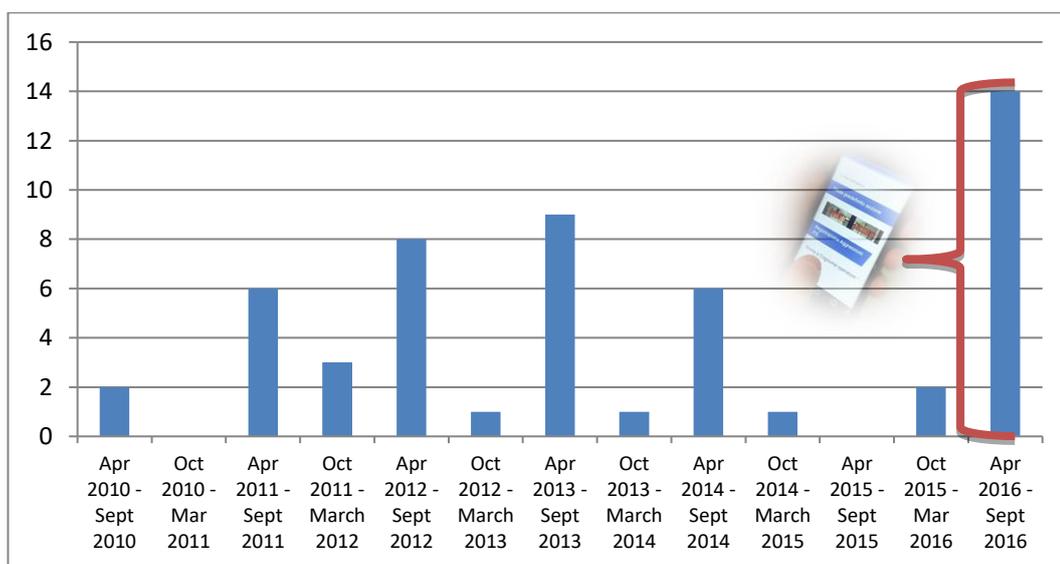


Figura 20 Numero di segnalazioni per semestre. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)

Il dato interessante è stato riscontrare una rilevante diminuzione del numero di sotto-segnalazioni (Figura 20)

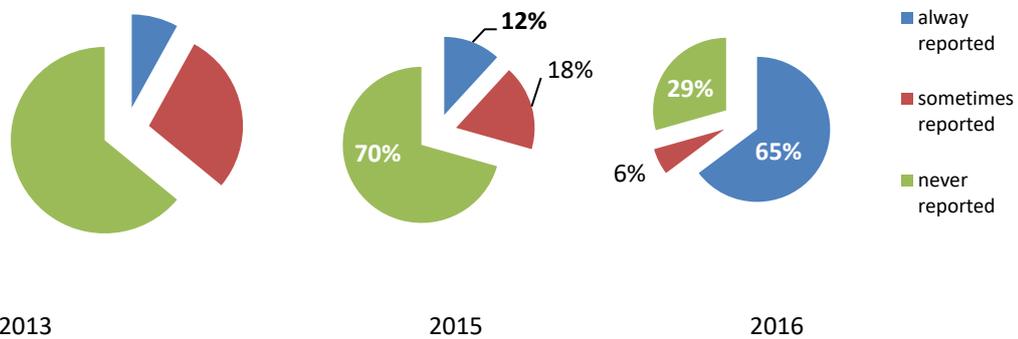


Figura 21 Percentuale degli infermieri vittime di violenza che hanno segnalato l'accaduto, per anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)

Un dato confermato anche nella seconda rilevazione a 12 mesi, con ulteriori 14 segnalazioni nel semestre. I risultati preliminari di questo studio sono stati presentati alla *5th International Conference on Violence in Health Sector* di Dublino (Ramacciati, et al 2016c) e al 35° Congresso Nazionale Aniarti di Rimini (Ramacciati, et al., 2016e). La piccola dimensione del campione è stato il limite principale dello studio. Tuttavia, i risultati positivi riscontrati hanno indotto lo scrivente a disegnare uno studio analogo, con un *App* sviluppata da esperti informatici, con un adeguato dimensionamento campionario e più centri (Pronto Soccorso) coinvolti: *“User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study”*.

5.2 Metodologia

5.2.1 Disegno dello studio

Lo Studio è Osservazionale di tipo prospettico, multicentrico, senza finalità commerciali (no-profit). La durata dello studio prevista è di 6 (sei) mesi. Il reclutamento iniziato il 5 febbraio si sarebbe dovuto concludere il 5 agosto. Tuttavia, poiché alcune Aziende hanno chiesto di poter essere incluse nella ricerca, i termini sono stati riaperti ed attualmente sono in corso nuove registrazioni. In ogni caso il periodo di sperimentazione parte dal momento della

registrazione (e compilazione del primo *Questionario breve*) e termina il 180 giorno da tale data, in cui viene inviato al partecipante un nuovo *Questionario Breve finale* contenente oltre alle domande somministrate al tempo T₀ anche alcune domande sulla facilità d'uso dell'*app*, su eventuali nuovi corsi sul tema della violenza o cambiamenti di atteggiamento verso la segnalazione durante il periodo di sperimentazione (vedi Figura 22).

Questionario Breve Finale

Gent.ma/o collega grazie per aver partecipato a questo studio su l'App "PSaggress" per segnalare gli atti di violenza verso noi infermieri di Pronto Soccorso. L'ultimo step è quello della ri-compilazione del Questionario Breve a cui si aggiunge il tuo giudizio sulla facilità d'uso dell'App e una domanda aperta per i tuoi commenti liberi su questo studio e/o sul fenomeno della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso. Infine, potrai chiederci di inviarti copia del report finale di questa ricerca direttamente all'indirizzo di posta che hai indicato al momento della registrazione allo studio. Grazie ancora per la tua collaborazione e il tuo preziosissimo aiuto.
Nicola Ramacciati

N.B. Tempo di compilazione inferiore a 1 minuto.

*Campo obbligatorio



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DSS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE DELLA SALUTE

MIGC
Centro per la Comunicazione
e l'Integrazione dei Media

DINFO
DIPARTIMENTO DI
INFORMATICHE
E TELECOMUNICAZIONI



User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department
a multicenter study

Partecipando al
GRC

UNIV

WPV

Questionario Breve Finale

Nome e Cognome *

La tua risposta

Pronto Soccorso di appartenenza *

Scegli

1. Ha subito atti di violenza negli ultimi 6 mesi? *

- No, nessuno
- Sì, verbale
- Sì, fisica
- Sì, entrambe (sia verbale che fisica)

2. Li ha segnalati? (qualsiasi modalità, purché formale) *

- Sì, tutti
- Sì, alcuni
- No, solo informalmente
- No, in nessun modo
- (Non li ho subiti)

Se no, perché?

La tua risposta

- Opzione 1

3. Secondo Lei, nel suo servizio negli ultimi 6 mesi gli atti di violenza sono: *

- Aumentati
- Diminuiti
- Invariati

4. Qual'è il suo giudizio sulla facilità d'uso dell'App "PSaggress"? *

- Molto facile
- Facile
- Abbastanza facile
- Difficile
- Molto difficile
- (Non l'ho usata)

Negli ultimi 6 mesi (dalla sperimentazione dell'App PSaggress) ha svolto corsi di formazione/aggiornamento? *

Sì, sulla comunicazione efficace

Sì, sulla gestione della violenza verso gli operatori sanitari

Sì, entrambi sia sulla comunicazione efficace che sulla gestione della violenza

No, nessun corso di formazione, aggiornamento o partecipazione ad eventi su tali argomenti

Negli ultimi 6 mesi (dalla sperimentazione dell'App PSaggress) ha modificato il suo atteggiamento rispetto la segnalazione degli atti di violenza? *

No, il mio atteggiamento è rimasto invariato rispetto a prima

Sì, sono più propenso a segnalare

Sì, sono meno propenso a segnalare

Se sì, perché?

La tua risposta

Vuole aggiungere un suo commento su questo studio e/o sul fenomeno violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso?

La tua risposta

Desidera ricevere il report finale dello studio alla sua mail?

Sì

No

Grazie per la partecipazione e il prezioso aiuto.

INVA

Figura 22 Questionario Breve Finale, inviato via e-mail ai partecipanti a 6 mesi dalla registrazione allo studio.

5.2.2 Popolazione in studio

Infermieri in servizio in Pronto Soccorso secondo i seguenti criteri di arruolamento:

Criteri di inclusione

- Infermiere assegnato al servizio di Pronto Soccorso da almeno sei mesi.
- Firma del consenso informato cartaceo o assenso espresso tramite compilazione del modulo on line (vedi allegato 3 e il dettaglio di Figura 23).

Criteri di esclusione

- Personale non strutturato: studenti, frequentatori volontari, stagisti, ecc.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE
 OSS
 MICC
 DINFO

User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department
 a multicenter study

Modulo di consenso informato

Accetto di partecipare alla ricerca di cui sopra. *

Si

Ho letto le informazioni sull'uso dei miei dati in questa ricerca. *

Si

So che posso ritirarmi dalla ricerca in qualsiasi momento *

Si

In caso di non partecipazione, può indicare in questo spazio la motivazione?

La tua risposta

Figura 23 Modulo di consenso informato per la compilazione on line.

5.2.3 Esiti dello Studio

Endpoint primario: segnalati tutti gli eventi aggressivi occorsi durante il periodo di osservazione (6 mesi)

Endpoint secondario: registrati tutti i dati riguardanti gli eventi aggressivi occorsi durante il periodo di osservazione

5.2.4 Variabili

Infermiere:

Età, Genere, Ruolo professionale, Anzianità di servizio, Anzianità in Pronto Soccorso, Titoli professionali, Stato civile, Tipologia di turno, Data ultima Formazione sulla comunicazione difficile, Data ultima Formazione sulla gestione della violenza

Evento:

Data e ora dell'evento, Codice di priorità assegnato all'utente, Tipologia dell'aggressore (utenti e/o accompagnatori) ed eventuali patologie concomitanti favorevoli, età, genere, Tipologia di aggressione (fisica e/o verbale), Effetto sui presenti (indifferenza, attivazione, disapprovazione), Risoluzione risolto da parte dell'operatore, mediatore del servizio, vigilanza interna, forze dell'ordine, altro se previsto.

Pronto Soccorso: Misure architettoniche, regolamentarie, di sicurezza e di comfort presenti in ogni centro, presenza del sistema/procedure di segnalazione e modalità di funzionamento

5.2.5 Bias

Per evitare il bias di auto-selezione è stata auspicata la totale adesione allo studio di tutti gli infermieri in organico ai singoli PS da almeno un anno. Tuttavia, la volontarietà della partecipazione non ha consentito di raggiungere questa soglia se non in un unico centro, come evidenziato in Tabella 31.

Centro partecipante	Azienda sanitaria di appartenenza	Infermieri in servizio	Infermieri aderenti	Percentuale di adesione
Abbadia san salvatore	Azienda USL Toscana sud est	12	4	33,3
Arezzo	Azienda USL Toscana sud est	52	1	1,9
Figline valdarno (Serristori)	Azienda USL Toscana Centro	20	4	20,0
Firenze (San Giovanni di Dio)	Azienda USL Toscana Centro	57	2	3,5
Firenze Bagno a Ripoli (S. Maria annunziata)	Azienda USL Toscana Centro	35	19	54,3
Firenze Careggi	Azienda O.U. Careggi	95	51	47,2
Firenze S. Maria Nuova	Azienda USL Toscana Centro	53	45	84,9
Grosseto	Azienda USL Toscana sud est	60	14	23,3
Milano	Fondazione CaGrandaMilano	40	33	82,5
Montevarchi (Gruccia)	Azienda USL Toscana sud est	26	22	84,6
Mugello Borgo San Lorenzo	Azienda USL Toscana Centro	25	18	72,0
Nottola	Azienda USL Toscana sud est	34	26	76,5
Orbetello	Azienda USL Toscana sud est	15	2	13,3
Perugia	Azienda Ospedaliera Perugia	35	25	71,4
Pinerolo	ASL To3	40	15	37,5
Pistoia (S.Marcello Pistoiese)	Azienda USL Toscana Centro	11	3	27,3
Pistoia (San Jacopo)	Azienda USL Toscana Centro	48	7	14,6
Poggibonsi	Azienda USL Toscana sud est	24	4	16,7
Rieti (San Camillo de Lellis)	ASL Rieti	38	26	68,4
Siena	Azienda Ospedaliera di Siena	38	38	100,0
Vimercate	ASSTVimercate	39	27	69,2
TOTALE		797	386	48,4

Tabella 31 Numero e percentuale di partecipazione sul totale degli infermieri in servizio per Centro arruolato alla data dell'11 ottobre 2018.

5.2.6 Dimensione del campione

Il numero di infermieri di Pronto Soccorso da arruolare è stato calcolato pari a 707 unità, considerando:

- l'esposizione agli atti di violenza nel corso dell'ultimo anno di servizio da parte degli Infermieri di Pronto Soccorso è del 91,6% (stima dall'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (Ramacciati, et al., 2018), dato sovrapponibile a quello registrato in precedenti studi nazionali (Becattini, et al, 2007) ed internazionali),
- l'universo della popolazione analizzata (Infermieri dei servizi di Pronto Soccorso in Italia) rilevato nel corso della suddetta Indagine, pari a 15.618 unità
- un Intervallo di Confidenza CI del 95%, e un errore d di 2.

Utilizzando una stratificazione secondo la sede e la numerosità regionale della popolazione infermieristica di emergenza dei Pronto Soccorso partecipanti, sempre secondo lo stesso valore dell'intervallo di confidenza e un margine di errore di 2.5, il campione è stato ricalcolato e fissato pari a 442 unità.

5.2.7 Procedura di arruolamento

La procedura di arruolamento è stata di tipo propositivo, tuttavia alcuni centri inizialmente disponibili nella fase interlocutoria non hanno poi dato corso all'iter di approvazione dello studio, mentre altri arruolati non hanno aderito per inattività del referente locale (vedi Tabella 32).

Centro (Pronto Soccorso)	Regione (Città)	D	A	P
Ospedale di Cetraro	Calabria (Cosenza)	✓		
Ospedale Maggiore di Bologna	Emilia Romagna (Bologna)	✓		
Ospedale Policlinico di Modena	Emilia Romagna (Modena)	✓		
Ospedale Tor Vergata – Fondazione PTV	Lazio (Roma)	✓		
Ospedale S. Camillo de Lellis	Lazio (Rieti)		✓	✓
Ospedale Maggiore Policlinico di Milano	Lombardia (Milano)	✓	✓	✓
Ospedale Antonio Cardarelli	Molise (Campobasso)	✓		
Ospedale Molinette	Piemonte (Torino)	✓		
Ospedale CTO di Torino	Piemonte (Torino)	✓		
Ospedale Civile E. Agnelli	Piemonte (Pinerolo, To)		✓	✓
Ospedale degli Infermi	Piemonte (Rivoli, To)		✓	✓
Ospedale Civile di Susa	Piemonte (Susa, To)		✓	
Presidio Ospedaliero Amiata val d'Orcia	Toscana (Abbadia San Salvatore, Si)		✓	✓
Ospedale San Donato	Toscana (Arezzo)	✓	✓	✓
Ospedale del Mugello	Toscana (Borgo S. Lorenzo, Fi)	✓	✓	✓
Ospedale S. Margherita	Toscana (Cortona, Si)		✓	

Ospedale S. Giuseppe	Toscana (Empoli)	✓	✓	
Ospedale Serristori	Toscana (Figline Val d'Arno, Fi)	✓	✓	✓
Ospedale Careggi	Toscana (Firenze)	✓	✓	✓
Ospedale pediatrico Meyer	Toscana (Firenze)	✓		
Ospedale S. Maria Nuova	Toscana (Firenze)	✓	✓	✓
Ospedale S. Giovanni di Dio	Toscana (Firenze)	✓	✓	✓
Ospedale SS. Annunziata	Toscana (Firenze)	✓	✓	✓
Ospedale Misericordia	Toscana (Grosseto)	✓	✓	✓
Ospedale Riuniti della Valdichiana Senese	Toscana (Montepulciano, Si)	✓	✓	✓
Ospedale S. Maria della Gruccia	Toscana (Montevarchi, Ar)	✓	✓	✓
Ospedale San Giovanni di Dio	Toscana (Orbetello, Gr)	✓	✓	✓
Ospedale S. Jacopo	Toscana (Pistoia)	✓	✓	✓
P.I.O.T. Presidio integrato ospedale territorio	Toscana (S. Marcello pistoiese, Pt)		✓	✓
Ospedale SS Cosma e Damiano	Toscana (Pescia, Pt)	✓	✓	
Ospedale Alta Valdelsa	Toscana (Poggibonsi, Si)	✓	✓	✓
Ospedale S. Stefano	Toscana (Prato)	✓	✓	
Ospedale Le scotte	Toscana (Siena)	✓	✓	✓
Ospedale di Città di Castello	Umbria (Città di Castello, Pg)	✓		
Ospedale S. Maria della misericordia	Umbria (Perugia)	✓	✓	✓
Ospedale di Aosta	Valle d'Aosta (Aosta)	✓		
Casa di cura Madonna della salute	Veneto (Porto Viro, Ro)	✓		

Tabella 32 Centri disponibili per l'arruolamento, centri arruolati, centri partecipanti.

5.2.8 Procedura di follow-up

Al termine della sperimentazione verrà ripetuto il questionario sulla segnalazione degli eventi aggressivi e la facilità d'uso della App *PSAggress* (Figura 23).

5.2.9 Gestione dei dati

La prima fase dello studio ha previsto lo sviluppo dell'architettura del sistema di raccolta dati a cura del Centro per la Comunicazione e Integrazione dei Media (MICC) del Dipartimento di ingegneria delle informazioni della università degli Studi di Firenze

5.2.9.1 Architettura del sistema

Il sistema di segnalazione di episodi violenti nei PS è costituito da una applicazione per smartphone che interagisce con un server/repository di raccolta dei dati e da una vista web che permette al personale con profilo Amministratore di accedere ai dati ed analizzarli.

Il personale di PS dopo aver installato la App *PSaggress* sul proprio telefono (previa fase di registrazione), in caso di necessità può effettuare una segnalazione accedendo alla App *PSaggress* con le proprie credenziali e

riempiendo i campi del *form* di segnalazione. Una volta completata e inviata la segnalazione verso il server, questa viene ricevuta e memorizzata nel repository. Il server è dotato anche di opportune funzionalità che in base alle caratteristiche delle segnalazioni ricevute inviano verso utenti predefiniti messaggi di reportistica o di allerta.

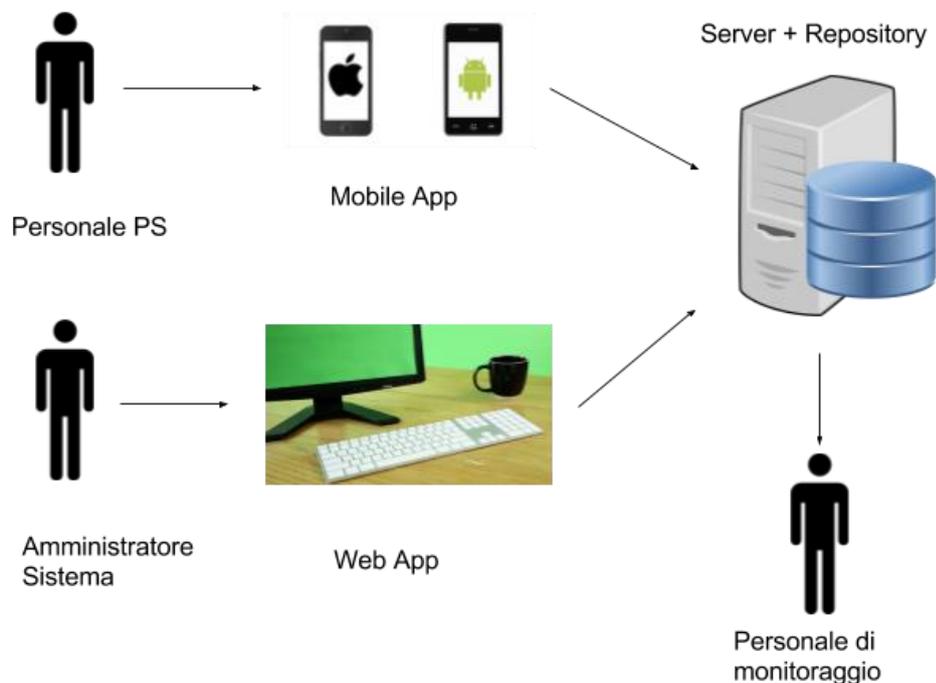


Figura 24 Schema di base dell'applicazioni web, mobile e i servizi collegati

In Figura 24 è possibile vedere una rappresentazione del sistema che permette di cogliere gli aspetti fondamentali del suo funzionamento, come di seguito dettagliati.

5.2.9.2 Server +Repository

Il server applicativo e il repository ad esso associato espongono l'insieme dei servizi utilizzati sia dalla Mobile App che dalla Web App. Vengono da esso gestite sia le credenziali degli utenti che le segnalazioni del personale di PS. Il server è inoltre responsabile di gestire le notifiche verso il Personale destinato al Monitoraggio della sperimentazione.

5.2.9.3 Amministratore di Sistema e WebApp

Il sistema consta anche di una Web App che permette ad un Amministratore del Sistema di registrare e gestire gli utenti della Mobile App nonché di analizzare e compiere ricerche all'interno dei dati contenuti nel Repository (Figura 25).

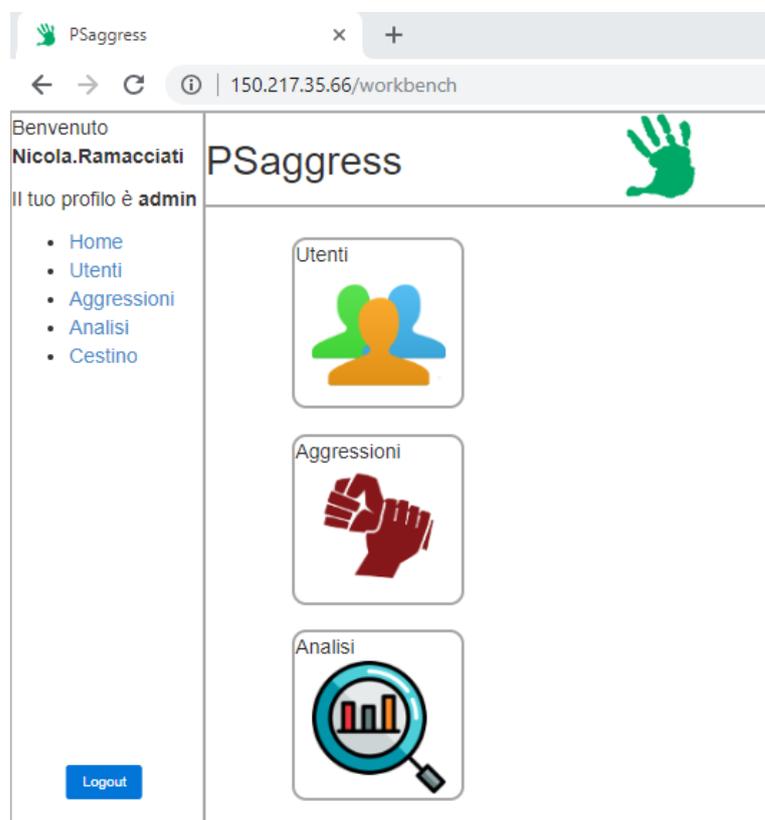


Figura 25 Dettaglio dell'Home page della Web App per il profilo amministratore.

Le ricerche possono essere effettuate filtrando in base ai "campi" del form evento.

In particolare, al momento dell'iscrizione di un nuovo utente è previsto che vengano compilati i seguenti "campi di registrazione":

Cognome e nome [Campo testo]

Data di nascita [Campo data]

E-mail [Campo testo]

Ruolo professionale (infermiere, infermiere coordinatore, infermiere specialista...)[Menù]

Data di assunzione come infermiere (serve per il calcolo dell'anzianità lavorativa) [Campo data]

Data di assegnazione al servizio di pronto soccorso (serve per il calcolo dell'esperienza in pronto soccorso) [Campo data]

Titoli professionali (infermiere con diploma regionale e/o con laurea e/o con Diploma Universitario e/o con Laurea di I livello e/o con Laurea Magistrale e/o con Master Universitario (e che tipo di master) e/o con altri titoli universitari)

Stato civile (coniugato, Nubile/celibe ecc) [Menù]

Appartenenza al servizio di Pronto Soccorso aderente allo studio

[Campo testo]

Tipologia di turno (diurnista, turnista)[Menù]

Data/periodo ultimo corso di formazione in comunicazione efficace [Campo data]

Data/periodo ultimo corso di formazione sulle aggressioni/violenza verso gli operatori sanitari [Campo data]

5.2.9.4 Personale PS e MobileApp

Il personale PS afferente al sistema, riceve al momento della sua registrazione da parte di un Amministratore del sistema, una mail contenente il link all'applicazione da installare sul proprio smartphone (sistemi Android o iOS) e le sue credenziali da inserire nella Mobile App. Queste vanno utilizzate tutte le volte che risulti necessario interagire con il server. Le credenziali devono essere inserite nella Mobile App solo la prima volta, subito dopo l'installazione della app nel telefono.

