



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea In Infermieristica

**OVERCROWDING NEI PRONTO SOCCORSO:
FENOMENI DI VIOLENZA E INSODDISFAZIONE**

Relatore: Dott.ssa Turrin Alessandra

Correlatore: Dott. Piazzetta Andrea

Laureando: Visentin Anna

(matricola n.: 2012547)

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

La tesi affronta la questione critica del sovraffollamento nei Pronto Soccorso e il suo impatto significativo sui fenomeni di violenza diretta verso il personale sanitario. Il contesto dei Pronto Soccorso (P.S.) è caratterizzato da un flusso costante di pazienti, attese prolungate e risorse limitate, creando una combinazione di tensioni. Questo studio si propone di esplorare in dettaglio come il sovraffollamento contribuisca a innescare e perpetuare atti di violenza contro gli operatori sanitari. Attraverso un'analisi approfondita dei dati empirici, della letteratura accademica e di un'indagine presso l'Unità Operativa (U.O.) di Pronto Soccorso di Feltre, la ricerca delinea i legami tra il sovraffollamento e l'escalation di episodi di violenza nei PS. Si rileva come il prolungato tempo di attesa, l'insoddisfazione dei pazienti e l'alta tensione emotiva siano fattori scatenanti comuni. L'obiettivo principale della ricerca è quello di sensibilizzare sul problema e di avanzare proposte concrete per affrontare questa sfida. La violenza nei Pronto Soccorso è influenzata da diversi fattori predittivi, tra cui lo stato mentale dei pazienti, il consumo di sostanze, l'irritabilità e l'effetto del sovraffollamento. Le tecniche di de-escalation sono essenziali per gestire situazioni potenzialmente violente, comprendendo una comunicazione efficace e l'impiego di sistemi di sicurezza. I corsi antiviolenza per il personale sanitario sono cruciali per prevenire e affrontare la violenza. Assicurare un ambiente sicuro con sorveglianza, accesso controllato, layout ben progettato e sicurezza delle attrezzature è fondamentale. La raccolta di dati tramite schede di segnalazione contribuisce a promuovere una cultura di sicurezza e migliorare la gestione della violenza nell'ambiente sanitario. I risultati dell'indagine rivelano che il 50% del personale ha riportato da 1 a 5 episodi di violenza fisica, per quanto riguarda la violenza verbale, il 22,7% non ne è stato mai vittima, mentre il 31,8% ne ha subita da 1 a 5 volte. La violenza verbale-telefonica ha colpito il 45,4% del personale in modo sporadico, mentre il 40,9% l'ha subita da 1 a 5 volte. Il 13,6% ha sperimentato violenza verbale-telefonica più di 5 volte. Inoltre, il 59% del personale non ha mai partecipato a corsi antiviolenza. In definitiva, la tesi dimostra l'urgente necessità di affrontare il sovraffollamento nei PS come parte integrante della prevenzione della violenza contro il personale sanitario.

INDICE

PREMESSA	3
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: OVERCROWDING E TEMPI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	5
1.1 DEFINIZIONE DI OVERCROWDING OSPEDALIERO	5
1.2 CAUSE E CONSEGUENZE DEL SOVRAFFOLLAMENTO	6
1.3 TEMPI MEDI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	7
CAPITOLO 2: VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO	15
2.1 DEFINIZIONE DI VIOLENZA SUL LAVORO	15
2.2 TIPOLOGIE DI VIOLENZA	16
2.3 FATTORI DI RISCHIO PER LE VIOLENZE IN PRONTO SOCCORSO	17
2.4 INCIDENT REPORTING	19
2.5 UNDER REPORTING	20
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI	21
3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO	21
3.2 QUESITI DI RICERCA	21
3.3 ARTICOLI SELEZIONATI	22
3.4 INDAGINE	24
CAPITOLO 4: RISULTATI	25
4.1 RISULTATI DELL'ANALISI DI LETTERATURA	25
4.2 RISULTATI DELL'INDAGINE	28

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	31
5.1 DISCUSSIONE	31
5.2 CONCLUSIONI	32
BIBLIOGRAFIA	33
ALLEGATI	

PREMESSA

Nel panorama complesso e in continua evoluzione del sistema sanitario, si è sviluppata una crescente preoccupazione riguardo all'overcrowding negli ospedali, all'allungamento dei tempi medi di attesa e agli episodi di violenza perpetrati contro il personale sanitario. Questi fenomeni rappresentano sfide critiche per la qualità dell'assistenza sanitaria e per la sicurezza dei professionisti che lavorano all'interno di tali strutture. La presente tesi di laurea si propone di esaminare in dettaglio questa interconnessione tra sovraffollamento, tempi di attesa e violenza nei confronti del personale sanitario, con l'obiettivo di fornire un'analisi di questo fenomeno e delle sue talvolta gravi conseguenze. La ricerca si propone di indagare in profondità queste problematiche, analizzando i fattori scatenanti, le conseguenze per i pazienti e per il personale sanitario, e le possibili soluzioni.

INTRODUZIONE

Nel contesto dinamico e in costante cambiamento del sistema sanitario, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei professionisti sanitari sono diventate preoccupazioni sempre più urgenti. Una sfida cruciale che si è manifestata negli ultimi anni è l'overcrowding negli ospedali, l'aumento dei tempi medi di attesa e gli episodi di violenza contro il personale sanitario. Questi fenomeni non solo mettono in pericolo il benessere dei pazienti, ma anche la salute fisica e mentale di coloro che lavorano per garantire cure di alta qualità. In questa tesi, ci addentreremo nella comprensione e nell'analisi di questa complessa interazione tra sovraffollamento, tempi di attesa e violenza ospedaliera, con l'obiettivo di gettare luce su questi problemi critici. Il capitolo che segue fornirà una panoramica dettagliata di questa problematica. Ciò che rende questa situazione ancora più critica è la crescente incidenza di episodi di violenza contro il personale sanitario. Questi attacchi, sia verbali che fisici, rappresentano una minaccia costante per chi opera nei reparti ospedalieri e minano la

fiducia necessaria tra pazienti e professionisti della salute. I professionisti sanitari sono costantemente esposti a situazioni di conflitto che influenzano negativamente il loro benessere e la loro capacità di fornire assistenza di qualità[1]. Questa tesi mira a esaminare queste questioni in modo approfondito, attraverso un'analisi critica e l'identificazione delle migliori pratiche. L'overcrowding ospedaliero è un problema diffuso a livello globale. Questo fenomeno non solo incide sulla qualità dell'assistenza fornita, ma ha anche un impatto diretto sui tempi di attesa per i pazienti. Un aumento dei tempi medi di attesa può portare a frustrazioni e tensioni, mettendo a dura prova la pazienza dei pazienti e dei loro familiari[2]. Purtroppo, in molti casi, l'escalation di tensione dovuta all'overcrowding e ai tempi di attesa prolungati si traduce in episodi di violenza verbale o fisica contro il personale sanitario.

CAPITOLO 1

OVERCROWDING E TEMPI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO

Il sovraffollamento ospedaliero (overcrowding) ha un impatto diretto sui tempi di attesa dei pazienti. Un ospedale è sovraffollato quando ci sono più pazienti che richiedono cure rispetto alla capacità dell'ospedale di fornire servizi in modo efficiente. Di conseguenza, i tempi di attesa per ricevere cure e trattamenti possono aumentare significativamente. Questo può causare frustrazione per i pazienti e le loro famiglie, ritardi nella diagnosi e nel trattamento delle condizioni mediche e, in alcuni casi, una diminuzione della qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. Inoltre, tempi di attesa prolungati possono influenzare negativamente l'esperienza dei pazienti e la loro percezione dell'efficacia del sistema sanitario creando così una crescente insoddisfazione generale.

1.1 DEFINIZIONE DI OVERCROWDING OSPEDALIERO

L'overcrowding ospedaliero è una situazione in cui il numero di pazienti in un ospedale supera la capacità operativa delle strutture sanitarie[3]. Questo può tradursi in vari problemi, tra cui tempi di attesa prolungati, sovraffollamento dei reparti, l'uso inefficiente delle risorse e una diminuzione della qualità dell'assistenza fornita ai pazienti. Il sovraffollamento ospedaliero può essere causato da una serie di fattori, tra cui un aumento improvviso dell'affluenza di pazienti, una carenza di personale sanitario, la mancanza di posti letto disponibili o problemi organizzativi all'interno dell'ospedale. È una sfida comune che molti ospedali in tutto il mondo devono affrontare e può avere serie implicazioni per la salute e la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario.