Tramite la Mobile App è possibile segnalare un'eventuale aggressione e tramite la compilazione un *form* evento (modulo) al fine di registrare subito quanto accaduto.

I campi del *form* evento richiesti sono:

Data evento [Campo data]

Ora evento [Campo ora]

Tipologia di aggressione (verbale, fisica, entrambe)[Menù]

Aggressore (paziente, accompagnatore, visitatore) [Menù]

Effetto sui presenti (indifferenza, attivazione, disapprovazione)[Menù]

Intervento risolutivo (risolto da parte dell'operatore, mediatore del servizio, vigilanza interna, forze dell'ordine, altro se previsto)[Menù]

Campo note [Campo testo] Altri campi opzionali:

Codice colore di triage del paziente[Menù]

Caratteristiche dell'aggressore [Campo testo]

Motivazioni dell'aggressione [Campo testo]

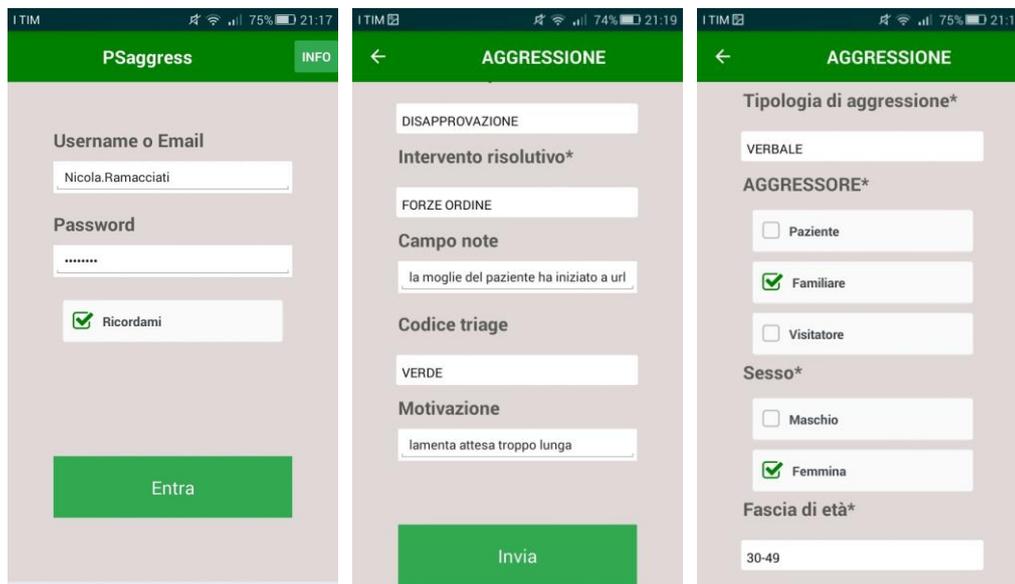


Figura 26 Dettagli delle schermate dell'App PSaggress come visualizzate su uno smartphone

5.2.9.5 Gestione dei dati

L'utente che parteciperà alla sperimentazione è stato registrato sul repository di sistema (acquisizione campi di registrazione), a valle di ciò riceve una e-mail con un link per scaricare l'applicazione per smartphone e le credenziali di logging con cui accedere nella app una volta installata.

5.2.9.6 Conservazione dei dati

I dati provenienti dalla App *PSaggress* sono registrati sul Server e il Repository in macchine del laboratorio L3 del MICC - Centro per la Comunicazione e l'Integrazione dei Media, Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione dell'Università degli Studi di Firenze.

5.2.10 Piano Statistico

I dati raccolti in formato Excel saranno trattati con opportune metodiche di pre-processing dei dati per identificare, valutare ed eventualmente correggere outliers ed errori di inserimento o valutazione. Ulteriori analisi statistiche della frequenza e distribuzione saranno prevalentemente di tipo descrittivo utilizzando

misure di tendenza centrale (media, deviazione standard, mediana, range interquartile) per le variabili continue, e misure di frequenza (proporzioni, tassi con limiti di confidenza al 95% calcolati in base a una distribuzione di Poisson) per le variabili discrete.

Si valuteranno distribuzioni di frequenza semplici e multiple, associazione di caratteri, misure di variabilità, tenendo conto sia delle variabili specifiche della popolazione target (sesso, classi di età, anzianità di servizio, ecc) sia delle variabili descrittive dell'evento. Il test di Student a due code e il χ^2 saranno utilizzati per confrontare distribuzione di variabili continue e discrete, rispettivamente. Il livello minimo di significatività statistica è stabilito al 5% ($p < 0.05$). I dati saranno analizzati con il software SPSS17.0 © (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

5.2.11 Aspetti amministrativi

Lo studio di natura no profit è stato finanziato dal promotore Prof. Laura Rasero con fondi universitari propri.

5.2.12 Considerazioni Etiche

Il protocollo di studio ed ogni altro documento correlato fornito ai partecipanti come la Nota Informativa e il Modulo di Consenso Informato sono stati sottoposti al comitato etico di Area Vasta Centro per l'approvazione. Il comitato etico ha comunicato che non si sarebbe espresso in quanto l'approvazione da parte di un Comitato Etico non è considerata necessaria per gli studi che coinvolgono il personale sanitario nazionale o gli operatori sanitari coinvolti come partecipanti, se il loro ruolo professionale è l'oggetto dello studio.

5.2.13 Patrocini

Lo studio ha avuto il patrocinio dei seguenti Enti e Associazioni scientifiche (vedi allegato 4):

- Regione Toscana
- Gestione Rischio Clinico Regione Toscana (GRC)
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche FNOPI (già Federazione Nazionale Collegi IPASVI)
- ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri Area Critica)

5.3 Risultati preliminari

5.3.1 Caratteristiche dei partecipanti allo studio

Dal 5 febbraio 2017, data di inizio delle registrazioni al sistema *PSaggress*, ad oggi (11 ottobre 2017) 386 infermieri hanno compilato il modulo di registrazione allo studio e il Questionario Breve, 21 di questi non hanno indicato la mail (4 espressamente dichiarato di non interessati a scaricare l'*app*). Le caratteristiche del campione degli infermieri ad oggi registrati nello studio sono brevemente riportate nella seguente Tabella 33. Di questi poco meno di un terzo 116 (30,1%) hanno seguito almeno un corso sulla comunicazione efficace e 49 (pari al 12,7% de totale) un corso sulla gestione della violenza. Alle caratteristiche demografiche e lavorative di ciascun rispondente sono associabili anche le caratteristiche, strutturali, regolamentarie, di sicurezza e organizzative del Pronto soccorso di appartenenza e l'eventuale presenza e funzionamento del sistema/procedura di segnalazione degli atti violenti. Ad ogni referente locale è stato, infatti, somministrato il *Questionario sul centro partecipante allo studio "User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study"* basato sulle domande del QuIN16VIPs (*items* 8., 9., 18., 18/a., 19., 21., 23., 20.) esploranti proprio queste caratteristiche dei Pronto Soccorso.

Caratteristiche	Infermieri aderenti allo studio (N=386)				
	N	%	M ₁	DS	min - max
Sesso					
Donna	243	63,0			
Uomo	143	37,0			
Stato civile					
Celibe/Nubile	171	48,7			
Coniugato/a	203	57,8			
Vedovo/a	5	1,5			
Non dichiarato	7	2			
Età					
(Anni)			41	± 9	21 - 64
Anzianità lavorativa					
complessiva (anni)			15	± 10	0,5 - 39
in PS (anni)			10	± 8	0,5 - 38
Titoli professionali					
Titolo abilitante (Laurea/Diploma)	386	100			
Laurea Magistrale	24	6,2			
Master Coordinamento	52	13,5			
Master Area Critica/T.I./Emergenza	57	14,8			
Ruolo professionale					
Infermiere	365	94,6			
Infermiere specialista	11	2,8			
Infermiere coordinatore	10	2,6			
Tipo di turno					
Turnista	308	79,8			
Diurnista	61	15,8			
Non dichiarato	8	4,4			

Note: N = numero, M₁ = Media aritmetica, DS = Deviazione Standard, min = minimo, max = massimo.

Tabella 33 Caratteristiche demografiche e professionali dei partecipanti allo studio all'11 ottobre 2018.

5.3.2 Esposizione alla violenza, eventuali segnalazioni, e percezione dell'andamento del fenomeno al tempo T₀ (Questionario Breve)

Tutti gli infermieri partecipanti allo studio al momento della registrazione (Tempo T₀) hanno risposto a 3 domande del Questionario Breve riguardo l'esposizione ad episodi violenti negli ultimi 6 mesi, l'eventuale segnalazione (e i motivi della non segnalazione) e la percezione sull'andamento del fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari in Pronto Soccorso. Nelle Figure 27,28,e 29 sono riportati graficamente i risultati delle risposte ricevute.

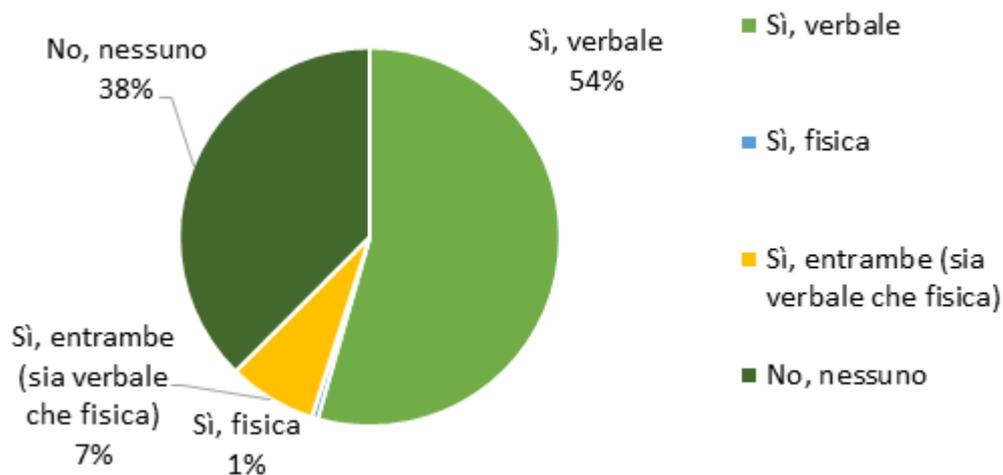


Figura 27 Risposte (percentuale) alla domanda 1. Ha subito atti di violenza negli ultimi 6 mesi? (al tempo T_0)

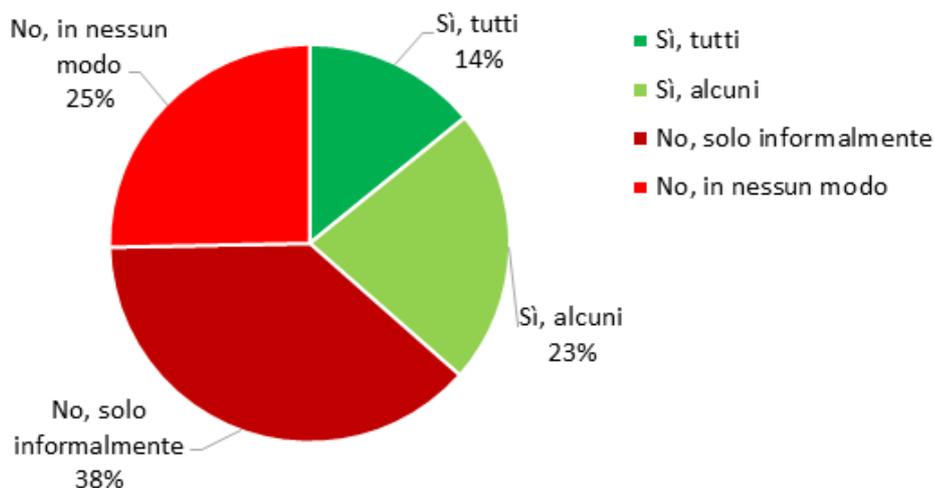


Figura 28 Risposte (percentuale) alla domanda 2. Li ha segnalati? (qualsiasi modalità, purché formale).(al tempo T_0)

La Domanda 2 prevede in caso di risposta negativa di poter indicare le ragioni della mancata segnalazione. Dalle risposte fornite dagli infermieri sono emersi i seguenti temi ricorrenti:

- *Manca di tempo*
- *Non meritevoli di segnalazione: "di lieve entità", "l'utente si è scusato", "solo verbali"*
- *Fa parte del lavoro: "routine", "è normale", "per assuefazione agli insulti", "starei sempre a segnalare"*
- *Procedura di segnalazione: "macchinosa", "poco chiara", "non sapevo a chi inviarla"*

- *Sfiducia*: “non avrebbe fatto differenza”, “inutilità delle segnalazioni”, “non cambia nulla”, “non ho avuto mai riscontro”
- *Giustificazione*: in quanto paziente “psichiatrico”, “sotto effetto di sostanze”, “persona con disabilità mentali”.

La domanda 3 è stata utilizzata sia per rilevare la “percezione” dei partecipanti sull’andamento del fenomeno nel proprio servizio, sia per effettuare il confronto dopo 6 mesi (re-test al Tempo T₁) a parità di condizioni. La figura 29 evidenzia un sostanziale equilibrio tra gli infermieri che percepiscono il fenomeno invariato negli ultimi sei mesi (51%) e quelli che invece lo considerano in aumento (47%). Che il problema sia ritenuto in diminuzione lo è solo per il 2% dei partecipanti.

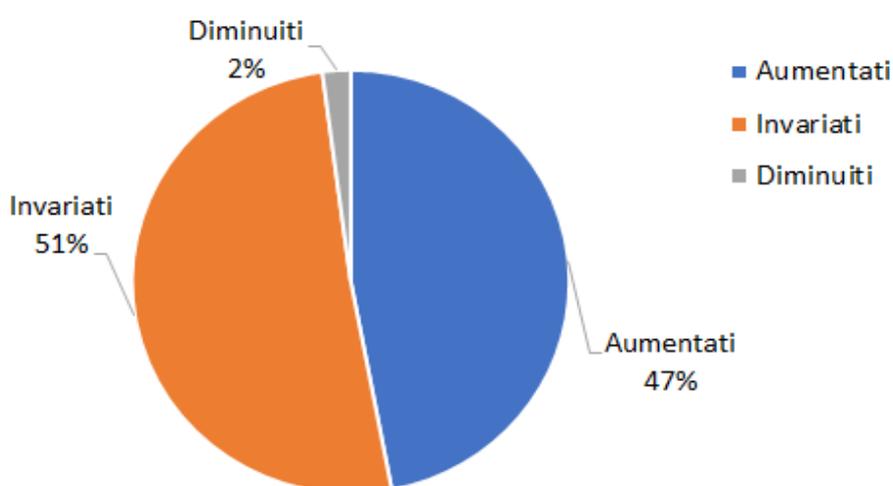


Figura 29 Risposte (percentuale) alla domanda 3. Secondo lei nel suo servizio negli ultimi 6 mesi gli atti di violenza sono: aumentati, invariati o diminuiti? (al tempo T₀)

5.3.3 Le segnalazioni pervenute al sistema PSaggres alla data del 11/10/2018

La Figura 34 rappresenta graficamente le segnalazioni pervenute tramite smartphone al momento della stesura di questo capitolo, mentre le tabelle 34 e 35 indicano per ogni centro partecipante (PS) il dettaglio di tali segnalazione, nonché i giorni di monitoraggio totali, la media dei giorni di sperimentazione per infermiere partecipante, il numero di segnalazioni pervenute e il rapporto giorni lavorativi/segnalazione sempre alla data dell’11/10/2018.

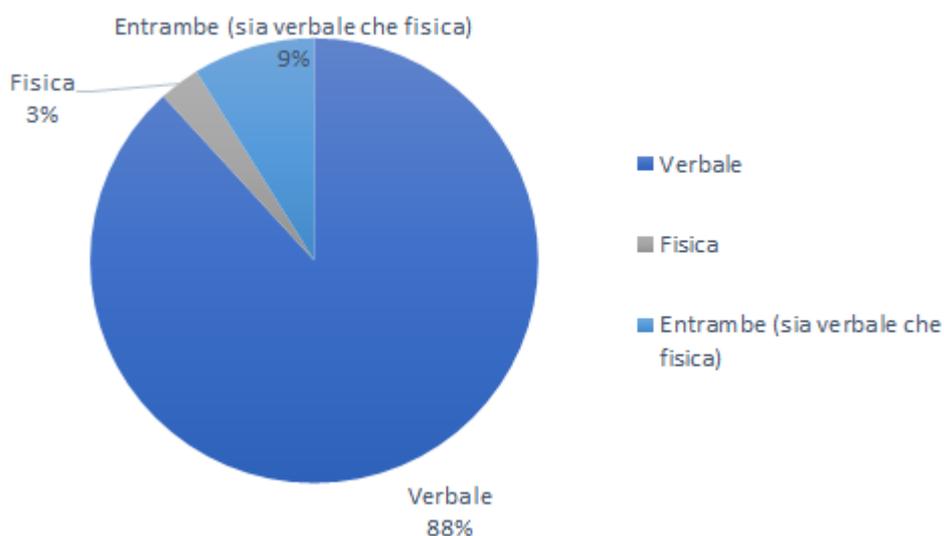


Figura 30 Segnalazioni pervenute tramite l'App PSAggress all'11 ottobre 2018.

Centro partecipante	Regione	Violenze Verbali Segnalate	Violenze Fisiche Segnalate	Violenze Verbali e Fisiche Segnalate	Totale Episodi Segnalati
Abbadia san salvatore	Toscana	0	0	0	0
Arezzo	Toscana	0	0	0	0
Figline valdarno	Toscana	0	0	0	0
Firenze S. Giovanni di Dio	Toscana	0	0	0	0
Firenze Bagno a Ripoli	Toscana	1	0	0	1
Firenze Careggi	Toscana	3	0	1	4
Firenze S. Maria Nuova	Toscana	0	0	0	0
Grosseto	Toscana	0	1	0	1
Milano	Lombardia	20	0	4	24
Montevarchi, Gruccia	Toscana	6	0	0	6
Mugello Borgo S. Lorenzo	Toscana	2	0	0	2
Nottola, Montepulciano	Toscana	4	0	0	4
Orbetello	Toscana	0	0	0	0
Perugia	Umbria	2	1	0	3
Pinerolo	Piemonte	3	0	1	4
Pistoia S.Marcello pistoiese	Toscana	0	0	0	0
Pistoia (San Jacopo)	Toscana	2	0	0	2
Poggibonsi	Toscana	0	0	0	0
Rieti (San Camillo de Lellis)	Lazio	3	0	0	3
Rivoli	Piemonte	0	0	0	0
Siena	Toscana	7	0	0	7
Vimercate	Lombardia	7	0	0	7
TOTALE		60	2	6	68

Tabella 34 Segnalazioni effettuate tramite App PSAggress per tipologia e centri partecipanti all'11/10/2018.

Centro partecipante	Infermieri Registrati PSaggress	Giorni totali Monitorati per centro	Media giorni per infermiere	Totale Episodi Segnalati	Rapporto giorni lavorati/segnalazione
Abbadia san salvatore	4	124	31	0	---
Arezzo	1	126	126	0	---
Figline valdarno	4	716	179	0	---
Firenze S. Giovanni di Dio	2	226	113	0	---
Firenze Bagno a Ripoli	19	2396	126	1	126,0
Firenze Careggi	39	5405	139	4	34,8
Firenze S. Maria Nuova	45	6028	134	0	---
Grosseto	14	1921	137	1	137,0
Milano	33	4731	143	24	6,0
Montevarchi, Gruccia	20	1837	92	6	15,3
Mugello Borgo S. Lorenzo	17	2380	140	2	70,0
Nottola, Montepulciano	25	3522	141	4	35,3
Orbetello	2	360	180	0	---
Perugia	25	3951	158	3	52,7
Pinerolo	15	984	66	4	16,5
Pistoia S.Marcello pistoiese	3	147	49	0	---
Pistoia (San Jacopo)	7	968	138	2	69,0
Poggibonsi	4	720	180	0	---
Rieti (San Camillo de Lellis)	22	812	37	3	12,3
Rivoli	1	63	63	0	---
Siena	36	4112	114	7	16,3
Vimercate	26	2949	113	7	16,1
TOTALE	364	44478	122	68	1,8

Tabella 35 Giorni di monitoraggio totali, media dei giorni per infermiere partecipante, numero di segnalazioni pervenute e rapporto giorni lavorativi/segnalazione per Centro partecipante all'11/10/2018

Il sistema *PSaggress* ha anche registrato i seguenti dati rispetto alle segnalazioni: giorno della settimana, orario dell'evento, codice colore assegnato al triage, tipologia, sesso ed età del perpetratore, effetto della violenza sui presenti e il tipo di intervento intrapreso per risolvere l'episodio. Tutte queste variabili sono riportate sinteticamente nella tabella sinottica n. 36. Nell'ultima colonna è indicato il valore della p misurata dopo test del χ^2 .

Variabile	Violenza Verbale n(%)	Violenza Fisica n(%)	Entrambe Verb&Fisic n(%)	Totale n	p-value
Giorno della Settimana					,713
Lunedì	11(91,7)	1(8,3)	0(0,0)	12	
Martedì	11(84,6)	0(0,0)	2(15,4)	13	
Mercoledì	7(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	7	
Giovedì	7(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	7	
Venerdì	7(100,0)	0(0,0)	2(22,2)	9	
Sabato	5(83,3)	0(0,0)	1(16,7)	6	
Domenica	12(85,7)	1(7,1)	1(7,1)	14	
Ora dell'evento					,184
0-5	19(86,4)	0(0,0)	3(13,6)	22	
6-12	13(81,2)	2(12,5)	1(6,2)	1	
13-18	15(88,2)	0(0,0)	2(11,8)	2	
19-24	13(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0	
Codice di triage					,043
Rosso	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1	
Giallo	9(81,8)	1(9,1)	1(9,1)	11	
Verde	32(88,9)	0(0,0)	4(11,1)	36	
Bianco	13(92,9)	1(7,1)	0(0,0)	14	
Blu	6(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	6	
Perpetratore					,108
Paziente	29(78,4)	2(5,4)	6(16,2)	37	
Accompagnatore	27(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	27	
Visitatore	4(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	4	
Sesso del perpetratore					,217
Maschio	41(85,4)	1(2,1)	6(12,5)	48	
Femmina	19(95,0)	1(5,0)	0(0,0)	20	
Età del perpetratore					,299
<18	---(---)	---(---)	---(---)	---(---)	
18-29	6(66,7)	1(11,1)	2(22,2)	9	
30-49	22(84,6)	1(3,8)	3(11,5)	26	
50-69	28(96,6)	0(0,0)	1(3,4)	29	
>70	4(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	4	
Effetto sugli astanti					,155
Attivazione	20(87,0)	0(0,0)	3(13,0)	23	
Indifferenza	28(96,6)	1(3,4)	0(0,0)	29	
Disapprovazione	12(75,0)	1(6,2)	3(18,8)	16	
Intervento					,000
Risolto da operatore	39(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	39	
Infermiere mediatore	---(---)	---(---)	---(---)	---(---)	
Vigilanza Interna	2(40,0)	1(20,0)	2(40,0)	5	
Forze dell'ordine	9(64,3)	1(7,1)	4(28,6)	4	
Altro	10(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0	
Totale	60(88,2)	2(2,9)	6(8,8)	68(100)	

Tabella 36 Variabili associate alle segnalazioni secondo la tipologia di violenza(Verbale, Fisica, Entrambe)

Tra i dati preliminari già disponibili rientrano quelli riguardanti gli infermieri che hanno terminato il periodo di sperimentazione della nostra *App*. Attualmente sono 37, pari al 10,2% degli infermieri ad oggi registrati nel sistema *PSaggress*. Venticinque di questi (pari al 67,6% degli infermieri che hanno concluso la

sperimentazione) hanno compilato il Questionario Breve finale. Le Figure seguenti sintetizzano graficamente le risposte ricevute.

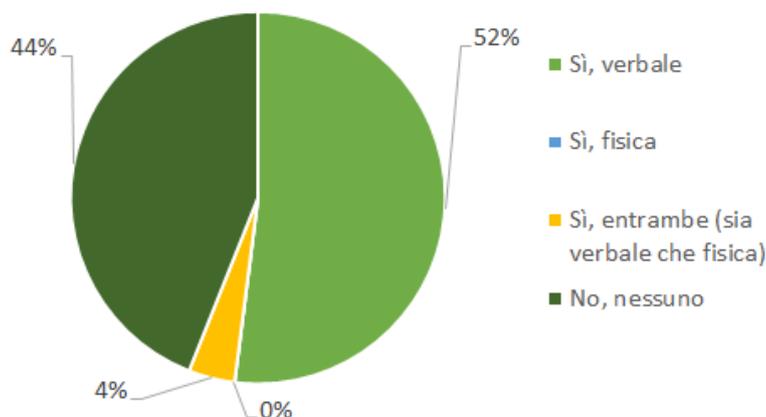


Figura 31 Risposte (percentuale) alla domanda 1. Ha subito atti di violenza negli ultimi 6 mesi? (al tempo T_1)

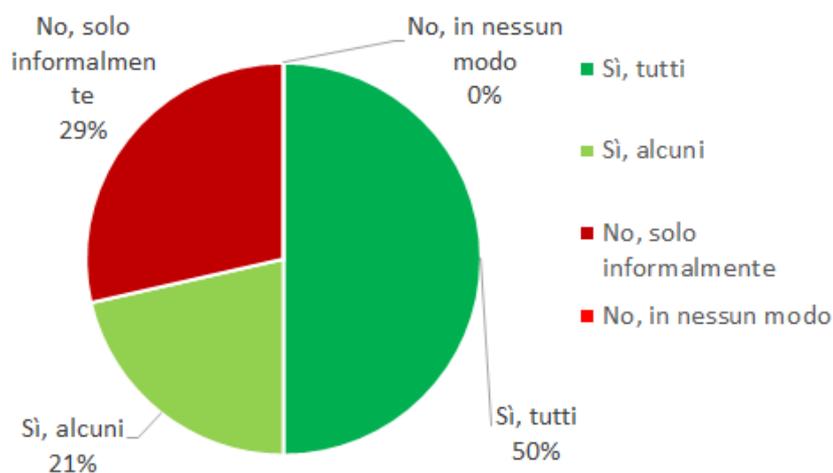


Figura 32 Risposte (percentuale) alla domanda 2. Li ha segnalati? (qualsiasi modalità, purché formale). (al tempo T_1)

Anche nel Questionario Breve Finale in caso di risposta negativa alla Domanda 2 è possibile indicare le ragioni della mancata segnalazione. Tra i temi ricorrenti ritroviamo:

- *Mancanza di tempo*
- *Non meritevoli di segnalazione: "c'è stato poi un chiarimento con l'utente"*
- *Sfiducia: "non ho mai avuto riscontro sulla segnalazione effettuata"*

Rispetto la percezione del fenomeno questo è prevalentemente considerato invariato dalla maggior parte dei rispondenti (56%), in aumento (36%) e per l'8% in diminuzione.

Il Questionario Breve Finale contiene una domanda per valutare la facilità d'uso dell'App (Figura 33) e alcune domande per rilevare eventuali cambiamenti nell'atteggiamento verso la segnalazione durante la fase di sperimentazione (Figure 34, 35 e 36).

4. Qual'è il suo giudizio sulla facilità d'uso dell'App "PSaggress"?

25 risposte

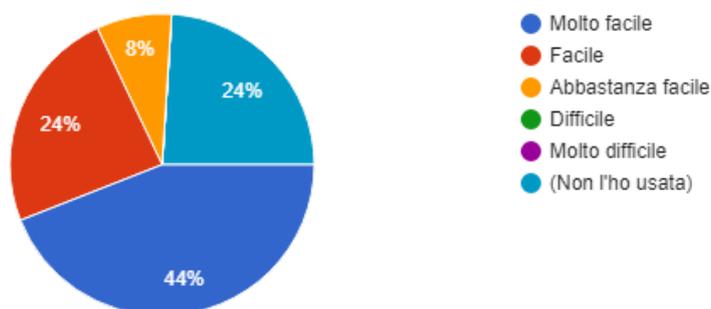


Figura 33 Risposta (percentuale) alla Domanda 4. sul giudizio rispetto alla facilità d'uso dell'app

5. Negli ultimi 6 mesi (dalla sperimentazione dell'App PSaggress) ha svolto corsi di formazione/aggiornamento?

25 risposte

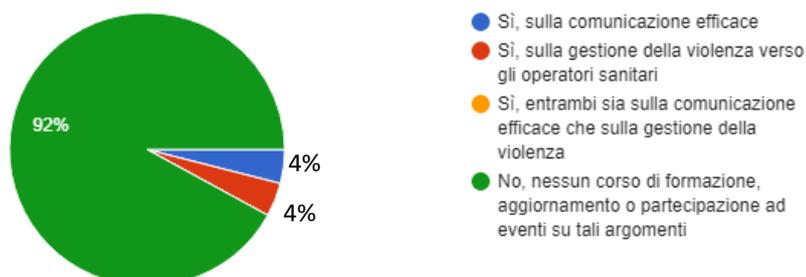


Figura 34 Risposta (percentuale) alla domanda 5. sulla frequenza di corsi dedicati al tema della violenza e della comunicazione efficace durante il periodo di sperimentazione

6. Negli ultimi 6 mesi (dalla sperimentazione dell'App PSaggress) ha modificato il suo atteggiamento rispetto la segnalazione degli atti di violenza?

25 risposte

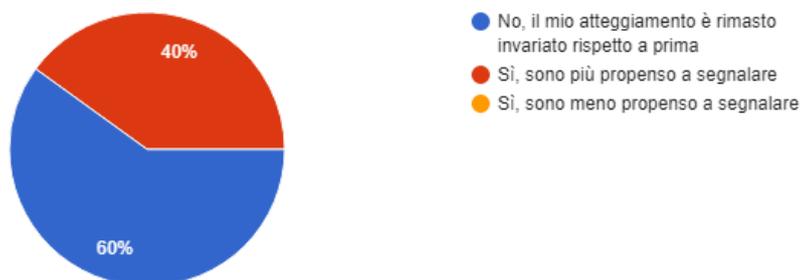


Figura 35 Risposte (percentuale) alla domanda 6. su eventuali cambiamenti riguardo la propensione alla segnalazione durante il periodo di sperimentazione

Anche la domanda 6 prevede la possibilità di indicare i motivi del cambiamento nell'atteggiamento verso la segnalazione. I rispondenti hanno dato le seguenti motivazioni:

- *Facilità e rapidità del sistema di segnalazione*
- *Fiducia di essere ascoltati*
- *Convinzione dell'utilità della segnalazione: "stimoli una risposta di aiuto", "ci potrebbe tutelare" "giusto mezzo di prevenire questi atti", "evidenziare il problema"*
- *Stimolati dallo studio*

La domanda 7. *Vuole aggiungere un suo commento su questo studio e/o sul fenomeno violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso?* ha ricevuto al momento sette risposte. Se, come è auspicabile, ve ne saranno ulteriori queste saranno analizzate al termine dello studio con un approccio qualitativo secondo il metodo di Van Kaam (Fain, 2004; Van Kaam, 1984), così come è stato fatto per la domanda finale aperta del questionario QuIN16VIPs.

Per concludere l'ultima domanda la n.8 *Desidera ricevere il report finale dello studio alla sua mail?* al momento ha raccolto l'84% dei consensi.

5.4 Discussione

Il campione degli infermieri partecipanti allo studio multicentrico è per molti caratteri simile al campione dei rispondenti all'*Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso*, come si può evincere dal confronto della precedente Tabella 33 con la Tabella 21 di pagina 23. Le infermiere nei Pronto Soccorso sono percentualmente più numerose dei colleghi maschi (63% vs 37%), anche se con una proporzione minore rispetto al rapporto 1 a 4 tra infermieri/infermiere dipendenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche (Figura 31) come recentemente riportato dal Centro Studi Federazione Ipasvi(IPASVI, 2016). Anche l'età media degli infermieri di Pronto Soccorso è più bassa rispetto a quella dei colleghi delle aziende sanitari pubbliche(41±9 vs 45,1 anni).

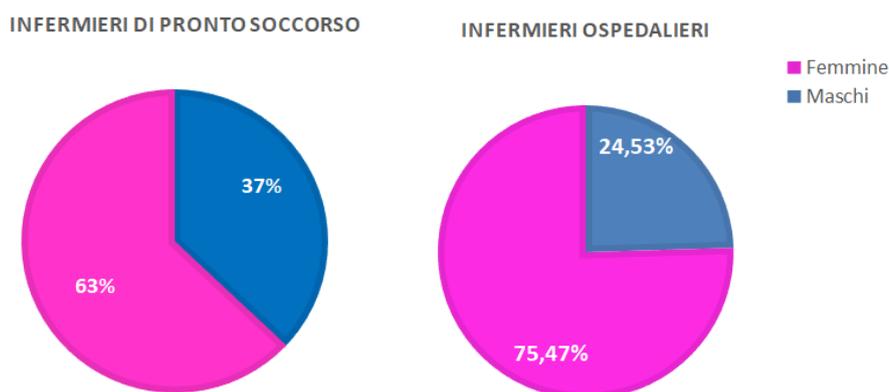


Figura 36 Composizione percentuale degli infermieri di Pronto Soccorso (del campione) Fonte: elaborazioni nostre da(IPASVI, 2016; Ramacciati, et al. 2017a)

Questo dato, associato all'esigua differenza tra gli anni di servizio totali e quelli maturati in Pronto Soccorso, evidenzia come questo servizio arruoli una popolazione infermieristica relativamente giovane (e questo è ancora più vero se si considera che il campione dello studio multicentrico e anche quello dell'*Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso* non considera gli infermieri neoassunti o neo assegnati da meno di 6 mesi).

I risultati preliminari disponibili al momento della stesura di questa dissertazione, sono riferiti alla somministrazione del Questionario Breve al tempo T₀, ossia al momento della adesione allo studio manifestata dopo la lettura del modulo informativo e di consenso, e quindi, alla registrazione e contestuale invio delle

credenziali di utilizzo dell'*App*. Il primo dato raccolto è inerente alla percezione dell'esposizione alla violenza nel corso degli ultimi 6 mesi di lavoro: il 54% degli infermieri riferisce di aver subito violenza verbale, l'1% violenza fisica, il 7% entrambe (sia fisica che verbale), il 38% di non esserne stato oggetto. Il dato dell'esposizione sembra discordarsi, in difetto, da quello di Becattini et al.(2007), così come quello della nostra Indagine Nazionale del 2016 (vedi il paragrafo 4.4.4.2 a pagina 114). Entrambe le survey, però, fanno riferimento all'ultimo anno di servizio, rendendo non confrontabili il dato di questi due studi con il presente. Raggruppando i dati dei Questionari Brevi somministrati al tempo T_0 e T_1 , avremo, invece, il dato dell'esposizione su base annua. Pur con le dovute avvertenze rispetto la rilevazione in due tempi, questi potranno essere confrontati con le indagini ad un anno. Rispetto alla segnalazione degli episodi di violenza solo il 14% del campione riferisce di averlo fatto sistematicamente per tutti gli episodi, il 23% solo per alcuni, mentre la mancata segnalazione formale è riferita dal restante 63% degli infermieri. Tra questi il 39,7% (pari a circa 1/4 del totale) non ne ha fatto nemmeno parola con i colleghi o il coordinatore, mentre il restante 60,3% (pari al 38% del totale) lo ha comunicato informalmente. Sarà questa la base di confronto con il successivo Questionario Breve (finale) somministrato a sei mesi (Tempo T_1) per verificare l'ipotesi di studio, ossia che un sistema facile e rapido di segnalazione (*app*) possa agevolare il *reporting* degli eventi aggressivi (a parità di condizioni). L'ultima domanda del questionario breve riguarda la percezione dei partecipanti allo studio rispetto l'andamento del fenomeno violenza in Pronto Soccorso. Come già accennato nella presentazione del grafico a torta di Figura 29 i partecipanti allo studio si dividono equamente in due gruppi, quello di chi percepisce invariata la violenza negli ultimi sei mesi (51%) e quelli che invece considerano questo fenomeno in aumento (47%). Il restante 2% dei partecipanti sostiene che la violenza stia diminuendo.

Nell'ottobre 2018, i giorni complessivi di monitoraggio del nostro studio sono stati 44.478, considerando i 365 infermieri registrati nel database *PSaggress* e la data di attivazione dell'*app* per ciascuno di questi. Ad oggi 36 infermieri hanno concluso i 180 giorni di sperimentazione, altri termineranno tra pochi giorni, mentre per quelli arruolati da poco, si dovrà ancora aspettare il compimento del 180° giorno (tempo a sei mesi dall'attivazione, T_1). Il sistema ad oggi ha, quindi,

monitorato complessivamente 122 giorni (circa 4 mesi), ricevendo 68 segnalazioni, di cui 60 verbali, 2 fisiche e 6 sia fisiche che verbali come evidenziato dal grafico di Figura 30 e la Tabella 34. L'andamento complessivo delle segnalazioni come evidenziato nell'ultima riga della Tabella 35 di pagina 155 è di circa 1 segnalazione ogni 1,8 giorni. Non è ad oggi opportuno commentare il dato disaggregato rispetto ai centri partecipanti in quanto il monitoraggio è ancora in corso, ma soprattutto perché l'analisi comparativa finale dovrà basarsi anche sulla valutazione delle caratteristiche strutturali e organizzative, nonché del cluster degli infermieri appartenenti ad ogni singolo servizio di Pronto Soccorso, depurata dei fattori confondenti. Per questo sarà elaborato al termine dello studio un modello di regressione multipla multinomiale.

I risultati presentati, invece, in Tabella 36 inerenti alle segnalazioni sino ad oggi registrate, consentono una disamina sulla correlazione di alcuni fattori rispetto al tipo di violenza occorsa. Il primo dato fornito dal sistema di segnalazione via smartphone è la data e l'ora dell'episodio. Rispetto al giorno della settimana e l'ora di accadimento non sono al momento evidenziate differenze statisticamente significative, mentre la priorità del problema di presentazione sembra essere correlato al tipo di violenza. I codici a minore priorità sono quelli più coinvolti in episodi di violenza verbale (verde, bianco e blu), mentre sembrano direttamente correlati alla violenza fisica quelli a più elevata priorità (rosso e giallo). Questo dato è in linea con lo studio condotto dal Candidato presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (Ramacciati, et al., 2013c) ed è spiegabile anche in base alla tipologia del perpretatore che prevalentemente risulta essere nella violenza verbale un accompagnatore o visitatore, mentre in quella fisica un paziente. Anche questo risultato è in linea con i dati di letteratura già discussi nel capitolo 4 dedicato alla nostra Indagine Nazionale. Il sesso e l'età dell'aggressore o della persona violenta non sono risultati significativamente correlati al tipo di violenza. In letteratura non è stato ancora definito con chiarezza il verso di questa correlazione anche se Gillespie, Gates e Miller(2010) citando i lavori di Gerberich et al. (2004) e di James e colleghi (2006), sembrano propendere per una maggiore propensione alla violenza da parte di persone giovani e di sesso maschile, così come Kwok et al.

(2006) rispetto all'aggressività maschile, Grange & Corbett (2002) per entrambi i fattori età (giovane) e sesso (maschile) - ma nel contesto dell'emergenza extraspedaliera - o ancora molto recentemente Turk et al. (2018) sempre per gli uomini di età compresa tra i 19 e i 44 anni. Rispetto all'effetto che un atto di violenza verso i sanitari può provocare sulle altre persone che assistono all'accaduto, i partecipanti allo studio hanno indicato maggiormente il fenomeno dell'attivazione (una sorta di emulazione) quando la violenza è verbale o al contrario di disapprovazione se questa è di tipo fisico. Questa correlazione, però, non è sostenuta statisticamente da valori della p significativi. Cosa che invece è marcatamente riscontrata nell'ultima correlazione evidenziata nella Tabella 36 di pagina 156, laddove con una $p < 0,000$ l'intervento delle forze dell'ordine e in parte della vigilanza interna sembrano il fattore risolutivo più attivato in caso di aggressione fisica, mentre l'auto risoluzione da parte dell'infermiere oggetto di violenza o l'intervento di altri operatori sembra essere la modalità di "gestione" dell'evento più frequentemente associato alla violenza di tipo verbale.

Riguardo i dati inerenti al secondo invio del Questionario Breve Finale, bisogna innanzitutto evidenziare che essendo lo studio ancora in fase di svolgimento i 25 questionari ricevuti riguardano solo il 6,8% degli infermieri registrati al sistema *PSaggress*. Pertanto, l'analisi statistica dei risultati sarà condotta solo al termine dello studio. In queste pagine di discussione dei dati preliminari possiamo solo evidenziare come pur di fronte ad una rilevante (nel campione dei rispondenti) minore esposizione agli episodi di violenza nei sei mesi di studio sia per la violenza di tipo verbale (52%) che mista sia verbale che fisica (4%), con 0% di casi di violenza esclusivamente fisica, la mancata segnalazione si è ridotta sensibilmente: 0% nessuna segnalazione e riduzione di 9 punti delle segnalazioni sono informali, passate al 29%. Di converso nel "piccolo" campione dei rispondenti il 50% degli episodi di violenza sono stati tutti segnalati e il restante 21% in parte. Questo fa ben sperare che l'ipotesi di studio sia valida ossia che un sistema di segnalazione facile e rapido possa favorire l'emersione del fenomeno e ridurre l'*under reporting*. Anche alla luce del fatto che il 92% dei rispondenti dichiara di non aver seguito corsi di formazione sul tema della violenza e della comunicazione efficace nel corso della sperimentazione, circostanza che producendo di solito una maggiore consapevolezza del problema della WPV ed

una accresciuta sensibilizzazione alla segnalazione può diventare una variabile interferente nell'esperimento. Anche il ben noto effetto Hawthorne (Landsberger, 1958) descritto dai sociologi Elton Mayo e Fritz J. Roethlisberger nell'ormai lontano 1927, rientra tra i possibili bias (di osservazione). Con la domanda 8. si intende esplicitare proprio questo possibile fattore di interferenza. Per il 60% dei rispondenti al Questionario Breve Finale l'atteggiamento rispetto alla segnalazione è rimasto immutato durante lo studio, mentre per il 40% è cambiato in senso favorevole sia per la facilità del sistema (ma questa è un elemento di conferma dell'ipotesi di studio), che per la convinzione di essere ascoltati e di contribuire ad una maggiore conoscenza del fenomeno soprattutto in termini di prevenzione, tutela e protezione. Attraverso un modello di regressione multipla verranno, quindi, indagate le diverse relazioni tra le variabili eliminando i fattori estranei che possono erroneamente influenzare i risultati.

5.5 Considerazioni a margine

Lo studio "User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study" è ancora in pieno svolgimento, il progetto di ricerca predisposto nella stesura definitiva del 1 Settembre 2017 prevedeva un'articolazione in quattro fasi secondo il cronoprogramma illustrato in Figura 37.

Attività	Descrizione	Ago/set 2017	Ott 2017	Nov 2017	Dic 2017	Gen 2017	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mag 2019
FASE I	Preparazione progetto invio al CE e invio lettere ai coordinatori infermieri									
	Preparazione APP e sistema di raccolta dati									
	Raccolta adesioni									
	Identificazione infermieri referenti									
FASE II	Inizio/fine raccolta dati									
FASE III	Monitoraggio continuo avanzamento studio e inserimento dati									
FASE IV	Analisi dei dati e diffusione/pubblicazione dei risultati									

Figura 37 Diagramma di Gant del disegno di ricerca "User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study"

Purtroppo, la Fase I di arruolamento allo studio è stata notevolmente rallentata dalle procedure burocratiche legate alla concessione dell'autorizzazione dei Centri partecipanti da parte delle Amministrazioni di appartenenza. Così come lo sviluppo dell'*App* che nella versione 1.0 è stata pubblicata e resa scaricabile sia su *Apple Store* che su *PlayStore* a metà gennaio 2018. La registrazione con Apple, come previsto, è stata molto complicata dovendo superare ben 3 step di revisione e rispondere esaurientemente alle loro puntuali domande, anche tramite una call telefonica diretta con la loro sede centrale di Cupertino in California (USA). La registrazione al sistema *PSAggress* - così come è stata chiamata l'applicazione sviluppata dagli ingegneri Roberto Caldelli e Rudy Becarelli del MICC *Media Integration and Communication Center* dell'Università degli Studi di Firenze, in sostituzione dell'acronimo WPV-ER (*Workplace Violence - Early Recording/ Emergency Room*) riportato nel titolo dello studio, ma meno immediato per una platea di utilizzatori italiani - è, quindi, slittata all'inizio di Febbraio 2017 per i primi Centri (PS) autorizzati, invece che ai primi di Novembre 2017. Alcuni ritardi nelle autorizzazioni, alcune defezioni dell'ultimo momento come invece la volontà di aprire lo studio ad altri servizi di Pronto Soccorso che nel frattempo hanno chiesto di aderire al nostro studio, ha fatto sì che questo si dilatasse nei tempi di esecuzione, fatto salvo comunque che il periodo di sperimentazione dell'app è sempre di sei mesi. Anche il rapporto con i referenti locali (prevalentemente infermieri coordinatori dei Pronto Soccorso arruolati) non è stato sempre agevole, nonostante siano state appositamente adottate modalità semplici e *time-saving* per l'arruolamento degli infermieri, la compilazione della modulistica, anche tramite condivisione tramite e-mail e Whatsapp dei *link* per la registrazione on line dei moduli di consenso e la compilazione delle schede di registrazione o del Questionario Breve. Con alcuni di questi è nato un confronto molto intenso e costruttivo anche rispetto all'esperienza da loro maturata sul fenomeno oggetto di studio, mentre con altri, purtroppo, è stato difficile persino ricevere risposta alle mail inviate. Fatti salvi questi aspetti, lo studio ha accolto l'attenzione anche dei media di settore nazionali, così come era avvenuto per l'*Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso*. L'auspicio è che anche da questo studio

possano arrivare elementi utili a sviluppare strategie di contrasto al fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari, in particolare gli Infermieri di Pronto Soccorso, basate su dati reali e prove di efficacia.

6. GAVEN SCORE – GLOBAL APPROACH TO VIOLENCE TOWARDS EMERGENCY NURSE: IPOTESI DI SVILUPPO

6.1 Background

Il nucleo principale su cui si fonda il disegno di studio che ha generato i diversi filoni di ricerca seguiti nel percorso di dottorato dal Candidato e presentati nei precedenti capitoli è stato più volte richiamato nel corso della presente trattazione. Gli assunti su cui si poggia l'intero impianto teorico del GAVEN *Global Approach to Violence towards Emergency Nurses* sono ascrivibili ai concetti propri della filosofia della scienza di *determinismo* e di *riduzionismo*. Il primo confida nella spiegazione meccanicistica dei fenomeni presi in esame, riconducendo il tutto ad una catena di relazioni causa-effetto e, quindi, al *principio di causalità*. Il problema della WPV caratterizzato da molteplici fattori in gioco e da numerose relazioni tra i diversi elementi non è per chi scrive un fenomeno stocastico. L'analisi delle relazioni tra le variabili, sicuramente non semplice, è però possibile. La complessità del fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari, è difficilmente conciliabile con l'esigenza di una concettualizzazione e modellizzazione delle manifestazioni di violenza da parte di pazienti e visitatori, pur necessaria per guidare le scelte operative e indirizzare le strategie di gestione del problema. Per questo l'approccio *riduzionistico*, tipico per esempio dei modelli biomedici utilizzati largamente nelle discipline cliniche, risponde adeguatamente all'esigenza di comporre questo insieme di fattori complessi in un unico modello esplicativo. E' però presente la consapevolezza che l'elaborazione di un modello esplicativo sarà sempre una semplificazione della realtà. Il dato esperienziale restituitoci anche tramite le nostre ricerche qualitative (Ramacciati et, al. 2015a; Ramacciati, et al., 2018c) ci ha consegnato un'immagine della realtà della violenza, in cui *"il tutto è più della somma delle singole parti"*, come enunciato nella teoria della forma della *Gestaltpsychologie* (Husserl, 2005). L'obiettivo, però, di trovare soluzioni operative efficaci ci spinge a perseverare su questa linea di ricerca certi che solo un approccio Globale attento a tutte le dimensioni del problema, sarà la strada vincente per contrastare il fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari.

6.2. Il modello GAVEN

Il problema della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso è causato dall'effetto concomitante di molteplici fattori.