1.2 CAUSE E CONSEGUENZE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Le cause comprendono diversi fattori, suddivisi in:

Fattori di input (elementi che influenzano l'ingresso di pazienti nel Pronto Soccorso)

- Nuovi bisogni di cura non soddisfatti nella comunità, l'invecchiamento della popolazione, pazienti complessi, nuove tecnologie diagnostiche, e ammissioni legate a condizioni stagionali o temporali.
- Il numero di accompagnatori può influenzare negativamente il flusso di lavoro.
- Gli accessi evitabili, inclusi quelli legati a carenza di risorse nella rete di emergenza territoriale, possono contribuire all'overcrowding.

Fattori di throughput (riguardano il tempo trascorso da quando un paziente viene registrato fino alla sua dimissione o trasferimento)

- Le consultazioni specialistiche e le indagini diagnostiche aggiuntive possono prolungare il tempo di permanenza in ospedale.
- L'efficienza del personale ospedaliero è fondamentale per garantire un flusso regolare di pazienti attraverso il Pronto Soccorso.

Fattori di output (si riferiscono a ciò che accade dopo che un paziente ha ricevuto cure in Pronto Soccorso e deve essere trasferito o dimesso)

- Il ritardo nel trasporto dei pazienti per liberare spazio nel Pronto Soccorso.
- L'assenza di letti e la mancanza di cure domiciliari adeguate.
- L'overcrowding può portare a fenomeni come il blocco delle uscite e il "boarding" impedendo così la capacità di accogliere nuovi ingressi e ostacolando la gestione globale regolare del flusso di pazienti[4].

Le conseguenze dell'affollamento nei Pronto Soccorso possono essere significative e avere un impatto negativo su diversi aspetti. In elenco:

1. Ritardi nella Cura: L'affollamento porta a ritardi nella fornitura di cure mediche a tutti i pazienti, inclusi quelli in condizioni critiche. Questi ritardi possono avere gravi conseguenze per la salute dei pazienti, specialmente per coloro che richiedono cure immediate.
2. Aumento delle Complicanze: Studi hanno dimostrato che durante i periodi di affollamento, i pazienti affetti da gravi condizioni come la sindrome coronarica

acuta hanno un aumento significativo delle complicanze. Ciò può portare a esiti peggiori per i pazienti.

3. Prolungamento del Ricovero: Il cosiddetto "boarding", in cui i pazienti ricoverati rimangono a causa della mancanza di letti ospedalieri disponibili, prolunga la durata totale del ricovero in ospedale. Questo può portare a inefficienze nel sistema sanitario e costi aggiuntivi.
4. Partenze Senza Visita: L'affollamento aumenta il numero di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso senza essere stati visitati da un medico. Ciò può essere pericoloso, poiché alcuni di questi pazienti potrebbero avere condizioni gravi che richiedono cure immediate.
5. Errori Medici: L'affollamento può aumentare l'incidenza di errori medici dovuti alla pressione e al sovraccarico del personale del Pronto Soccorso. Ciò può compromettere la qualità delle cure fornite.
6. Perdite Economiche: L'affollamento nel Pronto Soccorso può portare a perdite economiche dovute a partenze anticipate dei pazienti, deviazioni verso altri ospedali e allungamento dei tempi di ricovero.
7. Peggioramento della Qualità delle Cure: A causa del sovraccarico di lavoro, la qualità delle cure fornite nel Pronto Soccorso può diminuire. Ciò può influire negativamente sulla salute dei pazienti.
8. Aumento della Mortalità: È stato dimostrato che il ricovero nel Pronto Soccorso è correlato all'aumento delle mortalità a breve e lungo termine. Ridurre il ricovero può contribuire a ridurre la mortalità complessiva[4].

1.3 TEMPI MEDI DI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO

I tempi di attesa medi per i "codici minori" in un contesto ospedaliero variano a seconda delle politiche e delle procedure specifiche dell'ospedale, della gravità dei casi e della disponibilità delle risorse. Tuttavia, in generale, i codici minori si riferiscono a pazienti con condizioni meno gravi o non urgenti che richiedono cure mediche. Questi pazienti spesso devono aspettare più a lungo rispetto a quelli con codici di emergenza più elevati. I tempi di attesa per i codici minori possono variare da alcune ore a diversi giorni, a seconda della priorità assegnata dai professionisti sanitari in base alla gravità

del caso e alla disponibilità delle risorse. L'obiettivo è di fornire un trattamento tempestivo, ma in alcuni casi, a causa dell'afflusso di pazienti e delle risorse limitate, i tempi di attesa possono essere prolungati. Le politiche e le pratiche specifiche variano da ospedale a ospedale e possono essere influenzate da vari fattori, compresa la capacità dell'ospedale, il personale disponibile e le politiche di triage utilizzate per stabilire le priorità di trattamento.

Di seguito andremo ad esaminare nella fattispecie i dati acquisiti nell' Unità Operativa di Pronto Soccorso di Feltre (ULSS 1 Dolomiti).

ACCESSI TOTALI (TUTTI I CODICI COLORE)

	2019	2021	2022	GEN-GIU 2023
NUMERO ACCESSI	16.455	11.954	15.922	17.458
NUMERO PRESTAZIONI / CONSULENZE	135.653	117.625	139.671	149.342
% ACCESSI CON ESITO RICOVERO	13,6%	12,0%	10,1%	10,0%
% ACCESSI CON OBI >4H	8,3%	8,1%	6,5%	5,9%
% OBI CON DIMISSIONE	72,7%	74,3%	78,9%	76,1%
TEMPO MEDIO DI ATTESA	00:41:03	00:39:42	00:38:25	00:43:17
TEMPO MEDIO PERMANENZA IN PS (esclusi accessi con OBI	02:22:31	02:46:29	02:21:36	02:43:57

e permanenza >2 giorni)				
IMPORTO PRESTAZIONI	EURO 1.809.628	EURO 1.522.168	EURO 1.764.373	EURO 1.996.176

Tabella I. Dati acquisiti nell' U.O. Pronto Soccorso di Feltre (Ulss 1 Dolomiti).

Osserviamo dunque i tempi di attesa medi degli accessi totali (tutti i codici colore)

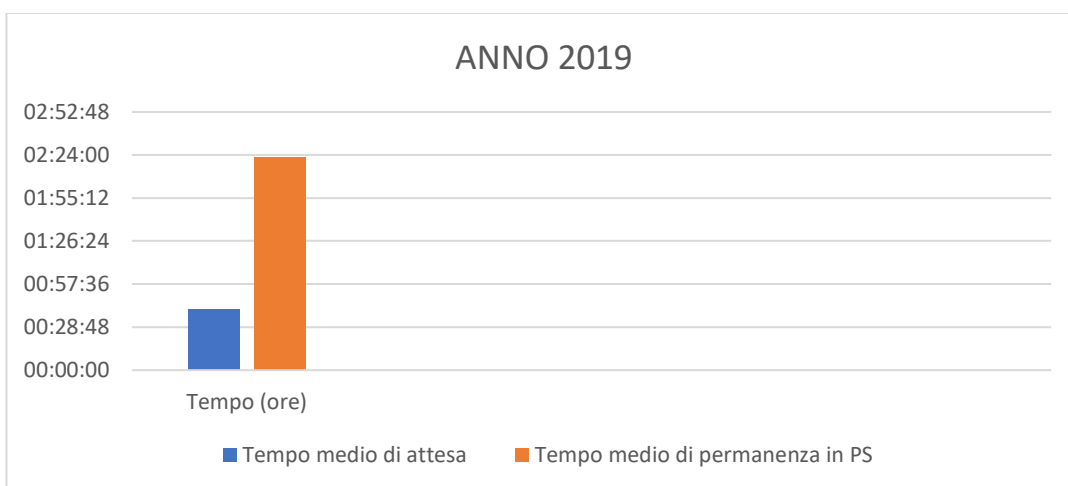


Grafico I. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2019.