Questi sono suddivisibili in quattro domini:

- Interno (l'infermiere di emergenza),
- Esterno (il paziente o i suoi familiari),
- Organizzativo (Dipartimento di Emergenza / Organizzazione ospedaliera).
- Ambientale (Pronto Soccorso e contesto)

Assunti:

- la *Workplace Violence* è un fenomeno complesso:
 - multifattoriale
 - multidimensionale
- che richiede azioni di contrasto basate su interventi a 360 °.

Il termine "multi-fattoriale" evidenzia i molteplici meccanismi di "causa-effetto" alla base del problema in esame. La "multidimensionalità" sottolinea la necessità di adottare approcci globali per affrontare efficacemente il fenomeno. Il termine "globale" richiama l'idea di azioni comprensive, estese e al contempo considerate nel complesso.

In breve, la questione della violenza sul posto di lavoro, per quanto complicata possa essere, può essere suddivisa in fattori causali distinguibili, la cui intensità può essere misurata in modo da intervenire con precise azioni di contenimento.

La figura 38 ripropone graficamente il modello nei suoi 4 domini.

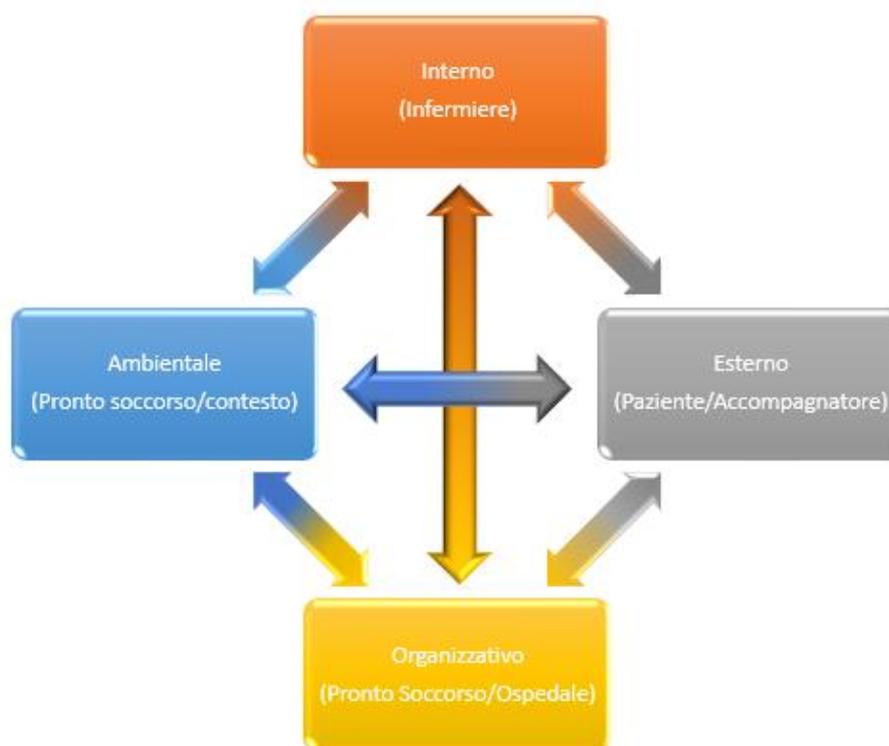


Figura 38 Il modello GAVEN - Global Approach to Violence towards Emergency Nurses

6.3 GAVENscore: ipotesi di sviluppo (esempio)

Partendo dal modello del GAVEN e dagli studi sino ad oggi condotti viene di seguito proposto a titolo puramente esemplificativo lo strumento che il Candidato intende realizzare nel prossimo futuro. L'ipotesi di una "possibile" scheda GAVENscore è proposta in Figura 39, mentre nella successiva tabella viene illustrato il razionale per ogni item ipotizzato.

Items/Subitems	Score	weighted score min-max
Dimensione: Interna (caratteristiche del personale)		? - ?
1. Genere		
<input type="checkbox"/> Uomo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Donna	Punti (?)	?-?
2. Età		
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	?-?
3. Stato civile		
<input type="checkbox"/> Celibe-Nubile	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Coniugato/a-Convivente	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Separato/a-Divorziato/a	Punti (?)	

<input type="checkbox"/> Vedovo/a	Punti (?)	?-?
4. Titolo di studio		
<input type="checkbox"/> Diploma regionale/laurea triennale	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Laurea magistrale/Dottorato di ricerca	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Master in Area Critica/Emergenza/Terapia Intensiva	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Master Coordinamento	Punti (?)	?-?
5. Anni di servizio complessivi come infermiere (anzianità lavorativa)		
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	?-?
6. Anni di servizio ha come infermiere in pronto soccorso		
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> classe	Punti (?)	?-?
7. Ruolo in Pronto Soccorso		
<input type="checkbox"/> Infermiere	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Infermiere coordinatore	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Infermiere specialista	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Infermiere dirigente (P.O.-dirigente)	Punti (?)	?-?
8. Tipologia di turno prevalente in Pronto Soccorso		
<input type="checkbox"/> Diurnista	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Turnista	Punti (?)	?-?
9. Ha una formazione specifica riguardo la gestione della violenza?		
<input type="checkbox"/> Sì, continua (ogni anno)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, periodica (ogni 2-3 anni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, sporadica (>4-5 anni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No, nessuna	Punti (?)	?-?
10. Ha una formazione specifica riguardante la comunicazione difficile?		
<input type="checkbox"/> Sì, continua (ogni anno)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, periodica (ogni 2-3 anni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, sporadica (>4-5 anni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No, nessuna	Punti (?)	?-?
11. Ha subito atti di violenza verbale?		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No, mai nell'ultimo anno	Punti (?)	?-?
12. Ha subito atti di violenza fisica?		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No, mai nell'ultimo anno	Punti (?)	?-?
13. Quanto si sente motivato a lavorare in Pronto Soccorso?		
<input type="checkbox"/> Moltissimo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Molto	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Abbastanza	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Poco	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Per niente	Punti (?)	?-?
Dimensione: Esterna (caratteristiche degli utenti/accompagnatori)		
14. Quanti sono gli accessi annui di assistiti nel suo Pronto Soccorso?		
<input type="checkbox"/> < 25.000	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 25.000-50.000	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 50.000-75.000	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 75.000-100.000	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> > 100.000	Punti (?)	?
15. Ha assistito un paziente affetto da intossicazione alcolica?		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	= corretto per valore score item15.1
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 15 giorni	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Punti (?)	
15.1 Quanto è pronto a gestire l'aggressività da intossicazione alcolica?		
<input type="checkbox"/> Moltissimo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Molto	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Abbastanza	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Poco	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Per niente	Punti (?)	
16. Ha assistito un paziente affetto da patologie psichiatriche?		

<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	= corretto per valore score item16.1
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 15 giorni	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Punti (?)	
16.1 Quanto è pronto a gestire l'aggressività da patologie psichiatriche?		
<input type="checkbox"/> Moltissimo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Molto	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Abbastanza	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Poco	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Per niente	Punti (?)	
17. Ha assistito un paziente sotto effetto di droghe?		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	= corretto per valore score item17.1
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 15 giorni	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Punti (?)	
17.1 Quanto è pronto a gestire l'aggressività da abuso di droghe?		
<input type="checkbox"/> Moltissimo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Molto	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Abbastanza	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Poco	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Per niente	Punti (?)	
18. Ha assistito un paziente affetto da M. di Alzheimer o decadimento cognitivo?		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	= corretto per valore score item18.1
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 15 giorni	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Punti (?)	
18.1 Quanto è pronto a gestire l'aggressività in pz con M. di Alzheimer o decadimento cognitivo?		
<input type="checkbox"/> Moltissimo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Molto	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Abbastanza	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Poco	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Per niente	Punti (?)	
19. Ha assistito un paziente aggredito/che riferisce percosse		
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultima settimana	Punti (?)	= corretto per valore score item 19.1
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 15 giorni	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo mese	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, negli ultimi 6 mesi	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Punti (?)	
Dimensione Ambientale (struttura del pronto soccorso e contesto ambientale)		
?-?		
20. Quali di queste misure architettoniche dispone il suo PS?		
<input type="checkbox"/> ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica)	+1	(somma dei punti per ogni misura presente) ?
<input type="checkbox"/> postazione infermieristica chiusa	+1	
<input type="checkbox"/> impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate	+1	
<input type="checkbox"/> mediche/box di trattamento chiudibili dall'interno	+1	
<input type="checkbox"/> mediche/box di trattamento con via di fuga	+1	
<input type="checkbox"/> stanza per contenzione con arredi scarni e priva di oggetti utilizzabili come armi improprie		
21. Quali di queste misure di sicurezza dispone il suo PS?		
<input type="checkbox"/> telecamere di sicurezza/videosorveglianza	+1	(somma dei punti per ogni misura presente) ?
<input type="checkbox"/> pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia)	+1	
<input type="checkbox"/> vetri antiproiettile/antifondamento	+1	
<input type="checkbox"/> pulsante panico/allarme silenzioso	+1	
<input type="checkbox"/> specchi per spazi/aree non visibili	+1	
<input type="checkbox"/> metaldetector	+1	
22. Quali di queste misure regolatorie prevede il suo PS?		
<input type="checkbox"/> cartellonistica informativa multilingue	+1	(somma dei punti per ogni misura presente) ?
<input type="checkbox"/> regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori	+1	
<input type="checkbox"/> segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero")	+1	
<input type="checkbox"/> pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori	+1	
<input type="checkbox"/> pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo	+1	

23. Quali di queste misure di comfort dispone il suo PS?		
<input type="checkbox"/> dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort	+1	(somma dei punti per ogni misura presente) ?
<input type="checkbox"/> televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi	+1	
<input type="checkbox"/> giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori	+1	
<input type="checkbox"/> impianto condizionamento dell'aria (caldo d'inverno, fresco d'estate)	+1	
<input type="checkbox"/> impianto sonoro con musica/filodiffusione	+1	
23.1. Disponibilità di posti a sedere per utenti ed accompagnatori		
<input type="checkbox"/> sempre adeguato (anche in caso di sovraffollamento)	Punti (?)	?-?
<input type="checkbox"/> adeguato (solo in condizioni di normale afflusso di utenti)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> insufficiente (anche in condizioni di normale afflusso di utenti)	Punti (?)	
23.2. Disponibilità di Barelle per gli utenti barellati		
<input type="checkbox"/> sempre adeguato (anche in caso di iper-afflusso)	Punti (?)	?-?
<input type="checkbox"/> adeguato (solo in condizioni di normale afflusso)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> insufficiente (anche in condizioni di normale afflusso)	Punti (?)	
Dimensione Organizzativa (organizzazione del Pronto Soccorso)		?-?
24. Assegnazione organizzata dei turni di servizio in triage		
<input type="checkbox"/> Sempre (per tutti i turni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Spesso (per i 2/3 dei turni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> A volte (per l' 1/3 dei turni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai (per nessun turno/ assegnazione casuale)	Punti (?)	?-?
25. Rafforzamento del turno nei momenti/giorni a maggior afflusso		
<input type="checkbox"/> Sempre (per tutti i turni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Estemporaneo (pronta disponibilità, se disponibile unità aggiuntiva)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai	Punti (?)	?-?
26. In postazione lavorativa (medicheria/box/sala) lei è prevalentemente		
<input type="checkbox"/> da solo	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> In coppia	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> in gruppo	Punti (?)	?-?
27. Presenza di politiche aziendali di "Tolleranza Zero"		
<input type="checkbox"/> Sì, applicate	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, formale	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Non previste	Punti (?)	?-?
28. Presenza di politiche aziendali sul "Benessere organizzativo"		
<input type="checkbox"/> Sì, applicate	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, formale	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Non previste	Punti (?)	?-?
29. Presenza di politiche aziendali di coinvolgimento degli "stakeholders"		
<input type="checkbox"/> Sì, aperto anche a contributi esterni all'Azienda	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, ma solo di strutture interne all'Azienda	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Non previste	Punti (?)	?-?
30. Quali di queste risorse può attivare in caso di violenza in atto?		
<input type="checkbox"/> Operatore (altro collega, infermiere coordinatore) con funzioni di mediazione	1	= moltiplicato per valore dello score degli items 29.1e 29.2
<input type="checkbox"/> Addetti alla Vigilanza Interna/guardie giurate	2	
<input type="checkbox"/> Squadra di risposta rapida per i casi di violenza verso gli operatori	3	
<input type="checkbox"/> Agenti del Posto fisso di polizia	4	
<input type="checkbox"/> Nessuna	0	
29.1. quando queste risorse sono attivabili?		
<input type="checkbox"/> sempre (h24; gg7/7)	?	
<input type="checkbox"/> solo nelle ore diurne	?	
29.2. in quanto tempo possono intervenire?		
<input type="checkbox"/> immediatamente (< 5 minuti)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> rapidamente (5-14 minuti)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> abbastanza velocemente (15-29 minuti)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> lentamente (>30 minuti)	Punti (?)	?-?
31. Presenza procedure gestione violenza		
<input type="checkbox"/> Sì, presente e sistematicamente applicata	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, presente, ma non applicata, disattesa	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No	Punti (?)	?
32. Presenza sistema di Segnalazione delle aggressioni		
<input type="checkbox"/> Sì, presente e sistematicamente applicata	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, presente, ma non applicata, disattesa	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No	Punti (?)	?
31.1 In caso di evento violento severo (aggressione fisica, grave violenza verbale) di cui è stato vittima o a conoscenza viene effettuato un audit?		
<input type="checkbox"/> Sempre	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> spesso	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> A volte	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Mai	Punti (?)	
31.2 In caso di evento violento severo (aggressione fisica, grave violenza verbale) di cui è stato vittima o a conoscenza viene effettuato un debriefing/intervento di supporto?		
	Punti (?)	

<input type="checkbox"/> Immediato (entro 1-2 giorni)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> rapido (entro 1 settimana)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> procrastinato (dopo settimane)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> mai		
33. Informazione all'utenza		
<input type="checkbox"/> Sì, attiva (personale accoglienza, stuart, volontari)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> Sì, formale (cartellonistica, tabelloni elettronici)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> No	Punti (?)	?-?
34. Rapporto infermieri uomini/donne		
<input type="checkbox"/> >90% uomini (<10% donne)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 90-76% uomini (10- 24% donne)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 75-50% (25-49% donne)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 49-25% uomini (50-74% donne)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> 24-10% uomini (75-89% donne)	Punti (?)	
<input type="checkbox"/> <10% uomini (>90% donne)	Punti (?)	?-?
Score Subtotale		?-?
Score Dimensione Interna =		se ≥ ?? GAVEN +1
Score Dimensione Esterna =		se ≥ ?? GAVEN +1
Score Dimensione Ambientale =		se ≥ ?? GAVEN +1
Score Dimensione Organizzativa =		se ≥ ?? GAVEN +1
Totale GAVENscore =		GAVEN =
Totale GAVENscore tra X_a e X_b => Alta esposizione alla violenza di tipo 2		
Totale GAVENscore tra X_c e X_d => Media Esposizione alla violenza di tipo 2		
Totale GAVENscore tra X_e e X_f => Bassa Esposizione alla violenza di tipo 2		
Se GAVEN = 4 => orientamento all'Approccio Globale alla Violenza in Pronto Soccorso		
Se GAVEN ≤ 3 => mancanza di Approccio Globale alla Violenza in Pronto Soccorso		

Figura 39 Esempio di un ipotetico GAVENscore

Items/Subitems	Razionale/Ipotesi
fattori Interni	caratteristiche del personale
1. Lei è un infermiere: <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Il genere sembra essere un fattore correlato alla violenza di Tipo 2 (donne più a rischio) anche se in letteratura non c'è concordanza sia sul verso della correlazione che sulla sua reale incidenza sul rischio.
2. Quanti anni ha? <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe	L'età è un fattore protettivo (correlazione diretta) rispetto al rischio di violenza di Tipo 2
1. Quanti anni di servizio ha come infermiere in pronto soccorso? <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe	L'esperienza specifica nell'esercizio professionale in Pronto Soccorso si associa (correlazione diretta) ad una maggiore capacità di individuare le situazioni potenzialmente rischiose per gli atti violenti e di adottare misure di de-escalation in questo specifico contesto lavorativo
2. Quanti anni di servizio ha come infermiere (anzianità lavorativa complessiva)? <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> classe	L'esperienza maturata nell'esercizio professionale si associa (correlazione diretta) ad una maggiore capacità di individuare le situazioni potenzialmente rischiose per gli atti violenti e di adottare misure di de-escalation
3. È un infermiere <input type="checkbox"/> Diurnista <input type="checkbox"/> Turnista	Gli infermieri turnisti sono maggiormente a rischio di violenza di Tipo 2 rispetto ai colleghi diurnisti.
4. Ha una formazione specifica riguardo la gestione della violenza?	Una formazione mirata alla gestione degli eventi aggressivi sembra favorire il

<input type="checkbox"/> Sì, continua (ogni anno) <input type="checkbox"/> Sì, periodica (ogni 2-3 anni) <input type="checkbox"/> Sì, sporadica (>4-5 anni) <input type="checkbox"/> No, nessuna	riconoscimento precoce di situazioni potenzialmente a rischio di violenza e aumentare l'adozione precoce di misure di de-escalation, sensibilizzare gli infermieri al pericolo di violenza
5. Ha una formazione specifica riguardante la comunicazione difficile? <input type="checkbox"/> Sì, continua (ogni anno) <input type="checkbox"/> Sì, periodica (ogni 2-3 anni) <input type="checkbox"/> Sì, sporadica (>4-5 anni) <input type="checkbox"/> No, nessuna	Una formazione mirata ad accrescere le competenze comunicative in situazioni e contesti difficili dovrebbe favorire il riconoscimento precoce di situazioni potenzialmente a rischio di violenza, aumentare l'adozione precoce di misure di de-escalation, sensibilizzare gli infermieri al pericolo di violenza
6. Con che frequenza è esposto ad atti di violenza verbale? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	La frequenza di esposizione agli atti di violenza potrebbe essere direttamente correlata al rischio di subirne di nuovi.
7. Con che frequenza è esposto ad atti di violenza fisica? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	La frequenza di esposizione agli atti di violenza potrebbe essere direttamente correlata al rischio di subirne di nuovi.
Fattori Esterni	caratteristiche degli utenti/accompagnatori
8. Quanti sono gli accessi annui di assistiti nel suo Pronto Soccorso? <input type="checkbox"/> < 25.000 <input type="checkbox"/> 25.000-50.000 <input type="checkbox"/> 50.000-75.000 <input type="checkbox"/> 75.000-100.000 <input type="checkbox"/> > 100.000	Il rischio di aggressione (in particolare fisica) è direttamente correlato al numero di accessi anno in Pronto Soccorso
9. Con che frequenza assistite persone affette da intossicazione alcolica? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni 15 giorni <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Gli assistiti affetti da intossicazione alcolica possono per tale condizione clinica attuare comportamenti aggressivi
10. Con che frequenza assistite persone affette da patologie psichiatriche? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni 15 giorni <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Gli assistiti affetti da patologie psichiatriche possono per tale condizione clinica attuare comportamenti aggressivi
11. Con che frequenza assistite persone sotto effetto di droghe? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni 15 giorni <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Gli assistiti sotto effetto di droghe possono per tale condizione clinica attuare comportamenti aggressivi
12. Con che frequenza assistite persone affette da M. di Alzheimer o decadimento cognitivo? <input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni 15 giorni <input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese <input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi <input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno <input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno	Gli assistiti affetti da M. di Alzheimer o decadimento cognitivo possono per tale condizione clinica attuare comportamenti aggressivi
Sub item 15.1; 16.1; 17.1; 18 Quanto è pronto a gestire l'aggressività in pz affetti da? <input type="checkbox"/> Moltissimo <input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Per niente	Essere preparati a gestire questa tipologia di assistiti può ridurre il rischio di violenza (prevenendolo) o la gravità (con azioni di de-escalation)
13. Con che frequenza assistite persone aggredite/che riferiscono	L'incidenza delle persone che accedono in

<p>di essere state percorse?</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno una volta alla settimana</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni 15 giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno una volta al mese</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno una volta ogni sei mesi</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno una volta all'anno</p> <p><input type="checkbox"/> Mai nell'ultimo anno</p>	<p>PS per violenza e aggressioni può essere considerata un indicatore indiretto della diffusione della violenza nella realtà territoriale del servizio di PS, o della</p>
<p>Fattori Ambientali</p>	<p>struttura del pronto soccorso e contesto ambientale</p>
<p>14. Quali di queste misure architettoniche dispone il suo PS? (possibile più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> ingresso al PS tramite apertura controllata (non apertura automatica)</p> <p><input type="checkbox"/> postazione infermieristica chiusa (locale chiuso, non open space)</p> <p><input type="checkbox"/> impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate</p> <p><input type="checkbox"/> medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno</p> <p><input type="checkbox"/> medicherie/box di trattamento con via di fuga</p>	<p>La presenza di barriere strutturali e architettoniche è un elemento protettivo rispetto al rischio di violenza.</p>
<p>15. Quali di queste misure di sicurezza dispone il suo PS? (possibile più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> telecamere di sicurezza/videosorveglianza</p> <p><input type="checkbox"/> pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia)</p> <p><input type="checkbox"/> vetri antiproiettile/antifondamento</p> <p><input type="checkbox"/> pulsante panico/allarme silenzioso</p> <p><input type="checkbox"/> specchi per spazi/aree non visibili</p> <p><input type="checkbox"/> metaldetector</p>	<p>La presenza di misure e servizi di sicurezza interna può rappresentare un fattore protettivo rispetto al rischio di violenza</p>
<p>16. Quali di queste misure regolamentatorie prevede il suo PS? (possibile più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> cartellonistica informativa multilingue</p> <p><input type="checkbox"/> regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori</p> <p><input type="checkbox"/> segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero")</p> <p><input type="checkbox"/> pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori</p> <p><input type="checkbox"/> pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo</p>	<p>La presenza di misure regolatorie può rappresentare un fattore protettivo rispetto al rischio di violenza (NB forti limitazioni di accesso dei visitatori può diventare causa di contrasto tra personale sanitario e accompagnatori)</p>
<p>17. Quali di queste misure di comfort dispone il suo PS? (possibile più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort</p> <p><input type="checkbox"/> televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi</p> <p><input type="checkbox"/> giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori</p> <p><input type="checkbox"/> impianto condizionamento dell'aria (caldo d'inverno, fresco d'estate)</p> <p><input type="checkbox"/> impianto sonoro con musica/filodiffusione</p> <p>17.1. Disponibilità di posti a sedere per utenti ed accompagnatori</p> <p><input type="checkbox"/> sempre adeguato (anche in caso di sovraffollamento)</p> <p><input type="checkbox"/> adeguato (solo in condizioni di normale afflusso di utenti)</p> <p><input type="checkbox"/> insufficiente (anche in condizioni di normale afflusso di utenti)</p> <p>17.2. Disponibilità di Barelle per gli utenti barellati</p> <p><input type="checkbox"/> sempre adeguato (anche in caso di iper-afflusso)</p> <p><input type="checkbox"/> adeguato (solo in condizioni di normale afflusso)</p> <p><input type="checkbox"/> insufficiente (anche in condizioni di normale afflusso)</p>	<p>La presenza di misure di comfort può rappresentare un fattore protettivo per il rischio di violenza</p>
<p>Fattori Organizzativi</p>	<p>organizzazione del PS</p>
<p>18. Turni di servizio in triage misti (compresenza di infermieri esperti e giovani, infermieri uomini e infermiere donne)</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre (per tutti i turni)</p> <p><input type="checkbox"/> Spesso (per 2/3 dei turni)</p> <p><input type="checkbox"/> A volte (per 1/3 dei turni)</p> <p><input type="checkbox"/> Mai (assegnazione a rotazione)</p>	<p>La possibilità di assegnare all'attività di triage infermieri mediamente esperti (Infermieri Esperti con infermieri giovani)</p> <p>La possibilità di assegnare all'attività di triage un turno misto (infermieri maschi e femmine) potrebbe ridurre il rischio di violenza</p>
<p>19. Aumento della presenza di personale in turno nei momenti/giorni a maggior afflusso</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre (per tutti i turni)</p> <p><input type="checkbox"/> Estemporaneo (pronta disponibilità, se disponibile unità aggiuntiva)</p> <p><input type="checkbox"/> Mai</p>	<p>Il sovraffollamento del Pronto Soccorso e i lunghi tempi di attesa sono fortemente correlati al rischio di violenza. La previsione di sistemi di rafforzamento del turno (aumento presenza di personale sanitario) può ridurre l'allungamento dei tempi di attesa.</p>
<p>21. Presenza di politiche aziendali di "Tolleranza Zero"</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, presente e sistematicamente applicata</p> <p><input type="checkbox"/> Sì, presente ma non applicata, disattesa</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>La presenza di una politica aziendale di gestione tolleranza Zero può rappresentare un fattore deterrente per i comportamenti aggressivi soprattutto se perseguita attivamente</p>
<p>22. Quali di queste risorse può attivare in caso di violenza in atto? (possibile più di una risposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Operatore (altro collega, infermiere coordinatore) con funzioni di mediazione</p>	<p>La presenza di personale dedicato, vigilanza interna o forze di polizia in grado di intervenire in caso di violenza in atto può risolvere o ridurre la gravità delle</p>