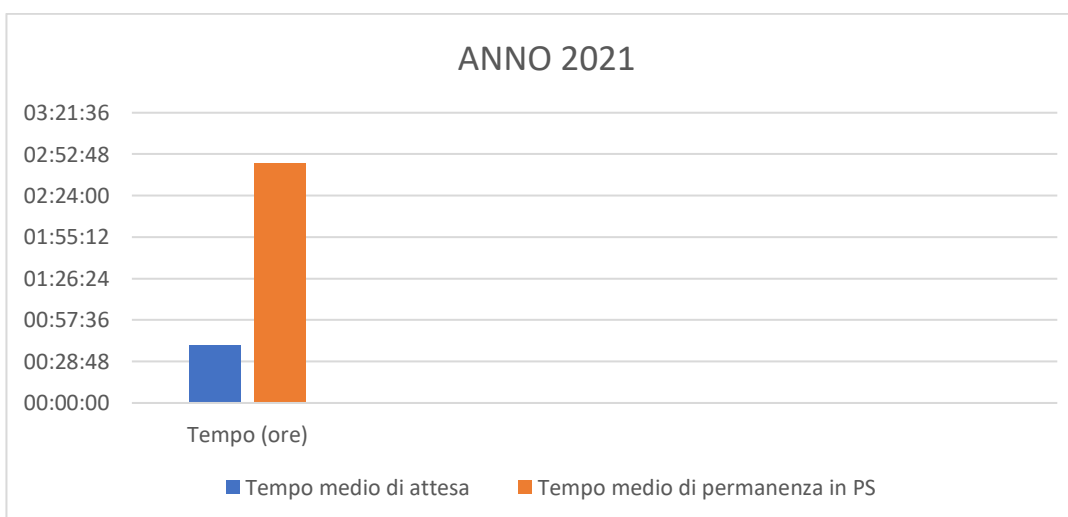


Grafico II. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2021.

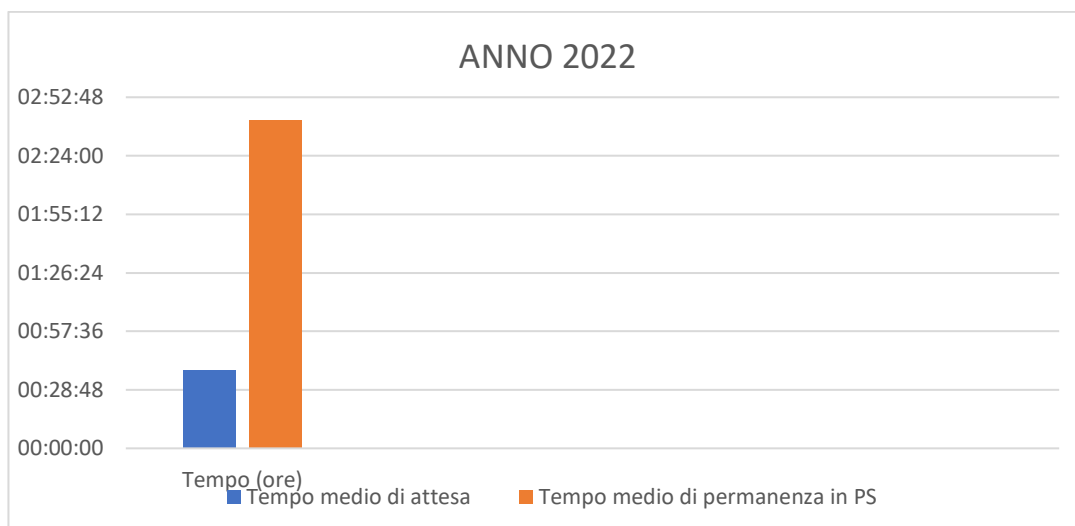


Grafico III. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2022.

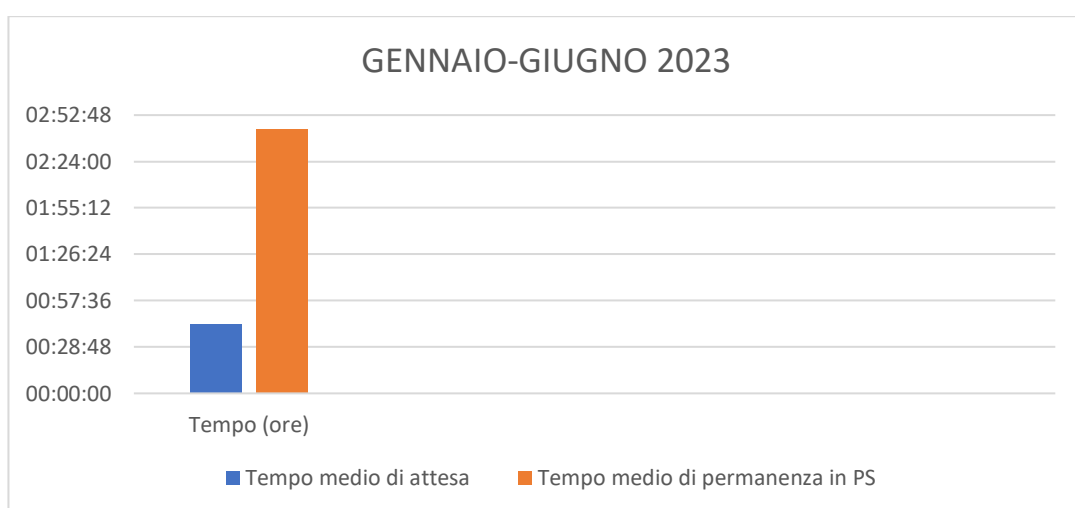


Grafico IV. Tempi medi di attesa e permanenza Gennaio-Giugno 2023.

Nel periodo che va dal 2019 al primo semestre del 2023, sono emersi importanti cambiamenti nei Pronto Soccorso: Il numero di accessi è aumentato nel corso degli anni, raggiungendo un picco di 17.458 nel primo semestre del 2023, rispetto ai 16.455 del 2019. Il numero complessivo di prestazioni o consulenze fornite nei Pronto Soccorso è cresciuto costantemente, passando da 135.653 nel 2019 a 149.342 nel primo semestre del 2023. La percentuale di accessi che hanno richiesto un ricovero ospedaliero è diminuita nel tempo, scendendo dal 13,6% nel 2019 al 10,0% nel primo semestre del 2023. La percentuale di accessi con Osservazione Breve Intensiva (OBI) che hanno richiesto un tempo di osservazione superiore a 4 ore è diminuita

gradualmente, scendendo dall'8,3% nel 2019 al 5,9% nel primo semestre del 2023. La percentuale di casi OBI con esito di dimissione è aumentata leggermente, passando dal 72,7% nel 2019 al 76,1% nel primo semestre del 2023. Il tempo medio di attesa nei Pronto Soccorso ha variato nel tempo, con un picco di 43 minuti e 17 secondi nel primo semestre del 2023. Il tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso, escludendo gli accessi con OBI e le permanenze superiori a 2 giorni, è aumentato nel corso degli anni, raggiungendo 2 ore, 43 minuti e 57 secondi nel primo semestre del 2023. L'importo totale delle prestazioni fornite nei Pronto Soccorso è cresciuto, con un valore di Euro 1.996.176 nel primo semestre del 2023, rispetto ai Euro 1.809.628 del 2019. Complessivamente, questi dati indicano una tendenza verso un aumento sia nel numero di accessi che nel numero di prestazioni, una diminuzione nella percentuale di accessi con esito di ricovero, una riduzione del tempo medio di attesa, ma un aumento del tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso. Inoltre, l'importo delle prestazioni fornite è aumentato nel corso del tempo.

ACCESSI CODICI BIANCHI (CODICI MINORI)

	2019	2021	2022	GEN-GIU 2023
NUMERO ACCESSI	9.771	6.836	9.549	10.938
NUMERO PRESTAZIONI / CONSULENZE	44.923	37.726	47.055	56.282
% ACCESSI CON ESITO RICOVERO	5,0%	4,7%	3,7%	3,8%
% ACCESSI CON OBI >4H	4,4%	4,2%	3,5%	2,9%
% OBI CON DIMISSIONE	72,7%	75,7%	81,2%	78,0%

TEMPO MEDIO DI ATTESA	00:49:04	00:46:08	00:43:33	00:49:25
TEMPO MEDIO PERMANENZA IN PS (esclusi accessi con OBI e permanenza >2 giorni)	02:09:00	02:16:40	02:14:56	02:22:42
IMPORTO PRESTAZIONI	EURO 667.991	EURO 509.122	EURO 624.635	EURO 731.300

Tabella II. Dati acquisiti nell' U.O. Pronto Soccorso di Feltre (Ulss 1 Dolomiti).

In dettaglio, osserviamo i tempi di attesa medi degli accessi di codici bianchi.

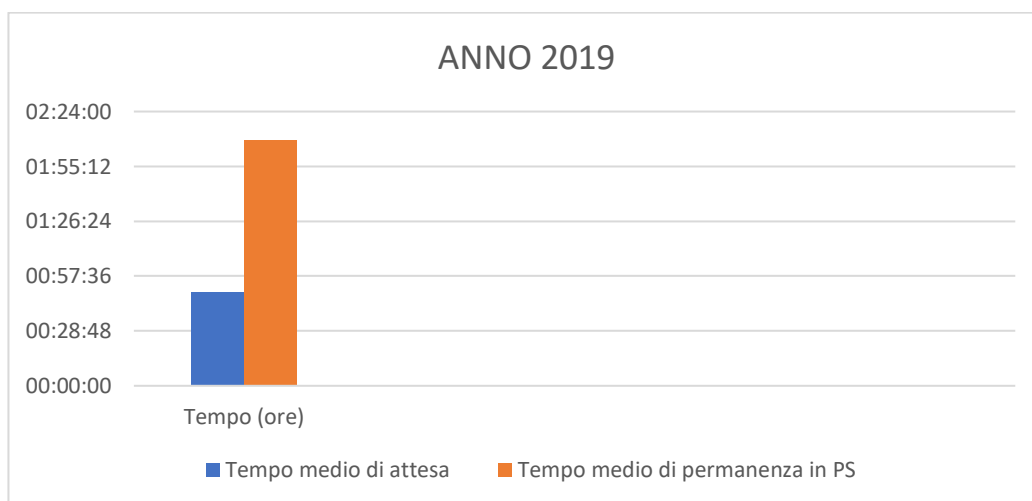


Grafico V. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2019.

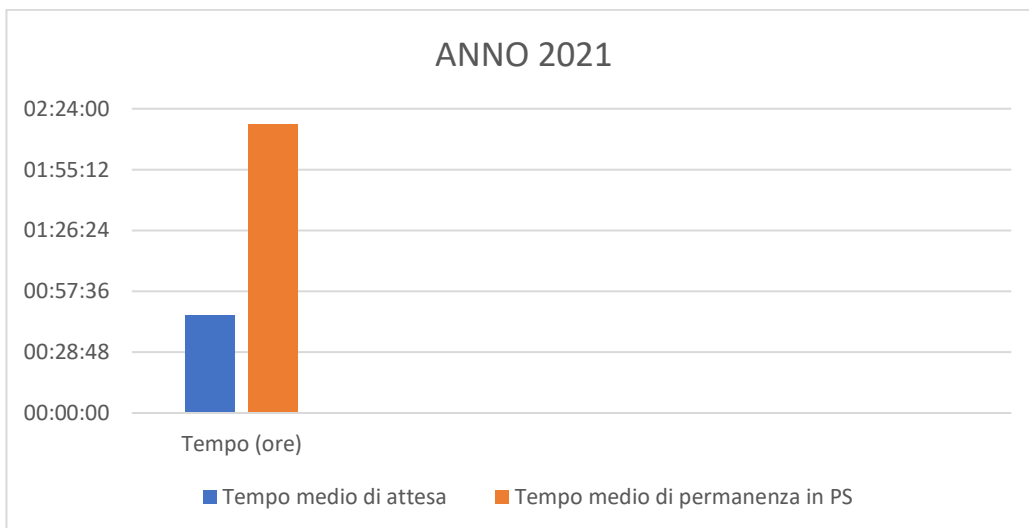


Grafico VI. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2021.

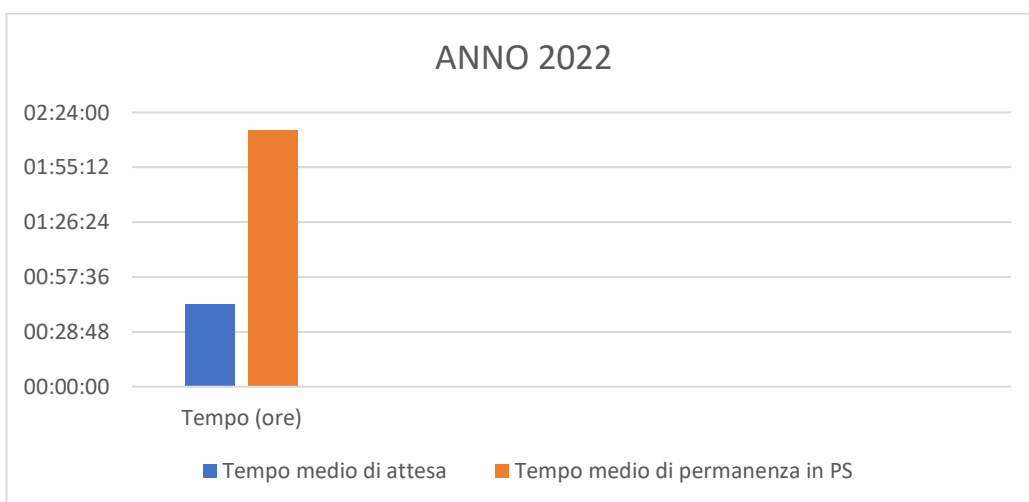


Grafico VII. Tempi medi di attesa e permanenza anno 2022.

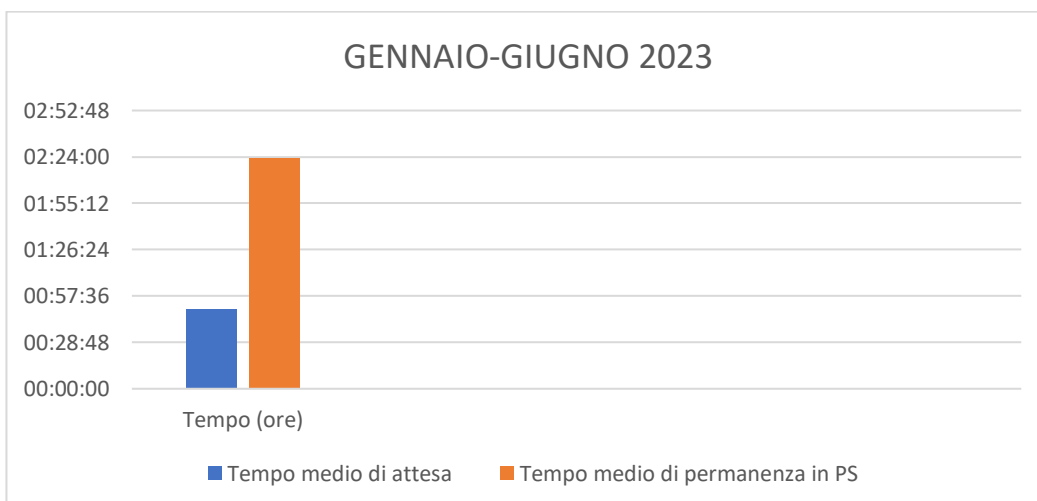


Grafico VIII. Tempi medi di attesa e permanenza Gennaio-Giugno 2023.

È possibile notare alcuni dati significativi relativi all'accesso dei codici minori (bianchi) al pronto soccorso, che forniscono un quadro delle prestazioni e delle tendenze degli ultimi anni. Cominciamo dai numeri di accesso al pronto soccorso. Nel 2019, abbiamo registrato 9.771 accessi, un dato che è sceso a 6.836 nel 2021, ma che è tornato a salire a 9.549 nel 2022. I primi sei mesi del 2023 hanno visto un ulteriore aumento con un totale di 10.938 accessi registrati. Oltre al numero di accessi, è importante esaminare il numero complessivo di prestazioni e consulenze fornite. Nel 2019, sono state effettuate 44.923 prestazioni/consulenze, mentre nel 2021 questo numero è sceso a 37.726, per poi aumentare a 47.055 nel 2022. Nei primi sei mesi del 2023, si è registrato un ulteriore incremento a 56.282 prestazioni/consulenze. Questo può indicare una maggiore richiesta di servizi sanitari da parte dei pazienti. È altrettanto importante notare la percentuale di accessi con esito di ricovero, che è scesa dal 5,0% nel 2019 al 3,7% nel 2022, con un leggero aumento al 3,8% nei primi mesi del 2023. Questo potrebbe indicare una gestione più mirata dei casi che richiedono un ricovero ospedaliero. Un ulteriore aspetto da considerare è il tempo medio di attesa, che è stato di 49 minuti e 4 secondi nel 2019, 46 minuti e 8 secondi nel 2021, 43 minuti e 33 secondi nel 2022 e 49 minuti e 25 secondi nei primi sei mesi del 2023. In generale, il tempo medio di attesa è rimasto relativamente stabile nel corso degli anni. Infine, gli importi delle prestazioni sono aumentati progressivamente, passando da 667.991 euro nel 2019 a 731.300 euro nei primi sei mesi del 2023.