<input type="checkbox"/> Squadra di risposta rapida per i casi di violenza verso gli operatori <input type="checkbox"/> Addetti alla Vigilanza Interna/guardie giurate <input type="checkbox"/> Agenti del Posto fisso di polizia <input type="checkbox"/> Nessuna 22.1. quando queste risorse sono attivabili? <input type="checkbox"/> sempre (h24; gg7/7) <input type="checkbox"/> solo nelle ore diurne	<p>conseguenze di un atto violento</p>
23. Presenza procedure gestione violenza <input type="checkbox"/> Sì, presente e sistematicamente applicata <input type="checkbox"/> Sì, presente ma non applicata, disattesa <input type="checkbox"/> No	<p>La presenza di una procedura di gestione delle persone violente se utilizzata può minimizzare il rischio di violenza e/o gli effetti delle aggressioni</p>
24. Presenza sistema di Segnalazione delle aggressioni <input type="checkbox"/> Sì, in uso (presente ma correttamente seguita) <input type="checkbox"/> Sì, formale (presente ma non seguita) <input type="checkbox"/> No	<p>La presenza di un sistema di segnalazione degli eventi aggressivi indica attenzione dell'Azienda verso il rischio violenza</p>
25. Informazione all'utenza <input type="checkbox"/> Sì, attiva (personale accoglienza, stuart, volontari) <input type="checkbox"/> Sì, formale (cartellonistica, tabelloni elettronici) <input type="checkbox"/> No	<p>Modalità di presa in carico e fornire informazioni agli utenti ed accompagnatori durante l'attesa o la permanenza in PS è correlato (correlazione inversa) al rischio di violenza.</p>
26. Rapporto infermieri uomini/infermieri totali <input type="checkbox"/> >90% uomini (<10% donne) <input type="checkbox"/> 90-76% uomini (10- 24% donne) <input type="checkbox"/> 75-50% (25-49% donne) <input type="checkbox"/> 49-25% uomini (50-74% donne) <input type="checkbox"/> 24-10% uomini (75-89% donne) <input type="checkbox"/> <10% uomini (>90% donne)	<p>Il genere sembra essere un fattore correlato al rischio di aggressione anche se in letteratura non c'è concordanza sia sul verso della correlazione che sulla sua reale incidenza sul rischio.</p>

Tabella 37 Razionale GAVENscore

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, L. et al., 2018. Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emergency Medicine Australasia*, 30(3), pp. 375-381.
- AbuAlRub, R. & Al-Asmar, A., 2011. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, Volume 22, pp. 157-165.
- AL Bashtawy, M. & Ijezawi, M., 2016. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *International Emergency Nursing*, Volume 24, pp. 61-65.
- Alameddine, M. et al., 2011. Occupational Violence at Lebanese Emergency Departments: Prevalence, Characteristics and Associated Factors. *Journal of Occupational Health*, Volume 53, p. 455–464.
- ALBashtawy, M. & Aljezawi, M., 2016. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *International Emergency Nursing*, Volume 24, pp. 61-65 .
- Alligood, M. R. & Tomey Marriner, A., 2007. *La teoria del nursing. Utilizzazione e applicazione*. Milano: McGraw-Hill.
- Al-Shahi Salman, R. et al., 2014. Increasing value and reducing waste in biomedical research regulation and management. *Lancet*, Volume 383, p. 176–185.
- Al-Shahi, R., 2005. Research ethics committees in the UK--the pressure is now on research and development departments. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 98, pp. 444-447.
- Anderson, C., 2002. Workplace violence: are some nurses more vulnerable?. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), pp. 351-366.
- Anderson, C., Anderson, K. & Deuser, W., 1996. Examining an affective aggression framework; weapons and temperature effects on aggressive thoughts, affect and attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Volume 22, pp. 366-376.
- Anderson, L., FitzGerald, M. & Luck, L., 2010. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), pp. 2520-2530.

Angland, S., Dowling, M. & Casey, D., 2014. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), pp. 134-139.

AONE, ENA, 2015. AONE and ENA Develop Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), pp. 278-280.

Arnetz, J. et al., 2015. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), pp. 338-348.

Arnetz, J. et al., 2017. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Volume 59, pp. 18-27.

Ashton, R., Morris, L. & Smith, I., 2018. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 13-19.

Audiweb, 2017. *Audiweb trends*. [Online] Available at: http://www.audiweb.it/wp-content/uploads/2017/08/Audiweb_CS_InternetAudience_Giugno_2017.pdf [Consultato il giorno 15 Febbraio 2018].

Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D., 2014. 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), pp. 647-655.

Badger, F. & Mullan, B., 2004. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), pp. 526-33..

Bagaglia, C. & Polcri, C., 2017. Il problema degli accessi "impropri" in Pronto Soccorso: un'indagine antropologica. *Scenario*, 34(3), pp. 25-31.

Bambi, S. et al., 2018. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomedica*, 89(6-5), pp. 51-79.

Bambi, S. et al., 2017. Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses A narrative literature review. *Acta Biomedica*, 88(5-S), pp. 39-47.

Bambi, S. et al., 2016. Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*, 38(1), pp. 50-57.

Baron, R. & Bell, P., 1973. Sexual arousal and aggression by males: effects of types of erotic stimuli and prior provocation. *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 35, p. 79–87.

Bassetti, O., 1993. *Lo specifico infermieristico*. Firenze: Rossini Editrice.

Baydin, A. & Erenler, A., 2014. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 16(2), pp. 288-290.

Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., Morphet J., 2018. Workplace violence perpetrated by clients of healthcare: A need for safety and trauma-informed care. *Journal of Clinical Nursing*, (in press).

Beccatini, G., Bambi, S., Palazzi, F. & Lumini, E., 2007. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. Rimini, Aniarti Coop.

Behnam, M., Tillotson, R., Davis, S. & Hobbs, G., 2011. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *Journal of Emergency Medicine*, 40(5), pp. 565-579.

Berkowitz, L., 1990. On the formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist*, 45(4), pp. 494-503.

Blando, J. et al., 2013. Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, Volume 21, pp. 491-498.

Bonaldi, A., Focarile, F. & Torreggiani, A., 1994. *Curare la qualità, Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria*. Milano: Guerrini e Associati editore.

Botha, E., Gwin, T. & Purpora, C., 2015. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Volume 13, pp. 21-29.

Boyatzis, R., 1998. *Trasforming qualitative information: thematic analysis and code development..* Thousand Oaks: SAGE.

Bresler, S. & Gaskell, M., 2015. Risk assessment for patient perpetrated violence: Analysis of three assaults against healthcare workers. *Work*, 51(1), pp. 73-77.

Brunetti, L. & Bambi, S., 2013. Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. *Professioni Infermieristiche*, 66(2), pp. 1-8.

Burchill, C., 2015. Development of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses. *Work*, 51(1), pp. 61-66.

Burchill, C. & Bena, J. P. R., 2018. Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 15(2), pp. 97-103.

Calamandrei, C. & Orlandi, C., 2008. *La dirigenza Infermieristica*. III a cura di Milano: McGraw-Hill.

Calow, N., Lewis, A., Showen, S. & Hall, N., 2016. Literature Synthesis: Patient Aggression Risk Assessment Tools in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), p. 19–24.

Camerino, D. et al., 2008. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 45, pp. 35-50.

Canbaz, S. et al., 2008. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi*, 14(3), pp. 239-244.

Casalino, E. et al., 2015. La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 5(4), pp. 226-237.

Casey, D., 2017. When Visitors Become Violent: What Is the Ethical Response?. *Medsurg Nursing*, Volume 26, pp. 148-145.

Catlette, M., 2005. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in Level-1 trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 31, pp. 519-525.

CDC Centers for Disease Control and Prevention, 2015. *The social ecological model: A framework for prevention.* [Online] Available at: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/overview/social-ecologicalmodel.html>

[Consultato il giorno 17 Settembre 2018].

Cerri, R., Caserta, M. & Grosso, M., 2010. Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 29(1), pp. 5-10.

Cezar, E. & Marziale, M., 2006. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil [Portuguese]. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), pp. 217-221.

Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S., 2009. Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing*, 18(8), p. 476–483..

Chappell, D. & Di Martino, V., 1998. *Violence at work*. Geneva: International labour office.

Chappell, S., 2015. The American Organization of Nurse Executives and Emergency Nurses Association Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *Journal of Nursing Administration*, 45(7), pp. 358-360.

Chen, X. et al., 2018. Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, p. in press.

Child, R. & Mentis, J., 2010. Violence Against Women: The Phenomena of Workplace Violence Against Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, Volume 31, pp. 89-95.

Choi, S. & Lee, H., 2017. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 25(7), pp. 508-518.

Chou, K., Lu, R., Mao & W, 2002. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(4), pp. 187-195.

Christie, W., 2014. *The lived experience: how emergency department nurses resolve emotional pain after patient perpetrated workplace violence (Doctoral dissertation)*. Little Rock: University of Arkansas for Medical Sciences.

Çıkrıklar, H. et al., 2016. Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence. *Hong Kong Medical Journal*, 22(5), pp. 464-471.

Clarke, R., 1980. Situational crime prevention: Theory and Practice. *British Journal of Criminology*, Volume 20, p. 136–147..

Cohen, L. & Felson, M., 1979. Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, Volume 44, p. 588–608.

Copeland, D. & Henry, M., 2017. Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of trauma nursing*, Volume 24, p. 65–77.

Copeland, D. & Henry, M., 2018 . The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 26-32 .

Coviello, D., Musolesi, S., Bartolomei, M. & Monesi, A., 2012. Exploratory survey on the perception of violence in the Emergency Departments. *Scenario*, 29(2Supplement), p. 27.

Crilly, J., C. W. & Creedy, D., 2004. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), pp. 67-73.

Cross, K. P., 1881. *Adults as learners*. Woshington, DC: Jossy-Bass a subsidiary of John Wiley & Sons.

D'Amone, L. & Ramacciati, N., 2013. La motivazione applicata alle risorse umane. *Professione Infermiere Umbria*, 13(4), pp. 21-24.

Darawad, M. et al., 2015. Violence against nurses in emergency departments in Jordan: nurses' perspective. *Workplace Health & Safety*, 63(1), pp. 9-17.

d'Aubarede, C. et al., 2016. Impacts of users' antisocial behaviors in an ophthalmologic emergency department - a qualitative study.. *J Occup Health*, Volume 58, pp. 96-106.

Davison, R., Putman, K. & Larson, C., 2000. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation - possible prelude to violence. *Science*, Volume 289, pp. 591-594.

Dawson, N. L. et al., 2018. Violent behavior by emergency department patients with an involuntary hold status. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(3), pp. 392-395.

De Angelis, A. et al., 2015. Nurses' reporting of suspect adverse drug reactions: a mixed-methods study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, Volume 51, pp. 277-283.

Dement, J., Lipscomb, H., Schoenfisch, A. & Pompeii, L., 2014. Impact of hospital type II violent events: use of psychotropic drugs and mental health services. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(6), pp. 627-639.

Desimone, L., 2011. La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso. *L'Infermiere*, 48(4), pp. 33-36.

D'Ettorre, G., Pellicani, V., Mazzotta, M. & Vullo, A., 2018. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomedica*, p. in press.

Devebakan, N., 2018. Workplace violence in health care organizations and evaluation of "code white" application in Doukuz Eylul University application and research hospital. [Turkish]. *The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 23(2), pp. 383-399.

Doby, V., 2015. Leadership's role in eliminating workplace violence and changing perceptions in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 41, p. 7.

Dodge, K. & Coie, J., 1987. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's play groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 53, pp. 1146-1158.

Dollard, J. et al., 1939. *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.

Doricchi, G. & Ramacciati, N., 2000. S.E.T.I. – 118 - elisoccorso?. *Scenario*, 17(4 suppl.), pp. 11-13.

Dubb, S., 2015. It doesn't "come with the job": violence against doctors at work must stop. *British Medical Journal*, Volume 350, p. :h2780.

Duxbury, J., 1999. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(2), pp. 107-114.

Early, M. & Hubbert, A., 2006. Violence in the emergency department: a culture care perspective. *Theoria Journal of Nursing Theory*, 15(3), pp. 3-10.

EDNursing, 2007. Tension in the waiting room - 86% of ED nurses report recent violence. *ED Nursing*, 10(5), p. 1.

Edward, K.-I. et al., 2018. Brief interventions to de-escalate disturbances in emergency departments. *British Journal of Nursing*, 27(6), pp. 322-327.

Edward, K., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, Volume 23, p. 653–659.

Egerton-Warburton, D. et al., 2016. Perceptions of Australasian emergency department staff of the impact of alcohol-related presentations. *Medical Journal of Australia*, 204(4), p. 155.

Elster, J., 1970. *Rational Choice*. Oxford: Blackwell.

ENA, 2011a. *Position Statement: Violence in the emergency care setting*. Des Plains, IL: ENA.

ENA, 2011b. *Emergency Department Violence Surveillance Study November 2011*. Des Plains, IL: ENA.

ENA, s.d. *Workplace Violence Management Toolkit..* [Online] Available at: <http://www.ena.org/IENR/Pages/WorkplaceViolence.aspx> [Consultato il giorno 11 settembre 2015].

Erikson, L. & Williams-Evans, S., 2000. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 26, pp. 210-215.

Eslamian, J., Akbarpoor, A. & Hoseini, S., 2015. Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), pp. 56-62.

Esmailpour, M., Salsali, M. & Ahmadi, F., 2011. Workplace Violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 130-137.

Eysenck, H. & Gudjonsson, G., 1989. *The Causes and Cures of Criminality*. New York: Plenum Press.

Eysenck, M., 2002. *Simply Psychology*. Il a cura di Abingdon: Psychology Press Taylor and Francis Group.

Fabbri, P., Gattafoni, L. & Morigi, M., 2012. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. *L'Infermiere*, 49(2), pp. 12-14.

Fain, J., 2004. *La ricerca infermieristica. Leggerla, capirla e applicarla*. Il a cura di Milano: McGraw-Hill.

Fernandes, C. et al., 1999. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161(10), p. 1245–1248..

Fernández Gallego, V. et al., 2009. Management of the agitated patient in the emergency department. *Emergencias*, Volume 21, pp. 121-132.

Ferns, T., 2007. Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accident and Emergency Nursing*, 15(4), pp. 193-200.

Ferns, T., 2012. Recording violent incidents in the emergency department. *Nursing standard*, 26(28), pp. 40-48.

Ferns, T., Cork, A. & Rew, M., 2005. Personal safety in the accident and emergency department. *British Journal of Nursing*, 14(13), pp. 725-730.

Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C. & Di Lorenzo, R., 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 9, pp. 263-275.

Freud, S., 1955. Beyond the pleasure principle. In: J. Strachy, a cura di *The Standard Edition of the Complete Work of Sigmund Freud, vol.18*. . New York: Boni and Liveright.

Fute, M., Mengesha, Z., Wakgari, N. & Tessema, G., 2015. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nursing*, Volume 14, p. 9.

Gacki-Smith, J. et al., 2009. Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. *Journal Of Nursing Administration*, 39(7/8), pp. 340-349.

Gacki-Smith, J. et al., 2010. Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of healthcare protection management*, 26(1), pp. 81-89.

Gariazzo, U. & Ramacciati, N., 1996. Paziente agitato: cosa fare. *N&A Mensile italiano del soccorso*, 5(19), pp. 1-13.

Gascon, S. et al., 2009. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Volume 15, p. 29–35.

Gates, D. et al., 2011. Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 37(1), p. 32–39.

Gates, D., Ross, C. & McQueen, L., 2006. Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31(3), pp. 331-337.

Gelman, A., 2004. *Bayesian Data Analysis*. II a cura di London: Chapman & Hall.

Gerberich, S. et al., 2004. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6), pp. 495-503.

Gerdtz, M. et al., 2013. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), p. 1434–1445.

Gillespie, G., Farra, S. & Gates, D., 2014a. A workplace violence educational program: a repeated measures study. *Nurse Education in Practice*, 14(5), p. 468–472.

Gillespie, G., Gates, D. & Berry, P., 2013. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1), p. 2.

Gillespie, G., Gates, D. & Fisher, B., 2015. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*, Volume 51, p. 67–71.

Gillespie, G. et al., 2014b. Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(6), p. 586–591..

Gillespie, G. et al., 2013. Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), p. 376–383.

Gillespie, G., Gates, D. & Miller, M., 2010. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), pp. 177-184.

Gillespie, G., Gates, D., Miller, M. & Howard, P., 2012. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work*, 42(1), p. 21–27.

Gillespie, G., Pekar, B., Byczkowski, T. & Fisher, B., 2016. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Archives of Environmental & Occupational Health*, pp. 1-8.

Glass, D., 1997. *Behavioural Patterns, Stress, and Coronary Disease*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Gramling, J. J. et al., 2018. Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), pp. 249-257.

Gramling, J. et al., 2018. Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), pp. 249-257.

Grange, J. & Corbett, S., 2002. Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6(2), pp. 186-190.

Greene, W., 2012. *Econometric Analysis*. VII a cura di Upper Saddle River: Prentice Hall.

Haddon, W., 1980. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Reports*, 95(5), pp. 411-421.

Hamdan, M. & Abu Hamra, A., 2015. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, Volume 13, p. 28.

Han, C. et al., 2017. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. *Nursing Outlook*, Volume 13, pp. pii:S0029-6554(16)30400-6.

Harrower, J., 1998. *Applying Psychology to Crime*. London: Oxon Hodder and Stoughton.

Harulow, S., 2000. Ending the silence on violence. *Australian nursing journal*, Volume 7, pp. 26-29.

Hassankhani, H. et al., 2018. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 20-25.

Hassankhani, H. & Soheili, A., 2017. Zero-Tolerance Policy: The Last Way to Curb Workplace Violence against Nurses in Iranian Healthcare System. *Journal of Caring Sciences*, Volume 6, pp. 1-3.

Henderson, L. et al., 2018. Henderson, L; Kamp, B; Niedbalski, K; Abraham, SP; Gillum, DR Nurses' Perspectives on Patient and Visitor Violence: A Qualitative Study. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(2), pp. 117-126.

Henderson, V., 1966. *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications, Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan Company.

Henson, B., 2010. Preventing interpersonal violence in emergency departments: Practical applications of criminology theory. *Violence and Victims*, 25(4), pp. 553-565.

Hesketh, K. et al., 2003. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63(3), pp. 311-321..

Hodge, A. & Marshall, A., 2007. Violence and aggression in the emergency department: A critical care perspective. *Australian Critical Care*, Volume 20, pp. 61-67.

Hogarth, K., Beattie, J. & Morphet, J., 2016. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing*, 19(2), pp. 75-81.

Holmes, D. & Will, M., 1985. Expression of interpersonal aggression by angered and non-angered persons with the Type A and Type B behaviour patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 48, pp. 723-727.

Honneth, A., 1996. *The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts*. I a cura di Mass;: MIT Press ed.Cambridge.

Husserl, E., 2005. Vorlesung Über den Begriff der Zahl (WS 1889/90). In: B. Hopkins & S. Crowell, a cura di *The New Yearbook for Phenomenology and Phenomenological Philosophy*. Oxford: Routledge, pp. 296-298.

ICN, International Council of Nurses, 2010. Position Statement: Abuse and Violence against Nursing Personnel. 2006 citato in Taylor JL, Rew L. A systematic

review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 20, p. 1072–1085.

ILO/ICN/WHO/PSI, 2002. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. [Online]

Available at:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_guidelinesEN.pdf

[Consultato il giorno 11 settembre 2018].

IPASVI, FNC, 2011. *Infermieri aggrediti al Pronto soccorso: allarmanti anche i dati Usa*. Roma: FNC IPASVI.

IPASVI, 2016. *Scheda 2 Tutti i numeri degli infermieri. Chi sono, dove lavorano, privati, dipendenti e disoccupati: una professione allo specchio*. [Online]

Available at:

http://www.ipasvi.it/archivio_news/attualita/2093/Scheda%20n%20%20L-analisi%20dei%20dati%20Istat.pdf

[Consultato il giorno 7 Ottobre 2018].

Istat - Istituto Nazionale di Statistica., 2017a. *Annuario Statistico Italiano 2017*. Roma: ISTAT.

Istat - Istituto Nazionale di Statistica, 2017b. *Delitti, imputati e vittime dei reati. Una lettura integrata delle fonti su criminalità e giustizia*. Roma: ISTAT.

Jackson, D., Wilkes, L. & Luck, L., 2014. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study. *Collegian*, 21(1), pp. 65-70.

James, A., Madeley, R. & Dove, A., 2006. Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medical Journal*, Volume 23, pp. 431-434.

Jenkins, M., Rocke, L., McNicholl, B. & Hughes, D., 1998. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, Volume 15, pp. 262-265.

- Jeong, I. & Kim, J., 2018. The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), pp. 1692-1701.
- Jones, J. & Lyneham, J., 2000. Violence: part of the job for Australian nurses'. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), pp. 27-32.
- Kaeser, D. et al., 2018. Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. in press.
- Kahveci, R. et al., 2017. Comparison of Quality and Content of Violence Guidelines For The Health Care Sector. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, Volume 9, pp. 51-57.
- Kansagra, S. et al., 2008. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), pp. 1268-1274.
- Keely, B., 2002. Recognition and prevention of hospital violence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(6), pp. 236-241.
- Kelley, E., 2014. Reducing violence in the emergency department: a rapid response team approach. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), p. 60-64.
- Kennedy, M., 2005. Violence in emergency department: under reported, unconstrained and unconscionable. *Medical Journal of Australia*, 183(7), pp. 362-365.
- Kirkegaard, M., Kines, P., Nielsen, H. & Garde, A., 2018. Occupational safety across jobs and shifts in emergency departments in Denmark. *Safety science*, Volume 103, pp. 70-75.
- Kleebauer, A., 2014. 'It is a shame more hasn't been done to protect front line staff'. *Nursing Standard*, Volume 29, pp. 14-15.
- Kling, R. et al., 2011. Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), pp. 534-539.

Knowles, E., Mason, S. & Moriarty, F., 2013. 'I'm going to learn how to run quick': exploring violence directed towards staff in the Emergency Department. *Emergency Medicine Journal*, Volume 30, pp. 926-931.

Kotora, J. et al., 2014. Active shooter in the emergency department: a scenario-based training approach for healthcare workers. *American Journal of Disaster Medicine*, 9(1), pp. 39-51.

Kowalenko, T. et al., 2012. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *Journal of Emergency Medicine*, 43(3), p. 523–531.

Kowalenko, T., Hauff, S., Morder, P. & Smith, B., 2012. Development of Data Collection Instrument for Violent Patient Encounters against Healthcare Workers. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(5), pp. 429-433.

Krug, E., 2002. Violenza e salute nel mondo. *Quaderni di sanità pubblica*, pp. 1-356.

Krull W, G. T., DNP, G. D. & Schnepfer, L., 2018. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, p. in press.

Krull, W., Gusenius, T., Germain, D. & Schnepfer, L., 2018. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, p. in press.

Kull, W., Gusenius, T., Germain, D. & Schnepfer, L., 2018. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 5, p. 44.

Kvas, A. & Seljak, J., 2011. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, Volume 61, pp. 344-351.

Kwok, R. et al., 2006. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), pp. 6-9.

La Greca, G., 1993. *Lo Specifico Infermieristico. Lineamenti di filosofia del Nursing*. Torino: CRESPI.

Landau, S. & Bendalak, Y., 2008. Personnel Exposure to Violence in Hospital Emergency Wards: A Routine Activity Approach. *Aggressive Behavior*, Volume 34, p. 88–103.

Landsberger, H., 1958. *Hawthorne Revisited*. New York: Ithaca.

Lane, V. & McLoughlin, N., 2004. Analysis of medical journalism in Australian newspapers: a (perpetually) distorted image of nursing. *Nurs Aust*, Volume 5, pp. 15-17.

Lau, J., Magarey, J. & McCutcheon, H., 2004. Violence in the emergency department: a literature review. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 7(2), pp. 27-37.

Lau, J., Magarey, J. & Wiechula, R., 2012a. Violence in the emergency department: An ethnographic study (part I). *International Emergency Nursing*, 20(2), pp. 69-75.

Lau, J., Magarey, J. & Wiechula, R., 2012b. Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), pp. 126-132.

Lee, F., 2001. Violence in A&E: the role of training and self-efficacy. *Nursing Standard*, 15(46), pp. 33-38.

Lee, S., Bae, G., Rim H, L. S. C. S. K. B. & Won, S., 2018. Mediating Effect of Resilience on the Association between Violence Experience and Violence Response among Nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*, 30(1), pp. 41-48.

Leininger, M., 2002. Cultures and tribes of nursing, hospitals, and the medical culture. In: M. Leininger & M. McFarland, a cura di *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. III a cura di New York:: McGraw-Hill, pp. 181-204.

Lenaghan, P. A., Cirrincione, N. M. & Henrich, S., 2018. Preventing Emergency Department Violence through Design. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), pp. 7-12.

Levin, P., Hewitt, J. & Misner, S., 1998. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Journal of nursing scholarship*, 30(3), pp. 249-254.

Levin, P., Hewitt, J., Misner, S. & Reynolds, S., 2003. Assault of long-term care personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(3), pp. 28-35.

Lidz, C., Mulvey, E. & Gardner, W., 1993. The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Medical Association*, 269(8), pp. 1007-1011.

Lim, M., Weiland, T., Gerdtz, M. & Dent, A., 2011. Expectations of Care, Perceived Safety, and Anxiety following Acute Behavioural Disturbance in the Emergency Department. *Emergency Medicine International*, Volume 2011, p. 165738.

Lion, J., Bach-y-Rita, G. & Ervin, F., 1969. Violent patients in the emergency room. *American Journal of Psychiatry*, 125(12), pp. 1706-1711.

Liu, W. et al., 2018. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*, Volume 8, p. e019525.

Li, Y.-F., Chao, M. & Shih, C.-T., 2018. Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: A moderated mediation model. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 55-61.

Lorenz, K., 1966. *On Aggression*.. London: Methuen.

Lown, B. & Setnik, G., 2018. Utilizing compassion and collaboration to reduce violence in healthcare settings. *Israel Journal of Health Policy Research*, p. in press.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2007. STAMP: components of observable behavior that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp. 11-19.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2008. Innocent or culpable: meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 17, pp. 1071-1078.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2009. Conveying caring: Nurse attributes to avert violence in the ED. *International Journal of Nursing Practice*, Volume 15, pp. 205-212.

Lyneham, J., 2000. Violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Volume 18, pp. 8-17.

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 Services Research*, Volume 12, p. 108.

Maguire, B. et al., 2018. Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury*, 49(7), pp. 1258-1265.

Mair, J. & Mair, M., 2003. Violence prevention and control through environmental modifications. *Annual Review of Public Health*, Volume 24, p. 209–225.

Martinez, A., 2016. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review.. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), pp. 31-36.

McColl, E. et al., 2001. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment*, 5(31), pp. 1-256.

McPhaul, KM & Lipscomb, J., 2004. Workplace violence in healthcare: recognized but not regulated 10913734. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), p. 1.

Ministero della Salute, 2006. *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*. [Online]

Available at:
http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/protocollo_eventi_sentinella.pdf.

[Consultato il giorno 5 settembre 2018].

Ministero della Salute, 2007. *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007)*. [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf

[Consultato il giorno 11 Settembre 2018].

Ministero della Salute, 2007. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.* [Online]

Available at: http://www.salute.govit/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

[Consultato il giorno 5 settembre 2018].

Ministero della Salute, 2009. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 2° Rapporto (Settembre 2005-Agosto 2009).* [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129_allegato.pdf

[Consultato il giorno 11 Settembre 2018].

Ministero della Salute, 2011. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 3° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2010).* [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1642_allegato.pdf

[Consultato il giorno 2011 Settembre 2018].

Ministero della Salute, 2013. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011).* [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf

[Consultato il giorno 11 Settembre 2018].

Ministero della Salute, 2015. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012).* [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf

[Consultato il giorno 11 Settembre 2018].

Ministero della Salute, 2018. *Insediato Osservatorio contro violenza a operatori sanitari.* [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=

[notizie&p=dalministero&id=3309](#)

[Consultato il giorno 20 Settembre 2018].

Ministero della Sanità, 2016a. *Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera*. [Online]

Available at:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=17

[Consultato il giorno 11 Marzo 2016].

Ministero della Sanità, 2016b. *Data set Rete dell'emergenza ospedaliera*. [Online]

Available at:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bancheDati_17_allegati_itemAllegati_2_fileAllegati_itemFile_0_file.pdf

[Consultato il giorno 11 MARzo 2016].

Mitchell, E. et al., 2018. Measuring Stigmatizing Behaviors in Health Care Facilities and other Institutions. In: E. Mitchell & S. van de Berg, a cura di *TB stigma measurement guidance*. s.l.:Challenge TB, pp. 80-105.

Mitra, B. et al., 2018. Security interventions for workplace violence in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, p. in press.

Mohamed, A., 2002 . Work-related assaults on nursing staff in riyadh, saudi arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, Volume 9, pp. 51-56.

Morken, T., Alsaker, K. & Johansen, I., 2016;. Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 17(1), p. 54.

Morken, T. et al., 2018. The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R) - adjustment and validation for emergency primary health care. *BMC Health Services Research*, p. in press.

Morken, T. & Johansen, I., 2013. Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres—a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, Volume 13, p. 384.

Morken, T., Johansen, I. & Alsaker, K., 2015. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice*, Volume 16, p. 51.

Morphet, J., Griffiths, D. & Innes, K., 2018. The trouble with reporting and utilisation of workplace violence data in healthcare. *Journal of Nursing Management*, p. in press.

Morphet, J. et al., 2014. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, Volume 38, pp. 194-201.

Moyer, K., 1981. Biological substrates of aggression: implications for control. In: T. Mason & M. Chandley, a cura di *Managing Violence and Aggression A manual for Nurses and Health Care Workers*. Edinburg: Churchill Livingstone.

Myers, F., 2007. "Neuropsychiatry Review" Neuropsychiatric Trends and News for Psychiatrists, vol 2.. *Considering theories of aggression in an emergency department context*, Volume 15, p. 193–200.

Najafi, F. et al., 2017. Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1-17.

Nau, J., Halfens, R., Needham, I. & Dassen, T., 2010. Student nurses' de-escalation of patient aggression: a pretest–posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 47, pp. 699-708.

Nikathil, S. et al., 2017. Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emergency Medicine Australasia*, Volume 29, pp. 265-275.

Nikathil, S. et al., 2018. Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 30(2), pp. 181-186.

NIOSH, National Institute for Occupational Safety, 2002. *Violence: occupational hazards in hospitals*. [Online]

Available at: <http://www.cdc.gov/niosh>

[Consultato il giorno 5 settembre 2018].

- Noorana Zahra, A. & Feng, J., 2018. Workplace violence against nurses in Indonesian emergency departments. *Enfermería Clínica*, p. in press.
- O'Brien-Pallas, L., Hayes, L., Wang, S. & Laporte, D., 2014. Creating work environments that are violence free. *World Hospitals and Health Services*, Volume 45, pp. 12-18.
- Partridge, B. & Affleck, J., 2017. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, Volume 20, pp. 139-145.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B., 2011. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19(1), pp. 5-11.
- Phillips, J., 2016. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, Volume 374, pp. 1661-1669.
- Pich, J., Kable, A. & Hazelton, M., 2017. Antecedents and precipitating factors of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, Volume 20, pp. 107-113.
- Pich, J., K. A. & Hazelton, M., 2017. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, Volume 20, p. 107–113.
- Pinar, R. & Ucmak, F., 2011. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), pp. 510-517.
- Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., 2001. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing and Health Sciences*, Volume 12, pp. 268-274.

Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., 2011. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, Volume 19, pp. 12-19.

Pompeii, L. et al., 2013. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*, Volume 44, pp. 57-64.

Poyner, B. & Wame, C., 1986. *Violence to Staff A Basis for Assessment and Intervention*. London: Health and Safety Executive (HMSO).

Pucciarelli, G., Simeone, S., Madonna, G. & Virgolesi, M., 2017. L'uso degli smartphone nel personale infermieristico: una revisione narrativa della letteratura. *Professioni Infermieristiche*, Volume 70, pp. 102-114.

Rafeea, F. et al., 2017. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. *Open Access Emergency Medicine*, Volume 9, pp. 113-121.

Ramacciati, N., 1995a. Quale approccio al paziente psichiatrico in Pronto Soccorso?. *Pronto Soccorso Nuovo*, 12(3/4), pp. 30-31.

Ramacciati, N., 1995b. Il paziente psichiatrico. *N&A Mensile italiano del soccorso*, 4(8), pp. 1-7.

Ramacciati, N., 1998. Il nuovo sistema di emergenza in Umbria. *Professione Infermiere Umbria*, 1(2), pp. 15-16.

Ramacciati, N., 2003. *Infermieri nello Spedale Grande di Perugia*. Perugia: Morlacchi Editore.

Ramacciati, N., 2004. Strategie di gestione dell'operatività infermieristica. *Nursing Up Magazine*, 1(1), pp. 10-12.

Ramacciati, N., 2008. Il neonato chirurgico, complessità assistenziale e approccio bifocale. *Professione Infermiere Umbria*, 9(2), pp. 28-31.

Ramacciati, N., 2009. Empowerment in Pronto Soccorso. *Emergency Oggi*, 10(4), pp. 18-22.

Ramacciati, N., 2013. *Il “Modello Bifocale della Pratica Clinica” di Carpenito-Moyet quale presupposto paradigmatico del See & Treat.* [Online] Available at: <http://www.congresso.triagegft.it/atti-congresso/sessione-poster/item/72-il-%E2%80%99>

[Consultato il giorno 10 settembre 2018].

Ramacciati, N., 2014. Il Coordinamento in Pronto Soccorso: tra problematiche organizzative, stress e aggressioni al personale. *Scenario*, 31(3suppl.), p. 12.

Ramacciati, N. & Addey, B., 2011. Neonatal surgical intensive care unit: a “Bifocal Clinical Nursing Model” approach. *Connect*, 8(3), pp. 91-94.

Ramacciati, N. et al., 2016d. Questionario per l’Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione. *Scenario*, 33(3), pp. 22-26.

Ramacciati, N., Bambi, S. & Rasero, L., 2018a. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 26(3), pp. 332-333.

Ramacciati, N. & Ceccagnoli, A., 2011. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura. *L’Infermiere*, 45(5), pp. e43-e50.

Ramacciati, N. & Ceccagnoli, A., 2012a. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. *Scenario*, 29(2), pp. 32-38.

Ramacciati, N. & Ceccagnoli, A., 2012b. The “costs” of violence and abuse suffered by ER operators.. *Scenario*, 2(2Supplement), p. S27.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2013a. *Violenza e aggressioni verso gli operatori di triage: dati preliminari di uno studio qualitativo.* [Online] Available at: <http://www.congresso.triagegft.it/images/edocs/abstract/4sess/NRamacciati+Violenza+e+aggressioni+verso+gli+operatori+di+trriage+dati+preliminari+di+uno+studio+qualitativo.pdf&chrome=true>

[Consultato il giorno 5 settembre 2018].

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2013b. Wellbeing at work: going towards a global approach to violence in the ER. *Scenario*, 30(2Supplement), pp. S51-52.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2013c. Violence toward nurses in the triage area. *Scenario*, 30(4), pp. 4-10.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2014. Workplace violence in pronto soccorso: dagli strumenti di ricerca alle strategia d'intervento. *Scenario*, 31(3suppl.), pp. 51-52.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2015a. Violence against nurses in the Triage Area: an Italian qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(4), pp. 274-280.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2015b. *Atti di violenza verso gli infermieri di triage. Risultati di 5 anni di monitoraggio. Esperienza del Pronto Soccorso di Perugia*. Riva del Garda (Tn), Aniarti Coop.

Ramacciati, N. et al., 2013c. Wellbeing in the Workplace and critical relational factors in the triage department: results of a 16-month monitoring period. *Scenario*, 30(2), p. S53.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Giusti, G., 2014. Comment on: "Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study". *Int. Emerg. Nurs.* (2013), by Angland, S., et al. *International Emergency Nursing*, Volume 22, p. 232–233.

Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Giusti, G., 2016b. Commentary on Tan MF et al. Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 18(2), pp. 270-271.

Ramacciati, N. et al., 2016a. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emergency Medicine*, Volume 8, pp. 17-27.

Ramacciati, N. et al., 2018b. Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 2-12.

- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Rasero, L., 2017b. Magnitude of workplace violence in emergency department: another brick in the wall. *Emergency Medicine Australasia*, 29(5), pp. 599-600.
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Rasero, L., 2018c. Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 81, pp. 21-29.
- Ramacciati, N. & De Angelis, A., 2012. Laboratorio didattico sul modello bifocale della pratica clinica e "pensiero critico". *Professione Infermiere Umbria*, 12(1), pp. 23-26.
- Ramacciati, N. & Doricchi, G., 2002. L'impatto relazionale nel primo soccorso: il contenimento del caos emozionale nel soccorso extraospedaliero. *Scenario*, 19(2), p. 31.34.
- Ramacciati, N. et al., 2017a. *Gli Infermieri di Pronto Soccorso in Italia: analisi descrittiva*. Riva del Garda (Tn), ANIARTI.
- Ramacciati, N. et al., 2016c. *User-friendly system for reporting violent incidents in the Emergency Department: an Italian experience*. Dwingeloo, KAVANAH.
- Ramacciati, N. et al., 2016e. *Segnalazione degli eventi aggressivi via App: sperimentazione in Pronto Soccorso*. Rimini, Aniarti.
- Ramacciati, N. & Rasero, L., 2018. Violenza verso gli infermieri di area critica, un problema (non) recente: il contributo di Aniarti. *Scenario*, 35(3), pp. 41-43.
- Rasero, L. & Ramacciati, N., 2018. Coping methods used by emergency department nurses after a workplace violence experience could influence their intention to leave the hospital. *Evidence Based Nursing*, 21(4), p. 118.
- Rasmussen, C., Hogh, A. & Andersen, L., 2013. Threats and physical violence in the workplace: a comparative study of four areas of human service work. *Journal of Interpersonal Violence*, Volume 28, pp. 2749-2769.
- Ray, M., 2007. The dark side of the job: violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), pp. 257-261.

- Renker, P., Scribner, S. & Huff, P., 2015. Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work*, 51(1), pp. 5-18.
- Rezaei-Adaryani, M., Salsali, M. & Mohammadi, E., 2012. Nursing image: An evolutionary concept analysis. *Contemporary Nurse*, Volume 43, pp. 81-89.
- Rintoul, Y., Wynaden, D. & McGowan, S., 2009. Managing aggression in the emergency department: Promoting an interdisciplinary approach. *International Emergency Nursing*, Volume 17, pp. 122-127.
- Rodgers, B. & Knafl, K., 1993. *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications*. Philadelphia: Saunder.
- Rodríguez, V. & Paravic, T., 2013. A model to investigate workplace violence in the health sector. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), pp. 196-200.
- Rubin, D., 1987. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. New York: Wiley.
- Ryan, D. & Maguire, J., 2006. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of Nursing Management*, Volume 14, pp. 106-115.
- Saines, J., 1999. Violence and aggression in A and E. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), pp. 8-12.
- Saines, J., 1999. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, Volume 7, pp. 8-12.
- Sanchez, L., Young, V. & Baker, M., 2018. Active Shooter Training in the Emergency Department: A Safety Initiative. *Journal of Emergency Nursing*, p. in press.
- Sasso, L., Bagnasco, A. & Ghirotto, L., 2015. *La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*. Milano: Edra.
- Sato, K. et al., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patient' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), pp. 1368-1376.

- Sharma, M., Harsh, R. & Sharma, S., 2018. Violence Against Doctors: A Review. *Annals of International Medical Dental Research*, 4(5), pp. 11-14.
- Shaw, J., 2015. Staff perceptions of workplace violence in a pediatric emergency department. *Work*, 51(1), pp. 39-49.
- Shea, T. et al., 2017. Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 49, pp. 236-243.
- Snyder, M., 1974. The self-monitoring of expressive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 30, pp. 526-537.
- Spector, P., Zhou, Z. & Che, X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 51, pp. 72-84.
- Spelten, E., Thomas, B., O'meara, P. M. B. F. D. & Begg, S., 2017. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed toward healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Volume 5, p. CD012662.
- Stagg, E. & Stagg, R., 1998. Incivility, aggression and violence directed toward nurses outside the hospital emergency department. *Tar Heel Nurse*, Volume 60, pp. 24-25.
- Stene, J., Larson, E., Levy, M. & Dohlman, M., 2015. Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. *Permanente Journal*, 19(2), pp. e113-117.
- Suslo, R., Trnka, J., Siewiera, J. & Drobnik, J., 2015. Hypoxia-related brain dysfunction in forensic medicine. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, Volume 837, pp. 49-56.
- Talas, M., Kocaöz, S. & Akgüç, S., 2011. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*, Volume 5, pp. 197-203.
- Tang, J., Chen, C., Zhang, Z. & Wang, L., 2007. Incidents and related factors of violence in emergency departments: a study of nurses in southern Taiwan,

Journal of the Formosan Medical Association. *Journal of the Formosan Medical Association*, 106(9), pp. 748-758.

Tan, M., Lopez, V. & Cleary, M., 2015. Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 17(3), pp. 307-312.

Taylor, J. & Rew, L., 2011. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7/8), pp. 1072-1085.

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J., 2007. Consolidated Criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, pp. 349-357.

Turk, R., Sakar, T. & D, A., 2018. Evaluation of Violence Exposure of Healthcare Professionals Working in Kars Province. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), pp. 1014-1020.

UIIPRC, 2001. *Workplace violence – A report to the nation*. Iowa City, IA: University of Iowa.

Uscher-Pines, L. et al., 2013. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Managed Care*, Volume 19, p. 47–59.

Van Kaam, A., 1984. *Esistenzial Foundation of Psychology*. New York: Doubleday.

Van Londen, L., Hess, J., Ameling, E. & Hengeveld, M., 1990. Staff attitudes toward violence in the general hospital A comparison between Amsterdam and Tel Aviv. *General Hospital Psychiatry*, 12(4), pp. 252-256.

Vellone, E. & Piredda, M., 2009. *La ricerca bibliografica, strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. Il a cura di Milano: McGraw-Hill.

Ventura-Madangeng, J. & Wilson, D., 2009. Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis. *Nursing Praxis in New Zealand*, 25(3), pp. 37-50.

- Vezyridis, P., Samoutis, A. & Mavrikiou, P., 2015. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9/10), pp. 1210-1222.
- Walker, L. & Avant, K., 1995. *Strategies for theory construction in nursing*. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Wassell, J., 2009. Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47(8), pp. 1049-1055.
- Wei, C., Chiou, S., Chien, L. & Huang, N., 2016. Workplace violence against nurses--prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal Nursing Studies*, Volume 56, pp. 63-70.
- Whelan, T., 2008. The escalating trend of violence toward nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 34(2), pp. 130-133.
- White, I., Royston, P. & Wood, A., 2011. Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine*, Volume 30, pp. 377-399.
- Whittington, R., Shuttleworth, S. & Hill, L., 1996. Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), pp. 326-333.
- Whittington, R. & Winstanley, S., 2008. Commentary on Luck L, Jackson D & Usher K. (2008). Innocent or culpable? Meanings that ED nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 17, pp. 2235-2237.
- Whittington, R. & Wykes, T., 1994. Violence in psychiatric hospitals: are certain staff prone to being assaulted?. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), pp. 219-225.
- Whykes, T., 1994. *Violence and Health Professionals*. London: Chapman Hall.
- Wilson, J. & Kelling, G., 1982. Broken windows: The Police and Neighborhood Safety.. *Atl Mon*, 249(3), pp. 29-38.
- Winstanley, S. & Whittington, R., 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 3-10.

Wiskow, C., 2003. *Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector*.
[Online]

Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf.

[Consultato il giorno 6 Settembre 2018].

Wolf, L., Delao, A. & Perhats, C., 2014. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*, Volume 40, pp. 305-310.

Wu, J. et al., 2015. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of Occupational Health*, 57(6), pp. 540-547.

Wyatt, J. & Watt, M., 1995. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 12(1), pp. 40-42.

Zafar, W. et al., 2016. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *Journal of Emergency Medicine*, 50(1), pp. 167-77.

Zarola, A., Leather, P. & Barklamb, K., 2008. *Work-related violence*. London: Royal College of Nursing.

Zhang, L., Stone, T. & Zhang, J., 2017. Understanding the rise of Yinao in China: A commentary on the little known phenomenon of healthcare violence. *Nursing & Health Sciences*, Volume 19, pp. 183-187.

Zhang, L. et al., 2017. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 72, pp. 8-14.

Zhao, S. et al., 2018. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 27, pp. 2620-2632.

Zillermann, D., 1988. Cognitive excitation interdependencies in aggressive behaviour. *Aggressive Behavior*, Volume 14, p. 51-64.

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 Quesito secondo la metodologia P&PICO. Fonte: (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011, p. e41)	21
Tabella 2 Dal P&PICO alla Facet Analysis. Fonte: (Ramacciati & Ceccagnoli, 2011, p. e46)	22
Tabella 3 Sinossi degli articoli selezionati e analizzati. Fonte: (Ramacciati, et al., 2013c).....	23
Tabella 4 Fattori scatenanti gli eventi di aggressione nel dipartimento di emergenza evidenziati nella letteratura internazionale. Distribuzione e frequenza negli studi selezionati. (Ramacciati, et al., 2013b).....	24
Tabella 5 Incidenza della WPV in Pronto Soccorso per Anno, Nazione, Professione, Tipo di violenza, Periodo considerato. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, p.18) ..	29
Tabella 6 Studi estratti in data 11/09/2018 da CINAHL e PubMed. Fonte: (elaborazioni nostre).....	32
Tabella 7 Schema P&PICO e relativa Facet Analysis per la selezione dei search terms. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a p.19).....	34
Tabella 8 Sinossi degli studi selezionati. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, pp. 20-21)	39
Tabella 9 Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace and Five Priority Focus Areas. Fonte: (AONE, ENA, 2015) (Chappell, 2015) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2016a, p.22)	41
Tabella 10 Intervento globale (comprehensive) di Prevenzione della violenza in PS Fonte: (Gillespie, et al., 2014b).	46
Tabella 11 Piano d'azione per sviluppare interventi volti a ridurre la violenza in PS. Fonte: (Kowalenko, et al., 2012)	47
Tabella 12 La matrice di Haddon applicata alla prevenzione della violenza in PS. Fonte: (Gates, et al., 2011) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2016a, p.24)	48
Tabella 13 Stringa di ricerca utilizzata per la ricerca degli articoli nei database PubMed e CINAHL. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.3)	52
Tabella 14 Sinossi degli studi selezionati. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, pp.5-6)	55

Tabella 15 La matrice di Haddon applicata alla prevenzione della violenza in Pronto Soccorso. Fonte: (Gates, et al., 2011) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.8)	63
Tabella 16 Fattori considerati nelle teorie e framework esplicativi della WPV in Pronto Soccorso. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.9).....	67
Tabella 17 Teorie “multifattoriali” e “multidimensionali” e prove di efficacia nell’adattamento in contesto di Pronto Soccorso. Fonte: Ramacciati, et al., 2018b, p.10)	70
Tabella 18 Dettagli del contenuto del Questionario per l’Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016d, p.24)	77
Tabella 19 Punteggi sull’appropriatezza, rilevanza, comprensibilità e chiarezza per ogni item del questionario nella versione iniziale e definitiva. Fonte: elaborazioni nostre.	79
Tabella 20 Punteggi sulla chiarezza della lettera e sulla neutralità e chiarezza del questionario nella versione iniziale e definitiva. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016d, p.25).	79
Tabella 21 Caratteristiche del campione totale dei rispondenti all’Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso e i rispondenti alla domanda aperta finale (Sottogruppo). Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.23).....	87
Tabella 22 Temi maggiori, minori e parole chiave delle frasi, suddivisi in base al costruito dell"Approccio globale alla violenza nei confronti degli infermieri di emergenza". Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.25).	90
Tabella 23 Servizi di Pronto Soccorso per regione, distinti per Dea di 2° e 1° livello e PS generale e pediatrico operanti in Italia al 31 dicembre 2016. Fonte: (Ministero della Salute, 2016a).....	111
Tabella 24 Servizi di Pronto Soccorso per regione, infermieri “rilevati” nel corso dell’arruolamento, Rispondenti all’Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre e dati ministeriali (Ministero della Salute, 2016a).....	112
Tabella 25 Caratteristiche demografiche e professionali degli infermieri rispondenti. Fonte: elaborazioni nostre.	113