CAPITOLO 2

VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Va posta particolare attenzione su un tema critico e sempre più preoccupante: la violenza nei luoghi di cura, con un focus speciale sul reparto di pronto soccorso. Purtroppo, negli ultimi anni, si è verificato un aumento dei casi di violenza perpetrati nei confronti del personale sanitario all'interno di questi ambienti. Il reparto di pronto soccorso è spesso il primo punto di contatto per chi cerca assistenza medica, ed è un luogo in cui si gestiscono una vasta gamma di situazioni, da quelle meno gravi a quelle potenzialmente mortali. Le organizzazioni spesso sviluppano politiche e procedure per prevenire e affrontare la violenza sul lavoro e per fornire supporto alle vittime. La promozione di un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso è fondamentale per garantire il benessere degli impiegati e la corretta conduzione delle attività lavorative.

2.1 DEFINIZIONE DI VIOLENZA SUL LAVORO

La violenza sul lavoro è una forma di comportamento aggressivo, intimidatorio o dannoso che si verifica in un ambiente lavorativo. Questo tipo di violenza può manifestarsi in diverse forme, comprese la violenza fisica, la violenza verbale, il bullismo, le molestie sessuali, minacce, aggressioni, o altre azioni intenzionali finalizzate a causare danni fisici o psicologici a un individuo o a un gruppo di lavoratori[5]. La violenza sul lavoro può coinvolgere colleghi, superiori, pazienti o qualsiasi altra persona con cui un lavoratore può entrare in contatto durante l'esecuzione delle proprie mansioni.

2.2 TIPOLOGIE DI VIOLENZA

In letteratura vengono identificati 4 principali tipi di violenza:

1. **Violenza Fisica:** Questa forma di violenza comporta l'uso deliberato della forza contro un individuo, senza giustificazione legittima, causando danni fisici o disagio[6]. Può includere azioni come graffiare, spingere, colpire, lanciare

oggetti, mordere, tirare i capelli, schiaffeggiare e persino l'uso di armi come pistole o coltelli[7].

2. **Violenza Verbale:** La violenza verbale coinvolge l'uso di parole inappropriate che causano angoscia o costituiscono una minaccia per gli altri. Questo può includere un linguaggio crudele, insulti, critiche pesanti e attacchi personali basati su caratteristiche come età, razza, etnia o orientamento sessuale. La violenza verbale è una forma diffusa di abuso psicologico che si verifica in tutto il mondo[8].
3. **Abuso Telefonico:** Questo tipo di violenza viene considerato come una sottocategoria della violenza verbale ed è associato a comportamenti aggressivi o minacce tramite chiamate telefoniche[9]. Questo può includere urla, insulti, critiche intense e rimproveri duri ricevuti al telefono[10].
4. **Molestia Sessuale:** La legge italiana definisce la molestia sessuale come qualsiasi comportamento indesiderato a sfondo sessuale o comportamento basato sul sesso che offende la dignità di individui nel contesto lavorativo. Questo può includere atteggiamenti fisici, verbali o non verbali. È importante sottolineare che ciò che viene considerato offensivo può variare da persona a persona e dipende dalla loro percezione individuale[11,47].

Molti studiosi suggeriscono l'esistenza di un ciclo della violenza, un processo in cui è possibile individuare segnali premonitori di un possibile atto di aggressione. Durante questo ciclo, il potenziale aggressore manifesta una progressiva escalation di tensione, che si traduce in un crescente stato di irritabilità e confusione. Successivamente, diventa resistente all'autorità e può manifestare comportamenti conflittuali, che talvolta sfociano in violenza fisica. In questo percorso, emergono chiaramente alcuni comportamenti pre-violenti tipici, tra cui sei segnali comuni: la confusione, l'irritabilità, la tendenza a diventare chiososo, le minacce fisiche e verbali, e l'espressione di rabbia attraverso la distruzione di oggetti. Altri segnali d'allarme includono comportamenti provocatori e manifestazioni di rabbia, come il camminare nervosamente avanti e indietro, il parlare ad alta voce, una postura tesa e frequenti cambi di posizione. È importante notare che molti autori sottolineano come l'abuso verbale sia spesso un preambolo alla violenza fisica, poiché spesso le due forme

coesistono e si sviluppano in parallelo[12,47]. Queste dinamiche evidenziano l'importanza di riconoscere e intervenire tempestivamente sui segnali pre-violenti per prevenire episodi di violenza sul luogo di lavoro.

2.3 FATTORI DI RISCHIO PER LE VIOLENZE IN PRONTO SOCCORSO

Questi fattori identificati nella letteratura mettono in evidenza la complessità della situazione nei Pronto Soccorso e perché questi ambienti sono particolarmente vulnerabili agli episodi di violenza da parte dell'utenza verso il personale sanitario. Alcuni dei principali fattori di rischio includono:

1. Accessibilità 24 ore su 24: Il Pronto Soccorso è accessibile ininterrottamente, con un alto numero di pazienti che accedono direttamente senza una prima valutazione di uno specialista. Questo può aumentare la probabilità di situazioni ad alto contenuto emotivo e tensioni.

2. Natura imprevedibile delle malattie: La natura spesso imprevedibile delle malattie e delle emergenze mediche può portare a una maggiore ansia e stress nei pazienti e nei loro familiari, contribuendo a comportamenti aggressivi[13].

3. Ambiente di lavoro: Gli ambienti dei Pronto Soccorso spesso presentano spazi ristretti, mancanza di privacy, dinamicità costante e carenza di personale addetto alla sicurezza. Questi fattori possono contribuire alla vulnerabilità del personale sanitario[14].

4. Lunghe attese: I lunghi tempi di attesa e l'overcrowding sono fattori scatenanti importanti. I pazienti e le loro famiglie possono diventare frustrati e ansiosi durante le attese prolungate[15].

5. Pazienti con disturbi mentali: La gestione di pazienti con problemi di salute mentale può aumentare il rischio di violenza. Queste persone possono essere più vulnerabili a crisi emotive e comportamenti violenti[16].

6. Abuso di alcol e sostanze stupefacenti: diversi studi hanno dimostrato come l'abuso di queste sostanze aumenti il rischio di commettere violenza[16].

Ulteriori fattori determinanti emergono dalle caratteristiche intrinseche degli infermieri che operano in questo ambiente. Essi devono costantemente interagire con persone vulnerabili e affrontare situazioni complesse. La loro responsabilità consiste nel prendersi cura di una variegata utenza, spesso di passaggio e proveniente da diverse culture[17]. Questi professionisti devono bilanciare la necessità di stabilire priorità nelle loro azioni, agire rapidamente dal punto di vista diagnostico, terapeutico e assistenziale e garantire un alto standard di qualità nella cura, mantenendo sempre un approccio umanizzante. Va notato che il fenomeno della violenza nei confronti del personale sanitario non si limita solo agli operatori stessi ma può coinvolgere anche i familiari e i caregiver dei pazienti[18]. Anche loro possono trovarsi in situazioni difficili e, talvolta, faticare a gestire sentimenti di rabbia, paura o frustrazione. Un aspetto paradossale della violenza in Pronto Soccorso è che il paziente aggressivo può trarne vantaggio a spese degli altri pazienti, poiché il personale tende a visitarlo il prima possibile. Inoltre, è stato notato che gli utenti aggressivi possono influenzare negativamente il comportamento delle altre persone in attesa[19]. In un contesto già intrinsecamente stressante, l'irrequietezza e il disagio di un individuo possono rapidamente diffondersi a chi sta vivendo una situazione simile. È stato calcolato che i lavoratori nel campo della sanità sono esposti a un rischio significativamente più alto di subire violenza sul posto di lavoro, fino a 16 volte di più rispetto ad altre professioni[20]. In particolare, gli infermieri emergono come una categoria professionale particolarmente a rischio, con una probabilità maggiore di essere esposti a situazioni di violenza rispetto ad altri professionisti. Questo rischio è ancora più accentuato per gli infermieri che operano nei Pronto Soccorso[21]. Si stima che circa il 70% degli infermieri sperimenti episodi di violenza durante il proprio servizio, una situazione che spesso è legata alla stretta interazione con i pazienti e i loro familiari. La vicinanza fisica e il rapporto empatico che gli infermieri sviluppano con i pazienti li espongono a un rischio elevato di subire violenza verbale e fisica. È interessante notare che la violenza nei confronti del personale sanitario è più comune in determinati settori ospedalieri, tra cui reparti psichiatrici, geriatria, lungodegenza, ortopedia-traumatologia, nursing di comunità, Pronto Soccorso e servizi di emergenza-urgenza[23,47]. Questi reparti possono creare un ambiente in cui la tensione e l'ansia sono più elevate, aumentando il rischio di episodi di violenza.