Tabella 26 Caratteristiche della violenza verbale e fisica nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre.....	116
Tabella 27 Fattori associati alla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre	120
Tabella 28 Risultati della regressione multipla multinomiale.....	122
Tabella 29 Emozioni e vissuti sperimentati dagli intervistati vittime di episodi di WPV. Fonte: elaborazioni nostre.	124
Tabella 30 Regioni italiane per residenti, infermieri di pronto soccorso e rapporto popolazione/infermieri di PS	127
Tabella 31 Numero e percentuale di partecipazione sul totale degli infermieri in servizio per Centro arruolato alla data dell'11 ottobre 2018.....	142
Tabella 32 Centri disponibili per l'arruolamento, centri arruolati, centri partecipanti.....	144
Tabella 33 Caratteristiche demografiche e professionali dei partecipanti allo studio all'11 ottobre 2018.....	151
Tabella 34 Segnalazioni effettuate tramite App PSaggress per tipologia e centri partecipanti all'11/10/2018.....	154
Tabella 35 Giorni di monitoraggio totali, media dei giorni per infermiere partecipante, numero di segnalazioni pervenute e rapporto giorni lavorativi/segnalazione per Centro partecipante all'11/10/2018	155
Tabella 36 Variabili associate alle segnalazioni secondo la tipologia di violenza(Verbale, Fisica, Entrambe).....	156
Tabella 37 Razionale GAVENscore	176

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 Trend di pubblicazione degli articoli sul tema della Violenza verso gli Infermieri di PS indicizzati su PubMed e CINAHL secondo l'anno di pubblicazione. Fonte: (elaborazioni nostre).....	33
Figura 2 Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli oggetto della revisione. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016a, p.19).....	36
Figura 3 Diagramma di flusso della selezione degli articoli secondo lo standard internazionale PRISMA. Fonte: (Ramacciati, et al., 2018b, p.4)	53
Figura 4 Le componenti della violenza verso gli infermieri secondo Ventura-Madangeng e Wilson. Fonte: (Ventura-Madangeng & Wilson, 2009) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.7)	60
Figura 5 L'Interactive model of workplace violence. Fonte: (Rodríguez & Paravic, 2013) come riprodotta previa autorizzazione in (Ramacciati, et al., 2018b, p.8)	62
Figura 6 Frequenza cumulata degli Eventi Sentinella n.12 "Atti di violenza a danno di operatore" da marzo 2007 a dicembre 2012. Fonte: elaborazioni nostre da (Ministero della Sanità, 2007; 2009; 2011; 2013; 2015).....	73
Figura 7 Logo Ufficiale dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso.	81
Figura 8 I quattro temi principali divisi per le dimensioni del Global Approach to Violence towards Emergency Nurses (GAVEN). Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.24).	89
Figura 9 Data set ministeriale dei Pronto Soccorso attivi in Italia al 31 dicembre 2016: Fonte: (Ministero della Salute, 2016a)	107
Figura 10 Distribuzione numerica dei servizi di Pronto Soccorso nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)	107
Figura 11 Distribuzione numerica dei Pronto Soccorso generali nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)	108
Figura 12 Distribuzione numerica dei DEA di 1° livello nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a).....	108
Figura 133 Distribuzione numerica dei DEA di 2° livello nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)	109
Figura 144 Distribuzione numerica dei Pronto Soccorso pediatrici nelle regioni italiane. Fonte: elaborazioni nostre (Ministero della Salute, 2016a)	109

Figura 15 Rapporto popolazione residente/infermieri di PS per regione e in Italia. Fonte: elaborazioni nostre	127
Figura 16 Scheda con istruzioni per la compilazione del “Registro delle Aggressioni”. Fonte: (Ramacciati, et al., 2013c, p.9)	133
Figura 17 Composizione dei partecipanti secondo il sesso e l’anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c).....	135
Figura 18 Composizione dei partecipanti secondo l’età, l’anzianità di servizio, l’esperienza in PS e l’anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c).....	135
Figura 19 Percezione dell’andamento degli episodi di violenza negli ultimi 6 mesi nell’anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c).....	136
Figura 20 Numero di segnalazioni per semestre. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c)	136
Figura 21 Percentuale degli infermieri vittime di violenza che hanno segnalato l’accaduto, per anno di indagine. Fonte: (Ramacciati, et al., 2016c).....	137
Figura 22 Questionario Breve Finale, inviato via e-mail ai partecipanti a 6 mesi dalla registrazione allo studio.	140
Figura 23 Modulo di consenso informato per la compilazione on line.	141
Figura 24 Schema di base dell’applicazioni web, mobile e i servizi collegati	145
Figura 25 Dettaglio dell’Home page della Web App per il profilo amministratore.	146
Figura 26 Dettagli delle schermate dell’App PSaggress come visualizzate su uno smartphone.....	148
Figura 27 Risposte (percentuale) alla domanda 1. Ha subito atti di violenza negli ultimi 6 mesi? (al tempo T_0)	152
Figura 28 Risposte (percentuale) alla domanda 2. Li ha segnalati? (qualsiasi modalità, purché formale). (al tempo T_0)	152
Figura 29 Risposte (percentuale) alla domanda 3. Secondo lei nel suo servizio negli ultimi 6 mesi gli atti di violenza sono: aumentati, invariati o diminuiti? (al tempo T_0).....	153
Figura 30 Segnalazioni pervenute tramite l’App PSAggress all’11 ottobre 2018.	154
Figura 31 Risposte (percentuale) alla domanda 1. Ha subito atti di violenza negli ultimi 6 mesi? (al tempo T_1)	157

Figura 32 Risposte (percentuale) alla domanda2. Li ha segnalati? (qualsiasi modalità, purché formale). (al tempo T ₁)	157
Figura 33 Risposta (percentuale) alla Domanda 4. sul giudizio rispetto alla facilità d'uso dell'app.....	158
Figura 34 Risposta (percentuale) alla domanda 5. sulla frequenza di corsi dedicati al tema della violenza e della comunicazione efficace durante il periodo di sperimentazione.....	158
Figura 35 Risposte (percentuale) alla domanda 6. su eventuali cambiamenti riguardo la propensione alla segnalazione durante il periodo di sperimentazione	159
Figura 36 Composizione percentuale degli infermieri di Pronto Soccorso (del campione) Fonte: elaborazioni nostre da (IPASVI, 2016; Ramacciati, et al. 2017a)	160
Figura 37 Diagramma di Gant del disegno di ricerca “User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study”	164
Figura 38 Il modello GAVEN - Global Approach to Violence towards Emergency Nurses.....	169
Figura 39 Esempio di un ipotetico GAVENscore	173

ALLEGATI

Allegato 1 Questionario QuIN16VIPs 1.0 (versione in italiano)

Questionario per l'Indagine Italiana 2016 sulla Violenza Verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (ver.1.0)



Ai fini del presente questionario è stata adottata la definizione di Violenza: **“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale contro persone che stanno svolgendo la propria attività lavorativa”**. (NIOSH)

La durata media di compilazione del questionario è di 10 minuti.

1. Genere
 - 1.1. maschio
 - 1.2. femmina
2. Età
_____ (anni)
3. Titoli professionali posseduti? (anche più di una risposta):
 - 3.1. Diploma Regionale di Infermiere professionale
 - 3.2. Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche (DUSI)
 - 3.3. Diploma Universitario in Infermieristica (DUI)
 - 3.4. Laurea triennale in Infermieristica
 - 3.5. Laurea triennale in Infermieristica Pediatrica
 - 3.6. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
 - 3.7. Master in Area Critica
 - 3.8. Master in terapia Intensiva
 - 3.9. Master in Emergenza
 - 3.10. Master in Infermieristica Pediatrica
 - 3.11. Master in Coordinamento
 - 3.12. Master in Infermieristica forense
 - 3.13. Master in Tutoraggio clinico
 - 3.14. Altro titolo professionale _____

4. Anni di anzianità lavorativa come infermiere?
_____ (anni di servizio complessivi)
5. Anni di servizio in Pronto Soccorso?
_____ (anni di servizio complessivo in pronto soccorso)
6. Ruolo attuale in Pronto Soccorso:
- 6.1. infermiere neo-assegnato (<6 mesi)
- 6.2. infermiere
- 6.3. infermiere coordinatore
7. Regione in cui ha sede il Pronto Soccorso in cui lavora?
_____ (tabella delle Regioni di Italia)
8. Quanti utenti circa all'anno accedono al suo pronto soccorso?
- 11.1. <25.000
- 11.2. 25.000-50.000
- 11.3. 50.000-75.000
- 11.4. 75.000-100.000
- 11.5. >100.000
9. Esistono modelli di risposta assistenziale alle urgenze minori nel suo Pronto Soccorso (anche più di una risposta)?
- 9.1. Sì, See and Treat
- 9.2. Sì, Fast track
- 9.3. Sì, altro _____
- 9.4. No, nessuno
10. Ha mai assistito ossia è stato testimone di violenza verso suoi colleghi?
- 10.1. Sì, atti di violenza verbale
- 10.2. Sì, atti di violenza fisica
- 10.3. Sì, atti di violenza sia verbale che fisica
- 10.4. No, mai
11. Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?

11.1. sì, verbale

11.2. sì, fisica

11.3. sì, sia verbale che fisica

11.4. no

Se ha risposto 11.1. (sì, verbale)

11/a.1. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/a.2. Quale modalità di violenza verbale ha subito? (anche più di una risposta):

11/a.2.1. scortesia/maleducazione

11/a.2.2. linguaggio volgare/con riferimenti sessuali

11/a.2.3. umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo

11/a.2.4. interruzioni o non essere ascoltati/ignorati

11/a.2.5. minaccia di denunce/azioni legali

11/a.2.6. minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)

11/a.2.7. ricevere maledizioni e imprecazioni

11/a.2.8. grida/urla/rumoreggiamenti

11/a.2.9. commenti sarcastici

11/a.2.10. minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

Se ha risposto 11.2. (Sì, fisica)

11/b.1. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/b.2. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta):

11/b.2.1. morso

- 11/b.2.2. presa al collo/strangolamento
- 11/b.2.3. strattonamento
- 11/b.2.4. tirato/a per i capelli
- 11/b.2.5. colpito/a da una persona(pugni, schiaffi)
- 11/b.2.6. colpito/a da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)
- 11/b.2.7. preso/a a calci
- 11/b.2.8. pizzicato/a
- 11/b.2.9. spintonato/a
- 11/b.2.10. graffiato
- 11/b.2.11. violentato/a - stuprata
- 11/b.2.12. bersaglio di sputi
- 11/b.2.13. vomitato addosso volontariamente
- 11/b.2.14. accoltellamento
- 11/b.2.15. sparato/a

11/b.3. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta):

- 11/b.3.1. testa
- 11/b.3.2 faccia
- 11/b.3.3. collo
- 11/b.3.4. torace
- 11/b.3.5. addome
- 11/b.3.5. braccia
- 11/b.3.6. mani
- 11/b.3.7. spalle
- 11/b.3.8. schiena
- 11/b.3.9. fianchi/natiche
- 11/b.3.10. genitali

11/b.3.11. gambe

11/b.3.12. piedi

11/b.4. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta):

11/b.4.1. graffi/abrasioni

11/b.4.2. contusioni/lividi/ematomi

11/b.4.3. distorsioni/distrazioni/strappi

11/b.4. 5. esposizione a liquidi corporei

11/b.4.6. fratture

11/b.4.7. lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

11/b.5. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave?

_____ (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

Se ha risposto 11.3. (Sì, sia verbale che fisica)

11/c.1. Quante aggressioni verbali, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/c.2. Quante aggressioni fisiche, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/c.3. Quale modalità di violenza verbale ha subito(anche più di una risposta):?

11/c.3.1. scortesia/maleducazione

11/c.3.2. linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali

11/c.3.3. umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo

11/c.3.4. interruzioni e non essere ascoltati/ignorati

11/c.3.5. minaccia di denunce/azioni legali

11/c.3.6. minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)

11/c.3.7. ricevere maledizioni e imprecazioni

11/c.3.8. grida/urla/rumoreggiamenti

11/c.3.9. commenti sarcastici

11/c.3.10. minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

11/c.4. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta):

11/c.4.1. morso

11/c.4.2. stretta al collo/strangolamento

11/c.4.3. strattonamento

11/b.4.4. tirato per i capelli

11/c.4.5. colpito da una persona(pugni, schiaffi)

11/c.4.6. colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)

11/c.4.7. preso a calci

11/c.4.8. pizzicato

11/c.4.9. spintonato/a

11/c.4.10. graffiato

11/c.4.11. violentato/stuprato

11/c.4.12. bersaglio di sputi

11/c.4.13. vomitato addosso volontariamente

11/c.4.14. accoltellato

11/c.4.15. sparato

11/c.5. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta):

11/c.5.1. testa

11/c.5.2 faccia

- 11/c.5.3. testa
- 11/c.5.4. torace
- 11/c.5. addome
- 11/c.5.5. braccia
- 11/c.5.6. mani
- 11/c.5.7. spalle
- 11/c.5.8. schiena
- 11/c.5.9fianchi/natiche
- 11/c.5.10. genitali
- 11/c.5.11. gambe
- 11/c.5.12. piedi

11/c.6. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta):

- 11/c.6.1. graffi/abrasioni
- 11/c.6.2. contusioni/lividi/ematomi
- 11/c.6.3. distorsioni/distrazioni/strappi
- 11/c.6. 5. esposizione a liquidi corporei
- 11/c.6.6. fratture
- 11/c.6.7. traumi chiusi
- 11/c.6.8. lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

11/c.7. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave?

_____ (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

12. La persona violenta è stata? (anche più di una risposta):

- 12.1 un paziente del pronto soccorso
- 12.2 l'accompagnatore di un paziente
- 12.3 un visitatore o altro utente dell'ospedale

13. Quali caratteristiche aveva o in che situazioni/contesti si presentava la persona violenta?(anche più di una risposta): (pz = paziente)

- 13.1 pzanziano con **demenza/ M. di Alzheimer**
- 13.2 pz**psichiatrico**
- 13.3 pz**agitato**
- 13.4 pz affetto da **trauma cranico**
- 13.5 pz con **intossicazione alcoolica**
- 13.6 pz sotto **effetto di droga**
- 13.7 pz in **astinenza da droghe**
- 13.8 pz sottoposto a **contenzione fisica**
- 13.9 pz minorenne o accompagnatore di **pz pediatrico**
- 13.10 pz o accompagnatore di pz in **attesa prolungata**
- 13.11 pz o accompagnatore di pz in **PS affollato**
- 13.12 pz o accompagnatore di pz che **lamenta mancata presa in carico**
- 13.13 pz o accompagnatore di pz che lamenta **indifferenza da parte del personale sanitario**
- 13.14 **nessuna** particolare caratteristica
- 13.15 altro _____

14. In quale area del Pronto Soccorso è avvenuto l'episodio di violenza?(anche più di una risposta):

- 14.1 ingresso
- 14.2 uscita
- 14.3 sala di aspetto generale
- 14.4 area accettazione
- 14.5 triage
- 14.6 medicheria/stanza visita medica
- 14.7 salette/zone di attesa interne
- 14.8 stanza di osservazione breve
- 14.9 stanza di contenzione/isolamento
- 14.10 sala emergenze
- 14.11 scale/ascensori/corridoi di servizio

15. Che tipo di attività stava svolgendo al momento della violenza? (anche più di una risposta):
- 15.1 visita di triage
 - 15.2 assistenza al paziente durante visita/osservazione
 - 15.3 comunicazione cattive notizie
 - 15.4 manovre di rianimazione
 - 15.5 esecuzione di procedure invasive
 - 15.6 contenzione fisica
 - 15.7 trasferimento/trasporto paziente
 - 15.8 altro _____
16. Che tipo di reazione hanno avuto eventuali altri pazienti e accompagnatori presenti durante la violenza? (anche più di una risposta):
- 16.1 indifferenza (nessun effetto)
 - 16.2 attivazione (effetto emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi, diventare violenti)
 - 16.3 disapprovazione (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento)
17. Quali azioni sono state intraprese verso la persona violenta? (anche più di una risposta affermativa):
- 17.1 Ha risolto autonomamente il caso disinnescando la violenza
 - 17.2 L'escalation di violenza è stata contenuta o risolta con l'intervento di altro collega infermiere
 - 17.3 Il paziente violento (o accompagnato dall'aggressore) è stato trattato prima e più velocemente rispetto agli altri pazienti
 - 17.4 l'aggressore si è allontanato da solo prima che venisse intrapresa qualsiasi azione
 - 17.5 l'aggressore è stato invitato ad allontanarsi dal servizio
 - 17.6 l'aggressore è stato gestito dalla vigilanza interna
 - 17.7 l'aggressore è stato gestito dalle forze dell'ordine
 - 17.8 l'aggressore è stato arrestato dalle forze dell'ordine
 - 17.9 l'aggressore è stato denunciato
 - 17.10 l'aggressore è stato ricoverato in reparto psichiatrico
 - 17.11 altro _____

17.12 nessuna

18. Quale risorse puoi immediatamente attivare in caso di episodio violento?(anche più di una risposta affermativa):

18.1 Operatore (altro collega, infermiere coordinatore) con funzioni di mediazione

18.2 Squadra di risposta rapida per i casi di violenza verso gli operatori

18.3 Addetti alla Vigilanza Interna/guardie giurate

18.4 Agenti del Posto fisso di polizia

18.5 altro _____

18.6 nessuna

Se ha risposto alla domanda 17) affermativamente (\neq nessuna)

18/a. Potrebbe indicare quando queste risorse sono attivabili?

17/a.1. sempre (h24; gg7/7)

17/a.2. solo nelle ore diurne

19. Quali di queste caratteristiche ambientali sono presenti nel suo PS?

(anche più di una risposta affermativa):

19.1 vetri antiproiettile/antifondamento

19.2 postazione infermieristica chiusa

19.3 pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia)

19.4 pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo

19.5 regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori

19.6 medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno

19.7 medicherie/box di trattamento con via di fuga

19.8 ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica)

19.9 specchi per spazi/aree non visibili

19.10 pulsante panico/allarme silenzioso

19.11 telecamere di sicurezza/videosorveglianza

19.12 metal detector

19.13 segnaletica sulla non tolleranza della violenza (“Tolleranza Zero”)

19.14 pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori

19.15 Impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate

19.16 dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort

19.17 televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi

19.18 giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori

19.19 impianto sonoro con musica/filodiffusione

19.20 cartellonistica informativa multilingue

19.21 altro _____

19.22 nessuna

20. A chi ha segnalato l’episodio di violenza? (anche più di una risposta affermativa):

20.1 altro collega infermiere

20.2 all’infermiere coordinatore

20.3 al responsabile infermieristico dipartimentale

20.4 al dirigente infermieristico aziendale

20.5 al medico di guardia del PS

20.6 al direttore medico del PS

20.7 al servizio gestione rischio clinico aziendale

20.8 al posto fisso di polizia aziendale

20.9 alle forze dell'ordine/autorità giudiziaria

20.10 all’osservatorio nazionale eventi sentinella (Evento sentinella n.12)

20.11 agli uffici di direzione del personale aziendale

20.12 alla direzione sanitaria

20.13 all’INAIL

20.14 altro: _____

20.15 a nessuno

21. Nella sua Azienda esistono procedure/sistemi di segnalazione degli eventi aggressivi?

21.1 si

21.2 no

22. In che modo ha segnalato l'episodio? (anche più di una risposta affermativa):
- 22.1 Verbalmente
 - 22.2 nota/relazione scritta
 - 22.3 compilazione modulo generico di incident reporting
 - 22.4 compilazione di una scheda specifica di segnalazione delle aggressioni
 - 22.5 modulo ministeriale evento sentinella n.12
 - 22.6 tramite referto medico del PS
 - 22.7 tramite denuncia INAIL
 - 22.8 altro _____
 - 22.9 in nessun modo
23. Nella sua Azienda chi si occupa delle attività di contrasto alla violenza? (anche più di una risposta affermativa):
- 23.1 gli infermieri del servizio
 - 23.2 l'infermiere coordinatore
 - 23.3 il responsabile infermieristico dipartimentale
 - 23.4 il dirigente infermieristico aziendale
 - 23.5 il direttore medico del PS
 - 23.6 il responsabile servizio gestione rischio clinico aziendale
 - 23.7 il direttore sanitario
 - 23.8 altro _____
 - 23.9 nessuno
24. Ha svolto corsi di formazione sulla gestione della comunicazione difficile?
- 24.1 sì, periodicamente (ogni 2-3 anni)
 - 24.2 sì, sporadicamente (> 4-5 anni)
 - 24.3 no, nessuna formazione
25. Ha svolto corsi di formazione sulla gestione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari da parte di pazienti/accompagnatori?
- 25.1 sì, periodicamente (ogni 2-3 anni)
 - 25.2 sì, sporadicamente (> 4-5 anni)
 - 25.3 no, nessuna formazione

26. Quanto si sente in pericolo o a rischio di violenza durante il suo lavoro in Pronto Soccorso?
- 26.1 Moltissimo
 - 26.2 Molto
 - 26.3 Abbastanza
 - 26.4 Poco
 - 26.5 Per niente
27. Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?
- 27.1 Moltissimo
 - 27.2 Molto
 - 27.3 Sufficientemente
 - 27.4 Scarsamente
 - 27.5 Per niente
28. Quanto si sente preparato a gestire la violenza fisica?
- 28.1 Moltissimo
 - 28.2 Molto
 - 28.3 Sufficientemente
 - 28.4 Scarsamente
 - 28.5 Per niente
29. A seguito degli episodi di violenza quali mozioni e/o sentimenti ha sperimentato? (anche più di una risposta):
- 29.1 ansia
 - 29.2 paura
 - 29.3 perdita di autostima
 - 29.4 senso di fallimento/incompetenza professionale
 - 29.5 inevitabilità (fa parte del lavoro)
 - 29.6 sfiducia nell'istituzione aziendale
 - 29.7 sfiducia nella dirigenza aziendale
 - 29.8 sfiducia nel coordinatore infermieristico
 - 29.9 vulnerabilità
 - 29.10 senso di ingiustizia
 - 29.11 rabbia
 - 29.12 senso di colpa/vergogna

29.13 demotivazione

29.14 giustificazione della violenza quando è determinata da alcune patologie (es. trauma cranico, demenza senile, abuso alcolico)

30. A seguito degli episodi di violenza ha sostenuto delle spese? (anche più di una risposta affermativa):

30.1 per cure mediche

30.2 per spese legali

30.3 altro _____

30.4 nessuna

31. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua gratificazione lavorativa?

31.1 Moltissimo

31.2 Molto

31.3 Abbastanza

31.4 Poco

31.5 Per niente

32. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua motivazione lavorativa?

31.1. Moltissimo

31.2. Molto

31.3. Abbastanza

31.4. Poco

31.5. Per niente

33. A seguito di episodi di violenza ha desiderato di lasciare la professione?

33.1 Sempre, ogni volta che è successo

33.2 Molto spesso

33.3 A volte

33.4 Raramente

33.5 Mai

34. A seguito di episodi di violenza ha pensato di cambiare l'unità operativa presso la quale presta servizio?

34.1 Sempre, ogni volta che è successo

34.2 Molto spesso

34.3 A volte

34.4 Raramente

34.5 Mai

35. Ha inoltrato domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza?

35.1 Sì

35.2 No

36. Commenti liberi sul fenomeno della Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso:

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), 2002. Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services, pp. 2002–2101.

**The 2016 Italian National Survey on Violence towards Emergency
Nurses Questionnaire**

This questionnaire defined workplace violence as: ***“violent acts (including physical assaults and threats of assaults) directed toward persons at work or on duty”***. (National Institute of Occupational Safety and Health, 2002)

The questionnaire will take about 14 minutes of your time

4. Gender

1.3. Male

1.4. Female

5. Age

_____ years

6. Level of Nursing education (you may tick more than one box)

4.1. Nursing Diploma

4.2. BSc in Nursing

4.3. BSc in Pediatric Nursing

4.4. MSc in Nursing and Midwifery

4.5. Master in Critical Care

4.6. Master in Intensive Care

4.7. Master in Emergency Nursing

4.8. Master in Pediatric Nursing

4.9. Master in Nursing Co-ordination

4.10. Master in Forensic Nursing

4.11. Master in Clinical Tutoring

4.12. Other (please state) _____

5. Work Experience:

_____ years

9. Years of work in the A&E Unit:

_____ years

10. Position in the A&E Unit:

6.4. Staff Nurse

6.5. Head Nurse

7. Which shifts do you work?

7.1. Only day shifts

7.2. All shifts

8. Which Italian Region do you work in?

_____ (List of Italian Regions)

9. Approximately how many patients attend your A&E Unit every year?

11.1. <25.000

11.2. 25.000-50.000

11.3. 50.000-75.000

11.4. 75.000-100.000

11.5. >100.000

10. Which response models to minor non-urgencies are implemented in your A&E Unit?

10.1. Yes, See and Treat

10.2. Yes, Fast track

10.3. Yes, other (please state) _____

10.4. No

11. Have you ever observed violence directed against another A&E nurse?

11.1. Yes, verbal abuse

11.2. Yes, physical aggression

11.3. Yes, both verbal abuse and physical aggression

11.4. No, never

12. In the past year has a patient or accompanying person been violent with you personally?

12.1. Yes, verbal abuse

12.2. Yes, physical aggression

12.3 Yes, both verbal abuse and physical aggression

12.4 No, never

Your next Section depends on your response to Question 12.

Please select the right one for you.

If you replied 12.1. (Yes, both verbal abuse) please continue here

12/a.1. About how many episodes of verbal abuse have you suffered in the past 12 months?

_____ episodes

12/a.2. What type of verbal abuse did you suffer? (You can tick more than one box)

12/a.2.1. Bad manners/rudeness

12/a.2.2. Scurrilous language/with sexual references

12/a.2.3. Humiliation/belittlement/disrespect (e.g. being addressed by name)/contempt

12/a.2.4. Interruptions/not being heeded/being ignored

12/a.2.5. Threats of calling the police/legal action

12/a.2.6. Threats of physical aggression (e.g. pushing forward, threatening gestures)

12/a.2.7. Cursing and swearing

12/a.2.8. Screaming/shouting/being noisy

12/a.2.9. Sarcasm

12/a.2.10. Armed threats with real weapons (guns or knives) or weapons to hand (scissors, syringes, other objects)

If you replied 12.2. (Yes, physical aggression) please continue here

12/b.1. About how many episodes of physical aggression have you suffered in the past 12 months?

_____ episodes

12/b.2. What type of physical aggression did you suffer? (You can tick more than one box)

12/b.2.1. A bite

12/b.2.2. Neck hold/strangling

12/b.2.3. Pulling/grabbing

12/b.2.4. Hair pulling

12/b.2.5. Punching or slapping

12/b.2.6. Hit by object (e.g. chair, apparatus, equipment)

12/b.2.7. Kicking

12/b.2.8. Pinching

12/b.2.9. Pushing

12/b.2.10. Scratching

12/b.2.11. Raped

12/b.2.12. Spitting

12/b.2.13. Vomiting

12/b.2.14. Knifed

12/b.2.15. Shot

12/b.3. What part of your body was injured (You can tick more than one box)

12/b.3.1. Head

12/b.3.2. Face

12/b.3.3. Neck

12/b.3.4. Chest

12/b.3.5. Abdomen

12/b.3.6. Arm

12/b.3.7. Hand

12/b.3.8. Shoulder

12/b.3.9. Back

12/b.3.10. Side/buttocks

12/b.3.11. Genitals

12/b.3.12. Leg

12/b.3.13. Foot

12/b.4. What type of injury? (You can tick more than one box)

12/b.4.1. Scratches/abrasions

12/b.4.2. Contusion/bruising/swelling

12/b.4.3. Sprain/strain

12/b.4.5. Exposure to body fluids

12/b.4.6. Fracture

12/cb.4.7. Internal injury

12/b.4.8. Laceration/cut/wound

12/b.5. How long were you off work for the worst episode of violence?

_____ days

If you replied 12.3. (Yes, both verbal abuse and physical aggression) please continue here

12/c.1. About how many episodes of verbal abuse have you suffered in the past 12 months?

_____ episodes

12/c.2. About how many episodes of physical aggression have you suffered in the past 12 months?

_____ episodes

12/c.3. What type of verbal abuse did you suffer? (You can tick more than one box)

12/c.3.1. Bad manners/rudeness

12/c.3.2. Scurrilous language/with sexual references

12/c.3.3. Humiliation/belittlement/disrespect(e.g. being addressed by name)/contempt

12/c.3.4.Interruptions/ not being heeded/being ignored

12/c.3.5. Threats of calling the police/legal action

12/c.3.6. Threats of physical aggression (e.g. pushing forward, threatening gestures)

12/c.3.7. Cursing/swearing

12/c.3.8. Creaming/shouting/being noisy

12/c.3.9.Sarcasm

12/c.3.10.Armed threats with real weapons (e.g. guns or knives) or weapons to hand (e.g. scissors, syringes, other objects)

12/c.4. What type of physical aggression did you suffer? (You can tick more than one box)

12/c.4.1. A bite

12/c.4.2. Neck hold/strangling

12/c.4.3. Pulling

12/b.4.4. Hair pulling

12/c.4.5. Punching or slapping

12/c.4.6. Hit byobject (chair, apparatus, equipment)

12/c.4.7. Kicking

12/c.4.8. Pinching

12/c.4.9. Pushing

12/c.4.10. Scratching

12/c.4.11. Raped

12/c.4.12. Spitting

12/c.4.13. Vomiting

12/c.4.14. Knifed

12/c.4.15. Shot

12/c.5. What part of your body was injured?(You can tick more than one box)

12/c.5.1. Head

12/c.5.2 Face

12/c.5.3. Neck

12/c.5.4. Chest

12/c.5.5. Abdomen

12/c.5.6. Arm

12/c.5.7. Hand

12/c.5.8. Shoulder

12/c.5.9. Back

12/c.5.10. Side/buttocks

12/c.5.11. Genitals

12/c.5.12. Leg

12/c.5.13. Foot

12/c.6. What type of injury? (You can tick more than one box):

12/c.6.1. Scratches/abrasions

12/c.6.2. Contusion/bruising/swelling

12/c.6.3. Sprain/strain

12/c.6. 5. Exposure to body fluids

12/c.6.6. Fracture

12/c.6.7. Internal injury

12/c.6.8. Laceration/cut/wound

12/c.7. How long were you off work for the worst episode of violence?

_____ days

37. Who was your aggressor? (You can tick more than one box)

- 37.1 An A&E patient
- 37.2 Someone with A&E patient
- 37.3 A visitor

38. Who was your aggressor and in what context did the aggression happen?

(You can tick more than one box)

- 38.1 Elderly patient with dementia or Alzheimer's Disease
- 38.2 Psychiatric patient
- 38.3 Agitated patient
- 38.4 Patient with head injury
- 38.5 Drunk patient
- 38.6 Drugged patient
- 38.7 Patient undergoing drug withdrawal
- 38.8 Physically restrained patient
- 38.9 Child or accompanying person
- 38.10 Patient or accompanying person after a long waiting time
- 38.11 Patient or accompanying person in crowded A&E Unit
- 38.12 Unattended patient or accompanying person
- 38.13 Patient or accompanying person who complained about lack of attention
- 38.14 Nothing in particular
- 38.15 Other (please State) _____

39. Where did the violent episode take place in the A&E Unit?(You can tick more than one box)

- 39.1 Entrance
- 39.2 Exit
- 39.3 Waiting room
- 39.4 Reception area
- 39.5 Triage
- 39.6 Examination room
- 39.7 Internal waiting room
- 39.8 Observation room
- 39.9 Restraint or isolation room

39.10 Emergency room

39.11 Stairs/lift/corridor

40. What were you doing when the violent episode occurred? (You can tick more than one box)

40.1 Triage

40.2 Attending the patient during examination or observation

40.3 Delivering bad news

40.4 Resuscitation

40.5 Carrying out an invasive procedure

40.6 Restraining the patient

40.7 Transferring the patient

40.8 Other (please state) _____

41. What was the reaction of other patients or accompanying persons? (You can tick more than one box)

41.1 Indifference (no effect)

41.2 Emulation (they started to complain or become violent)

41.3 Disapproval (they reproved the aggressor, condemned the episode)

42. What happened to the aggressor? (You can tick more than one box)

42.1 You managed to stop the aggressor

42.2 Another nurse helped stop the aggressor

42.3 The aggressor was attended to sooner than the other patients

42.4 The aggressor left the A&E Unit spontaneously

42.5 The aggressor was ordered to leave the A&E Unit

42.6 The security service managed to stop the aggressor

42.7 The police managed to stop the aggressor

42.8 The aggressor was arrested

42.9 The aggressor was charged

42.10 The aggressor was admitted to the Psychiatry Unit

42.11 Other (please state) _____

42.12 Nothing

43. What resources are immediately available to you to deal with an episode of violence? (You can tick more than one box)

- 43.1 Member of Staff to mediate
- 43.2 Rapid response team
- 43.3 Hospital security service
- 43.4 Police station in hospital
- 43.5 Other (please state) _____
- 43.6 Nothing

If you indicated some resource was available

19/a. When is it available?

19/a.1. Always (24/7)

19/a.2. Only during the day

20. What architectural, security, regulatory, comfort measures are present in your A&E Unit? (You can tick more than one box)

- 20.1 Bulletproof/shatterproof glass
- 20.2 Enclosed nursing station
- 20.3 Alarm bell to the hospital security or police service
- 20.4 Pseudonym or code for aggressor
- 20.5 Regulations restricting access
- 20.6 Examination rooms with internal locks
- 20.7 Examination rooms with alternative exit
- 20.8 A&E Unit entrance checks (no automatic door opening)
- 20.9 Curved mirrors that show invisible areas
- 20.10 Panic button/silent alarm
- 20.11 Closed circuit surveillance (CCTV)
- 20.12 Metal detector
- 20.13 Violence forbidden signs (Zero Tolerance)
- 20.14 Pass or identification card for visitors and accompanying persons
- 20.15 Bright lighting everywhere
- 20.16 Automatic food and drink dispensers
- 20.17 Televisions or monitors displaying information
- 20.18 Newspapers, magazines, books
- 20.19 Background music

20.20 Multi-language information displays

20.21 Other (please state) _____

20.22 Nothing

21. Who did you report the episode of violence to' (You can tick more than one box)

21.1 Another nurse

21.2 The head nurse

21.3 The head of Nursing in the hospital

21.4 The Nursing management

21.5 The doctor on duty in your A&E Unit

21.6 The head of the A&E Unit

21.7 The hospital risk service

21.8 The hospital Police

21.9 The Police

21.10 The National registry of sentinel events

21.11 Hospital staff management

21.12 Local Head of the Health Service

21.13 Workplace Safety and Insurance

21.14 Other (please state) _____

21.15 Nothing

22. How did you report the episode of violence? (You can tick more than one box)

22.1 Verbally

22.2 In writing

22.3 Filled in a general incident reporting form

22.4 Filled in a specific violence reporting form

22.5 Official sentinel event form

22.6 A&E Unit report

22.7 Claim made to Workplace Safety and insurance

22.8 Other (please state) _____

22.9 I made no report

23. Does your Hospital have procedures/systems for reporting episodes of violence?

23.1 Yes

23.2 No

24. Who is engaged in counter-acting violence in your hospital? (You can tick more than one box)

24.1 Nurses

24.2 Head nurses

24.3 The head of Nursing in the hospital

24.4 The Nursing management

24.5 The head of the A&E Unit

24.6 The hospital risk service

24.7 Local Head of the Health Service

24.8 Other (please state) _____

24.9 Nothing

25. have you attended education courses on communications?

25.1 Yes, regularly (every 2-3 years)

25.2 Yes, occasionally (> 4-5 years)

25.3 No, I have never attended these courses

26. Have you attended educational courses for health workers on how to manage workplace violence?

26.1 Yes, regularly (every 2-3 years)

26.2 Yes, occasionally (> 4-5 years)

26.3 No, I have never attended these courses

27. Do you feel you are in danger or at risk of violence while at work in your A&E Unit?

27.1 Yes, a great deal

27.2 Yes, a lot

27.3 Yes, quite a bit

27.4 Not really

27.5 Not at all

28. How confident are you of your ability to manage verbal violence?

28.1 Very, very confident

28.2 Very confident

28.3 Confident enough

28.4 Not really confident

28.5 Not at all confident

29. How confident are you of your ability to manage physical violence?

29.1 Very, very confident

29.2 Very confident

29.3 Confident enough

29.4 Not really confident

29.5 Not at all confident

30. What did you feel after being subjected to an episode of violence? You can tick more than one box)

30.1 Anxiety

30.2 Fear

30.3 Loss of self-confidence

30.4 Feeling of failure/professional incompetence

30.5 It was inevitable, it's part of the job

30.6 Distrust of hospital management

30.7 Distrust in management staff

30.8 Distrust in nursing manager

30.9 Vulnerable

30.10 Feeling of injustice

30.11 Anger

30.12 Feeling of being ashamed/guilt

30.13 Demotivation

30.14 Justify disease-related violence (e.g. head injury, dementia, drunkenness)

31. Was the episode of violence associated with monetary costs for you?

(You can tick more than one box)

31.1 Yes, medical expenses

31.2 Yes, legal expenses

31.3 Other (please state) _____

31.4 Nothing

32. How much did the episode of violence impair your job satisfaction?

32.1 A great deal

- 32.2 A lot
- 32.3 Quite a bit
- 32.4 Very little
- 32.5 Not at all

33. How much did the episode of violence impair your job motivation?

- 31.1. A great deal
- 31.2. A lot
- 31.3. Quite a bit
- 31.4. Very little
- 31.5. Not at all

34. Did you think of leaving nursing after the episode of violence?

- 34.1 Yes, each time it happened
- 34.2 Very often
- 34.3 Sometimes
- 34.4 Rarely
- 34.5 Never

35. Did you think of transferring from your A&E Unit to another hospital unit?

- 35.1 Yes, each time it happened
- 35.2 Very often
- 35.3 Sometimes
- 35.4 Rarely
- 35.5 Never

36. Have you applied for a Transfer?

- 36.1 Yes
- 36.2 No

37. Free comments on Workplace Violence towards Accident and Emergency nurses:

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), 2002. Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services, pp. 2002–2101.

User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study.

1. Titolo dello studio

User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study.

2. Principal Investigator e co-ricercatori con il numero di contatto e l'organizzazione:

Dott. Nicola Ramacciati
Dottorando in Scienze Cliniche (Scienze Infermieristiche)*
Cell. 393 5739863 E-mail: nicola.ramacciati@unifi.it

Co-ricercatore

Dr. Roberto Caldelli
Ricercatore CNIT - ING-INF/03 - Telecomunicazioni
Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione*
Tel. 055 2751391 E-mail: roberto.caldelli@unifi.it

Supervisore

Prof.ssa Laura Rasero
Professore Associato MED/45 - Scienze Infermieristiche
Dipartimento di Scienze della Salute (DSS)*
Tel. 055 2751040 E-mail: l.rasero@unifi.it

* Università degli Studi di Firenze

Viale Morgagni, 48
50134 FIRENZE

3. Qual è lo scopo di questa ricerca?

In tutto il mondo sta dilagando il fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari. Gli infermieri di Pronto Soccorso sono tra i più esposti. Nonostante i sistemi di registrazione e monitoraggio della Violenza sui posti di lavoro siano sempre più diffusi, la sotto-segnalazione degli episodi (under-reporting), stimata dell'80%, è ancora un grave ostacolo alla conoscenza del problema e alla verifica degli interventi correttivi. Studi suggeriscono che l'uso di sistemi semplici e agevoli di registrazione potrebbero facilitare la segnalazione degli eventi violenti. Un nostro studio pilota sull'efficacia di un'App per le segnalazioni delle aggressioni ha evidenziato una diminuzione della sotto-segnalazione. Questo studio multicentrico vuole verificarne l'efficacia su un campione rappresentativo.

4. Chi può partecipare alla ricerca? Qual è la durata di questa ricerca?

Gli Infermieri in servizio da almeno 6 mesi nel Pronto Soccorso arruolati nello studio multicentrico. L'arruolamento è stato autorizzazione delle rispettive Aziende. Lo studio durerà 6 mesi.

5. Qual è il numero approssimativo di partecipanti alla ricerca coinvolti?

Lo studio prevede la partecipazione di almeno 700 infermieri.

6. Cosa devo fare se partecipassi a questo studio di ricerca?

1° - Le verrà richiesto di compilare il seguente modulo di consenso informato e registrazione allo studio, nonché un questionario breve. Complessivamente saranno necessari circa 2 minuti.

2° - Scaricare, al momento dell'avvio dello studio, l'App per le segnalazioni degli eventi aggressivi per smartphone Apple e Android tramite un link inviato all'indirizzo e-mail da lei indicato.

3° - Utilizzare l'App per segnalare eventuali episodi di aggressione subiti, in aggiunta agli altri sistemi di segnalazione eventualmente già presenti nella Sua Azienda e secondo le procedure previste dalla Sua Azienda.

4° - Ripetere il questionario breve al termine dello studio

7. Cosa si intende per atti di violenza verso gli infermieri

Qualsiasi violenza e aggressione mossa da pazienti, accompagnatori e visitatori (Violenza da parte degli utenti) nei confronti degli infermieri. Secondo la definizione datane dal National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH): "atti violenti (comprese aggressioni fisiche e minacce di aggressione) indirizzate a persone sul lavoro o in servizio".

8. In che modo sarà tutelata la mia privacy e la riservatezza dei miei dati?

I dati personali raccolti in questo studio (Età, Genere, Ruolo professionale, Anzianità di servizio e in Pronto Soccorso, Titoli Professionali, Stato civile, Indirizzo e-mail, episodi di violenza segnalati) saranno raccolti e conservati in un server, protetto per la sicurezza delle informazioni registratevi. Tutte le risposte raccolte saranno conservate in conformità con le norme di gestione dei dati di ricerca. I dati di ricerca utilizzati in qualsiasi pubblicazione saranno sottoposti a codifica e resi anonimi. Le segnalazioni saranno notificate esclusivamente al referente aziendale dello studio del Suo servizio di Pronto Soccorso, di norma l'Infermiere Coordinatore.

9. Quali sono i possibili benefici per me e per gli altri?

La partecipazione allo studio potrà consentirLe di utilizzare gratuitamente una semplice App per smartphone per segnalare in pochi secondi, in maniera facile e in qualsiasi momento eventuali episodi subiti di aggressione. La segnalazione via App si affiancherà alle altre modalità di segnalazione già previste nella Sua Azienda, integrandola.

Se, invece, nella Sua Azienda non sono presenti sistemi di segnalazione, la segnalazione via App Le consentirà di segnalare eventuali episodi di violenza subiti, in quanto questi verranno notificati al referente aziendale dello studio del suo Pronto Soccorso (di norma l'Infermiere Coordinatore).

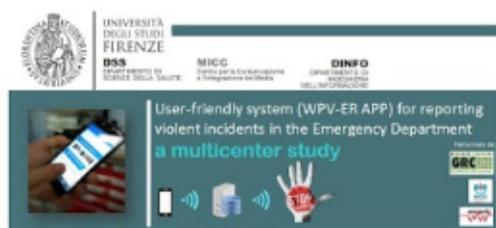
10. Posso rifiutarmi di partecipare a questa ricerca?

Certo. La Sua decisione di partecipare a questo studio di ricerca è volontaria. Può decidere di volta in volta, autonomamente, se usare o meno l'App per segnalare eventuali episodi di violenza da Lei subiti. Anche la compilazione del questionario breve finale sarà volontaria e non vincolata all'uso dell'App.

11. A chi posso rivolgermi se ho domande o problemi riguardo questo studio?

Può contattare il Dott. Nicola Ramacciati al telefono 3935739863 o via e-mail nicola.ramacciati@unifi.it

*Campo obbligatorio



Modulo di consenso informato

Accetto di partecipare alla ricerca di cui sopra. *

Sì

Ho letto le informazioni sull'uso dei miei dati in questa ricerca. *

Sì

So che posso ritirarmi dalla ricerca in qualsiasi momento *

Sì

In caso di non partecipazione, può indicare in questo spazio la motivazione?

La tua risposta

Allegato 4: Patrocini dello Studio "User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study"

REGIONE TOSCANA



Giunta Regionale
L'Assessore Diritto alla salute, welfare,
integrazione socio-sanitaria e sport

Firenze, 13 ottobre 2017

Gent.ma Prof.ssa

Laura Rasero

Università degli Studi di Firenze

Dipartimento di Scienze della Salute

Sede

Gent.ma Prof.ssa, cara Laura,

in riscontro alla vs. nota del 29 luglio u.s. si esprime apprezzamento per la proposta ritenuta meritevole per le finalità sociali e scientifiche che si prefigge. La violenza nei confronti degli operatori sanitari sta assumendo dimensioni di enorme e preoccupante rilevanza per diffusione e gravità ed è preciso impegno di questo Assessorato promuovere iniziative che con diverse forme e modalità consentano di offrire risposte concrete utili ad arginare questo fenomeno emergente.

Nello specifico questo studio si propone di studiare l'efficacia di un sistemi semplici di segnalazione degli atti di violenza verso gli operatori di pronto soccorso che possono contribuire alla riduzione del fenomeno della mancata segnalazione. La conoscenza degli eventi di violenza e delle modalità con cui viene agita rappresenta un elemento chiave per la progettazione e la realizzazione di misure preventive, pertanto questo approccio di grande interesse, se confermate le potenzialità di utilizzo nella gestione delle aggressioni, potrà anche essere successivamente esteso anche ad altri contesti che vedono impegnati operatori sanitarie e sociosanitari.

Nel formulare i migliori auguri per la riuscita dello studio, colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Stefania Saccardi

50139 Firenze, Via Taddeo Alderotti, 26/N
Tel. 055 4383273
stefania.saccardi@regione.toscana.it

Firenze, 26 Luglio 2017

*Alla cortese attenzione
Prof.ssa L. Rasero*

SEDE

Oggetto: patrocinio progetto violenza nei confronti operatori sanitari

Gent.le Prof.ssa Rasero,
la ringrazio della proposta di patrocinio del progetto sulla violenza nei confronti degli operatori
sanitarie che ovviamente accettiamo. Siamo molto interessati a partecipare e a collaborare
all'iniziativa.

Dott. Riccardo Tartaglia



Prot. P-6120/l.14

29-08-2017

Prof.ssa Laura Rasero

Università degli Studi di Firenze

Oggetto: patrocinio gratuito FNC per Studio "User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study"

A riscontro della Vs richiesta sono lieta di comunicare che il Comitato Centrale Ipasvi ha deliberato di concedere il patrocinio gratuito della FNC per lo Studio sul tema degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari "*User-friendly system (WPV-ER APP) for reporting violent incidents in the Emergency Department: a multicenter study*", promosso dall'Università degli Studi di Firenze.

Relativamente alla richiesta di manifestazione di interesse a partecipare allo Studio, si chiede di poter ricevere ulteriori specifiche al riguardo.

In attesa di risentirci a breve, invio

Cordiali saluti.

La presidente
Barbara Mangiacavalli

Federazione nazionale Collegi Ipasvi
Via Agostino Depretis 70
00184 Roma
Tel. 06 46200101 Fax 06 46200131

Gentilissima **Dr.ssa Rasero**,

scusandoci per il ritardo nel rispondere alla Vs gentile richiesta, è con vero piacere che, in nome e per conto del Ns Presidente, **Dr. Fabrizio Moggia**, comunichiamo che l'Associazione Aniarti, dopo un'attenta valutazione del Vs Studio sugli "**Atti di Violenza nel Pronto Soccorso**", è lieta di concederVi il Patrocinio della Ns Società Scientifica.

Si allega logo per Vs opportuno utilizzo.

Restando a disposizione per ulteriori necessità e ringraziandoVi per il Vs impegno nell'affrontare un argomento così importante e problematico, porgiamo i nostri più Cordiali Saluti.

Benedetta

Segreteria Aniarti

Lun-Ven 09.00-17.00

Ph: 340 4045367

Email: aniarti@aniarti.it

{ INCLUDEPICTURE

"https://webmail.unifi.it/roundcube/?_task=mail&_action=get&_mbox=INBOX&_uid=190140&_token=2b588cef597788ea21eac0a4a3e9c5b4&_part=1.2&_embed=1&_mimeclass=image" * MERGEFORMATINET }

ANIARTI – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

Ai sensi dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003 vi informiamo che il vostro indirizzo di posta elettronica è nei nostri archivi in conseguenza di precedenti comunicazioni intercorse e che sarà da noi utilizzato nel rispetto della vostra volontà di ricevere o meno comunicazioni via posta elettronica dalla nostra associazione. Nel caso perciò desideraste che il vostro indirizzo di posta elettronica fosse rimosso dal nostro archivio, ovvero per l'esercizio dei diritti di cui all'Art. 7 del suddetto D.Lgs., vi invitiamo a scrivere a: { HYPERLINK "mailto:aniarti@aniarti.it" } oppure a { HYPERLINK

"mailto:webmaster@aniarti.it" }

Il responsabile del trattamento dei dati è Dott. Moggia Fabrizio