2.4 INCIDENT REPORTING

Il sistema di segnalazione degli incidenti è un approccio che ha origini nelle organizzazioni complesse e ad alto rischio, come l'industria aeronautica o nucleare, ed è stato successivamente adattato al settore sanitario. Il suo scopo principale è rilevare situazioni di pericolo per la sicurezza dei professionisti della salute e dei pazienti, causate da problemi organizzativi o errori accidentali. Questo strumento permette ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi che si sono verificati involontariamente, spesso a causa di problemi strutturali latenti, e che hanno causato danni ai pazienti. Inoltre, il sistema consente di segnalare situazioni di rischio imminente, noto come "near miss" o "evento evitato", che avevano il potenziale di provocare danni ma sono stati fortunatamente prevenuti da fattori fortuiti o da efficaci misure di sicurezza. Inoltre, il sistema è in grado di rilevare eventi avversi che si sono verificati senza causare danni o altri effetti indesiderati ai pazienti[24]. Il sistema di segnalazione volontaria mira a promuovere una cultura in cui non ci sia colpevolizzazione individuale quando si verifica un episodio di violenza, un errore o una non conformità. Inoltre, promuove una maggiore sensibilità alla percezione, rilevazione e gestione del rischio per la sicurezza di operatori sanitari e pazienti. L'analisi di eventi avversi o eventi evitati è fondamentale per valutare il livello di sicurezza dell'organizzazione e acquisire informazioni cruciali per la gestione del rischio clinico e per l'implementazione di azioni di miglioramento continue. A questo scopo, la Regione del Veneto ha adottato il sistema di segnalazione degli incidenti in tutte le sue strutture sanitarie. Il sistema permette il libero accesso tramite una piattaforma dedicata collegata a un sistema di gestione dei sinistri e del rischio clinico. Le segnalazioni vengono gestite dai responsabili della gestione del rischio aziendale, che analizzano gli eventi segnalati per identificare i fattori che hanno contribuito all'incidente o alla situazione di rischio[25]. In seguito, vengono condivisi con le strutture coinvolte le correzioni possibili per prevenire futuri incidenti o limitare i danni eventualmente causati.

2.5 UNDER REPORTING

Parallelamente agli episodi di violenza che vengono riportati e denunciati, la letteratura evidenzia un problema significativo noto come "sotto denuncia" (under-reporting)[26]. Uno studio condotto in Italia nel 2013, specificamente a Perugia e riferito ai tre anni precedenti, ha rivelato che il 62,9% delle vittime di aggressioni non ha denunciato alcuno degli atti di violenza subiti[27]. Questo dato sottolinea l'importanza del fenomeno della "sotto denuncia" anche nel contesto italiano. A livello internazionale, le stime indicano che la percentuale di casi di "sotto denuncia" varia dal 20% al 90%[28]. La maggior parte degli infermieri non ha mai o raramente segnalato gli episodi di violenza subiti, in parte a causa dell'abitudine o della normalizzazione di tali incidenti all'interno dell'ambiente di lavoro. In alcuni casi, si potrebbe considerare il rischio di comportamenti aggressivi come parte implicita della professione sanitaria. Frequentemente, gli operatori sanitari sviluppano una sorta di tolleranza nei confronti della violenza, specialmente se il paziente ha patologie o condizioni che potrebbero aver contribuito alla violenza, come l'uso di alcol o droghe. Questa tolleranza potrebbe portare a giustificare il paziente sulla base della sua sofferenza o della sua condizione, o perché si presume che l'atto violento non fosse intenzionale o perché si è riusciti a risolvere la situazione senza denunciare l'utente aggressivo. Questo atteggiamento potrebbe derivare da un senso di empatia nei confronti del paziente o del suo familiare aggressivo, impedendo così la denuncia. Di conseguenza, le vittime tendono a considerare meno gravi gli atti di violenza subiti sul luogo di lavoro rispetto a incidenti simili verificatisi al di fuori dell'ambiente professionale[29]. Questo comporta una sfida nella valutazione delle dimensioni reali del problema, poiché si ritiene che molti dati raccolti negli studi in tutto il mondo rappresentino solo la punta dell'iceberg, a causa dell'ampia presenza del fenomeno dell'under-reporting che nasconde l'entità della violenza sul posto di lavoro[30]. Inoltre, va notato che in molti contesti mancano strumenti o procedure formali per segnalare gli episodi di violenza subiti, il che potrebbe contribuire alla mancata denuncia o segnalazione da parte delle vittime[31,47].

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale di questo studio è quello di esaminare come l'affollamento nei Pronto Soccorso influisce sulla frequenza degli episodi di violenza. Questo studio verrà realizzato attraverso una revisione di letteratura ed un'indagine interna al Pronto Soccorso di Feltre. Gli indicatori di successo includono la presenza di correlazioni significative tra i livelli di affollamento e il numero di episodi di violenza registrati nei Pronto Soccorso durante il periodo di studio.

3.2 QUESITI DI RICERCA

L'analisi di questi quesiti di ricerca può contribuire a una migliore comprensione di come l'overcrowding possa influire sulla sicurezza e sugli episodi di violenza nei Pronto Soccorso e guidare lo sviluppo di interventi mirati per affrontare questa complessa problematica.

1. Quali strategie sono state sviluppate per affrontare l'overcrowding nei Pronto Soccorso?
2. Qual è la frequenza e la natura della violenza nei Pronto Soccorso?
3. In che modo l'overcrowding influisce sulla frequenza degli episodi di violenza nei Pronto Soccorso?

STRINGHE DI RICERCA:

- Nature of violence in emergency departments
- Frequency of violence in the emergency department
- Overcrowding AND violence episodes in emergency departments
- Overcrowding AND waiting times
- Prevention techniques for violence in healthcare settings
- Strategies AND solutions for overcrowding

PAROLE CHIAVE:

Aggression, Emergency department, Healthcare workers, Instigator, Workplace violence, Queuing, Risk factors, Violence, Waiting time, Overcrowding, Factors of workplace violence, Violence against nurses; Violence in emergency department; Workplace violence, De-Escalation.

Operatori Booleani: AND.

CRITERI DI INCLUSIONE:

-Gli articoli dovevano riguardare la violenza o l'aggressione nei contesti di pronto soccorso (ED) o reparti di emergenza in ambito sanitario.

-Gli articoli dovevano essere pubblicati in una varietà di fonti accademiche e scientifiche, inclusi database come PUBMED, SCOPUS, CINAHL.

-Gli articoli dovevano essere scritti in lingua inglese.

-Gli articoli scelti sono stati pubblicati negli ultimi 12 anni.

CRITERI DI ESCLUSIONE:

-Gli articoli che riguardavano la violenza tra operatori sanitari, violenza correlata all'uso di alcol/droga o disturbi psichiatrici sono stati esclusi.

-Gli articoli che non erano direttamente collegati alla violenza o all'aggressione nei contesti di pronto soccorso o reparti di emergenza sono stati esclusi.

-Gli articoli in lingue diverse dall'inglese sono stati esclusi.

-Gli articoli che non erano disponibili o accessibili tramite le fonti di ricerca utilizzate sono stati esclusi.

3.3 ARTICOLI SELEZIONATI

DATABASE	CHIAVE DI RICERCA	RISULTATO DELLA RICERCA	ARTICOLI SELEZIONATI	ARTICOLI SCARTATI
PubMed	Nature of violence in emergency departments	248	2	246
	Frequency of violence in the emergency department	3343	2	3341
	Overcrowding AND violence episodes in	2	2	0

	emergency departments			
	Overcrowding AND waiting times	288	2	286
	Prevention techniques for violence in healthcare settings	706	4	702
	Strategies AND solutions for overcrowding	45	2	43

Tabella III. Articoli di letteratura utilizzati per la revisione. Comprende allegati da I a XIV.

[33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46]

Dei 14 studi identificati:

Revisioni Sistematiche e Meta-Analisi: Articoli 1, 9, 14 sono revisioni sistematiche che raccolgono e analizzano una serie di studi precedenti per trarre conclusioni basate su un ampio corpo di evidenza.

Studi Osservazionali: Gli articoli 2, 3, 4, 5, 8 sono studi empirici condotti in contesti specifici per raccogliere dati sulla violenza nei contesti di pronto soccorso e identificare fattori di rischio e conseguenze.

Articoli di Revisione: Gli articoli 6, 7, 11 sono articoli di revisione della letteratura scientifica corrente, che esaminano e sintetizzano le conoscenze attuali sull'argomento specifico.

Analisi Teoriche: L'articolo 12 è un'analisi concettuale che cerca di chiarire il concetto di "de-escalation" nei contesti sanitari.

Narrative Review: Gli articoli 10 e 13 sono revisioni narrative che esaminano il sovraffollamento nei reparti di emergenza, le sue cause, conseguenze e strategie operative e di intervento.

3.4 INDAGINE

Nel mese di Settembre 2023 è stata svolta un'indagine tramite intervista agli infermieri dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso di Feltre (Ulss 1 Dolomiti) con previa autorizzazione alla raccolta di dati. Le domande sono state formulate basandosi su studi precedenti già presenti in letteratura[32,47], sono state in seguito approvate dal Coordinatore Infermieristico dell'Unità Operativa. Al personale infermieristico è stata sottoposta un'intervista composta da 3 domande inerenti al fenomeno in questione [Allegato XV]. Il riferimento temporale dell'indagine si rapporta all'intera carriera lavorativa in Pronto Soccorso del singolo soggetto intervistato.

- Tipologia e frequenza di violenza subita: è stato chiesto il numero di episodi di violenza subita e la loro tipologia, rispettando i criteri di classificazione riscontrati in letteratura.
- Tipologia di utenti che hanno perpetrato la violenza.
- Partecipazione a corsi antiviolenza per il personale sanitario.

Su un totale di 36 infermieri all'interno del Pronto Soccorso di Feltre sono stati raggiunti 22 infermieri, per un totale del 61,1 %. I dati sono stati reperiti ed elaborati in forma anonima. Le risposte all'intervista possono essere multiple (più di una scelta possibile).

Criteri di inclusione:

- Tipologia di violenza: fisica, verbale, verbale-telefonica
- Frequenza della violenza subita
- Tipologia di utenti violenti
- Corsi antiviolenza

Criteri di esclusione:

- Età
- Genere
- Anni di lavoro
- Tipologia di violenza: molestia sessuale

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1 RISULTATI DELL'ANALISI DI LETTERATURA

Gli studi presi in esame hanno evidenziato che su un totale di 14 articoli selezionati, sono stati documentati ben 9072 casi di violenza nei Pronto Soccorso. La stragrande maggioranza di questi episodi riguardava violenze verbali (77%) e abusi fisici (23%). Questi atti colpiscono principalmente il personale medico, infermieristico e altre categorie di operatori dei Pronto Soccorso. Gli aggressori principali erano familiari e visitatori dei pazienti. Inoltre, più del 20% degli incidenti è avvenuto nella sala d'attesa, mettendo a rischio significativamente il personale. Questi risultati evidenziano l'urgente necessità di ulteriori studi e raccomandazioni per garantire la sicurezza all'interno dei Pronto Soccorso. I principali fattori di rischio riguardano condizioni correlate o accompagnate da malattie mentali, l'assunzione di alcol o sostanze stupefacenti e l'impatto dell'affollamento e dei lunghi tempi di attesa. Sono stati identificati tre temi emergenti legati alla violenza nei Pronto Soccorso: la natura della violenza stessa, i fattori ambientali che contribuiscono ad essa e le strategie di gestione e controllo. La revisione della letteratura ha riportato vari fattori che contribuiscono alla violenza contro gli infermieri nei Pronto Soccorso, tra cui la qualità del servizio, le aspettative non soddisfatte dei pazienti, lunghi tempi di attesa, errori nella cura. Sono stati esaminati programmi di formazione per il personale sanitario per affrontare situazioni violente nei Pronto Soccorso. Sia la formazione online che quella in aula hanno dimostrato di migliorare la conoscenza, le competenze e la fiducia del personale nel riconoscere e affrontare la violenza, questi programmi sono essenziali per preparare il personale a situazioni potenzialmente pericolose. I risultati suggeriscono che la formazione dei lavoratori sanitari sulla costruzione delle relazioni con i pazienti, l'ottimizzazione delle competenze comunicative, la segnalazione accurata degli episodi di violenza e il miglioramento del contesto lavorativo sono essenziali per la gestione efficace della violenza. Questo capitolo raccoglie le soluzioni identificate per affrontare il sovraffollamento nei Pronto Soccorso, esamina i fattori predittivi di violenza e le tecniche di de-escalation volte a disinnescare pattern violenti per garantire

la sicurezza del personale e dei pazienti, analizza i corsi di formazione anti violenza per il personale sanitario e introduce le schede di segnalazione come strumento cruciale nella gestione della violenza nell'ambiente sanitario. Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso è una sfida complessa che richiede soluzioni mirate sia a livello micro che macro. Micro: accelerazione dei percorsi diagnostici: un approccio che ha dimostrato grande efficacia è l'implementazione di percorsi diagnostici standardizzati, Fast Track: Per i pazienti non urgenti con sintomi meno gravi, i Pronto Soccorso hanno introdotto il percorso "fast track". Questo permette il trasferimento diretto dei pazienti a un medico specialista, migliorando notevolmente i tempi di attesa e di trattamento, servizi ambulatoriali fuori dal PS: indirizzare i pazienti verso servizi ambulatoriali al di fuori del Pronto Soccorso è una strategia efficace, assistenza domiciliare, triage di squadra: in alcuni casi ha portato a una riduzione significativa dei tempi di trattamento. A livello macro, alcune strategie includono: semplificazione del processo di ammissione: ridurre la complessità dei processi di ammissione ospedaliera può migliorare il controllo del flusso di pazienti e ridurre i tempi di attesa, Reverse Triage (Triage Inverso): identifica i pazienti ospedalizzati stabili che possono essere dimessi senza rischi rappresenta un modo per liberare letti ospedalieri e ridurre il "boarding", livellamento delle ammissioni elettive: pianificare meglio le ammissioni elettive durante la settimana può ridurre la concorrenza con le ammissioni urgenti e migliorare l'efficienza complessiva, dimissione anticipata, dimissione nel fine settimana: aumentare il numero di dimissioni durante il fine settimana può distribuire in modo più uniforme il flusso di pazienti lungo la settimana[33]. Per quanto concerne i fattori predittivi di violenza e tecniche di De-escalation dagli articoli citati emerge che esistono alcuni fattori predittivi, quali: confusione, irritabilità, minacce verbali e fisiche, distruzione di oggetti, frequenti cambi di posizione, postura tesa e parlare ad alta voce. Le tecniche di de-escalation sono strumenti cruciali nella gestione delle situazioni potenzialmente violente: comunicazione efficace: una comunicazione chiara, calma e rispettosa è fondamentale. Mantenere la calma: l'operatore deve rimanere calmo e controllato durante l'interazione. Rispetto per lo spazio personale: rispettare lo spazio personale della persona coinvolta è cruciale. Mostrare empatia: dimostrare comprensione per le emozioni della persona coinvolta. Ricerca di soluzioni: coinvolgere la persona nella ricerca di soluzioni per affrontare il problema

può aiutare a ridurre la tensione. Tempo: concedere tempo alla persona per calmarsi e riflettere può essere utile. Evitare il confronto diretto. Chiamare il supporto: coinvolgere un professionista specializzato può essere necessario, sistemi di sicurezza[34]. Nel caso in cui la situazione diventi fisicamente pericolosa, è importante avere un piano di sicurezza. Formazione: ricevere una formazione antiviolenza è fondamentale per gli operatori. I corsi antiviolenza nell'ambito sanitario sono programmi di formazione progettati per educare e preparare il personale sanitario a prevenire, gestire e rispondere a situazioni di violenza. Questi corsi sensibilizzano il personale e forniscono competenze e strategie chiave. Obiettivi includono sensibilizzare sul problema, fornire competenze per prevenire situazioni violente, insegnare a riconoscere i segni precoci e promuovere una cultura di segnalazione. I contenuti spaziano dalle tipologie di violenza ai protocolli di sicurezza e devono essere forniti periodicamente[35]. Per prevenire la violenza, è essenziale garantire un ambiente sicuro nei Pronto Soccorso. Questo può essere ottenuto attraverso: sorveglianza video: installare telecamere di sorveglianza in punti strategici del pronto soccorso può aiutare a dissuadere comportamenti violenti e fornire prove in caso di incidenti. Sicurezza del personale: accesso a dispositivi di sicurezza personale. Controllo degli accessi: limitare l'accesso alle aree del pronto soccorso solo a persone autorizzate. Arredamento e layout: progettare il layout del pronto soccorso in modo da massimizzare la visibilità. Sicurezza delle attrezzature: mantenere in modo regolare e adeguato tutte le attrezzature. Trasporto sicuro dei pazienti: utilizzare protocolli di trasporto sicuro per ridurre il rischio di situazioni impreviste durante il trasporto. Sicurezza nelle sale d'attesa: garantire che le sale d'attesa siano ben illuminate e sorvegliate. Personale di sicurezza: assumere personale di sicurezza dedicato o utilizzare servizi di sicurezza esterni. Comunicazione: comunicare chiaramente le politiche e le procedure di sicurezza a tutto il personale e ai pazienti. Feedback e miglioramenti: raccogliere feedback per apportare miglioramenti continui[36]. Infine, le schede di segnalazione sull'insoddisfazione dell'utenza e sugli incidenti di violenza sono un elemento cruciale nel processo di gestione della violenza nell'ambiente sanitario. Consentono al personale di documentare dettagliatamente gli incidenti, fornendo dati preziosi per l'analisi delle tendenze e l'implementazione di misure preventive. La raccolta e l'analisi delle informazioni attraverso l'incident reporting

sono strumenti chiave nella promozione di una cultura di sicurezza e nel miglioramento continuo della gestione della violenza nell'ambiente sanitario. [Allegati XVI, XVII].

4.2 RISULTATI DELL'INDAGINE

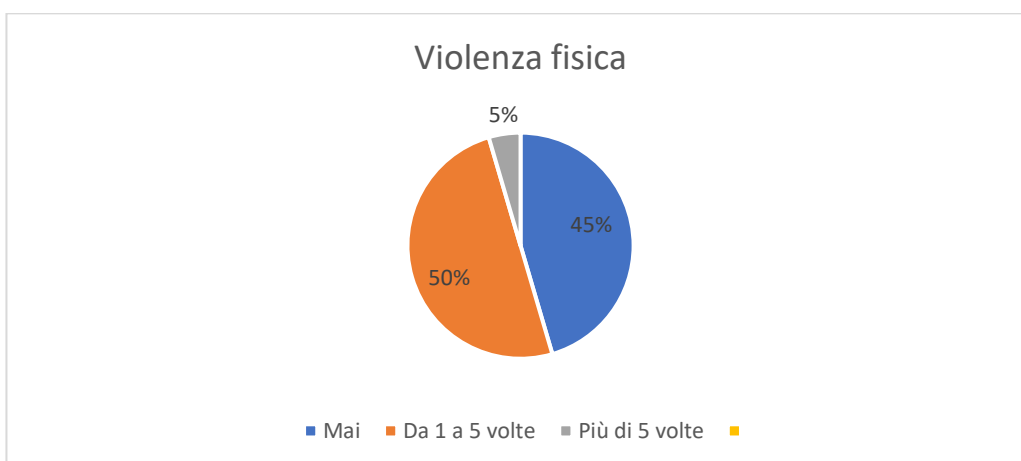


Grafico IX. Percentuale sulla violenza fisica

Il 45,4% non è mai stato vittima di violenza fisica, mentre il 50% riferisce di essere stato vittima da 1 a 5 volte di violenza fisica, il restante 4,5% è stato vittima più di 5 volte di violenza fisica.

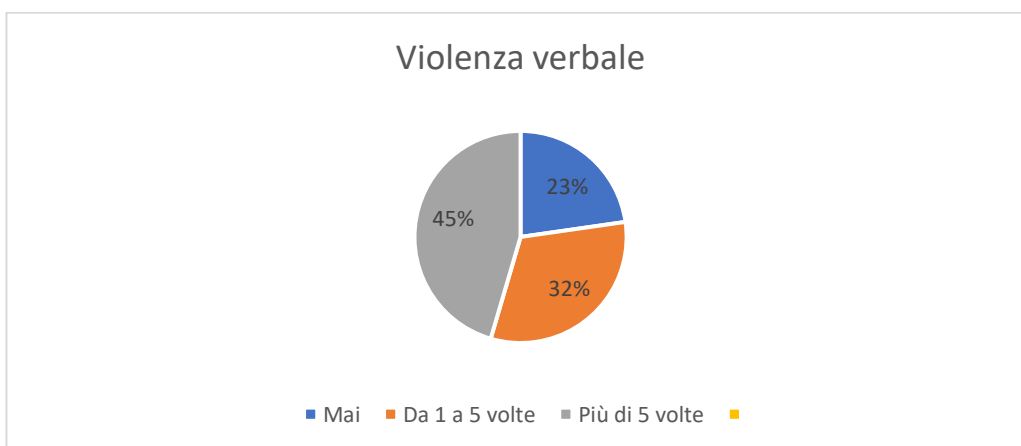


Grafico X. Percentuale sulla violenza verbale

Il 22,7% non è mai stato vittima di violenza verbale, il 31,8% riferisce di aver subito violenza verbale da 1 a 5 volte, il restante 45,4% ne è stato vittima per più di 5 volte.

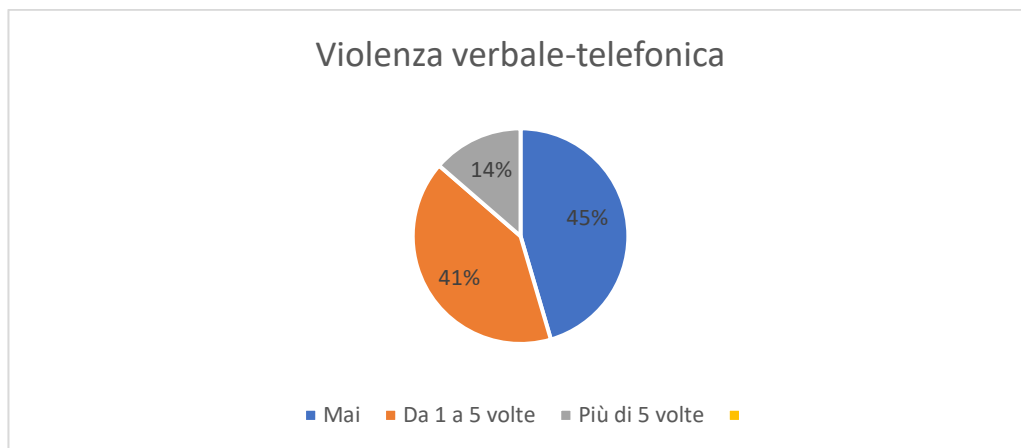


Grafico XI. Percentuale sulla violenza verbale-telefonica

In quest'ultimo grafico il 45,4% non è mai stato vittima di violenza verbale-telefonica, tuttavia il 40,9% lo è stato da 1 a 5 volte, mentre il restante 13,6% ha subito violenza verbale-telefonica per più di 5 volte.

La tipologia di utenza che mette in atto comportamenti violenti riguarda secondo classificazione (più risposte possibili):

- Paziente (58,8%)
- Paziente con turbe psichiche (52,9%)
- Paziente in stato di ebbrezza/ sotto effetto di sostanze stupefacenti (82,3%)
- Paziente in stato confusionale (29,4%)
- Paziente stanco di aspettare (70,5%)
- Familiare o persona significativa per il paziente (76,4%)
- Altro (0%)

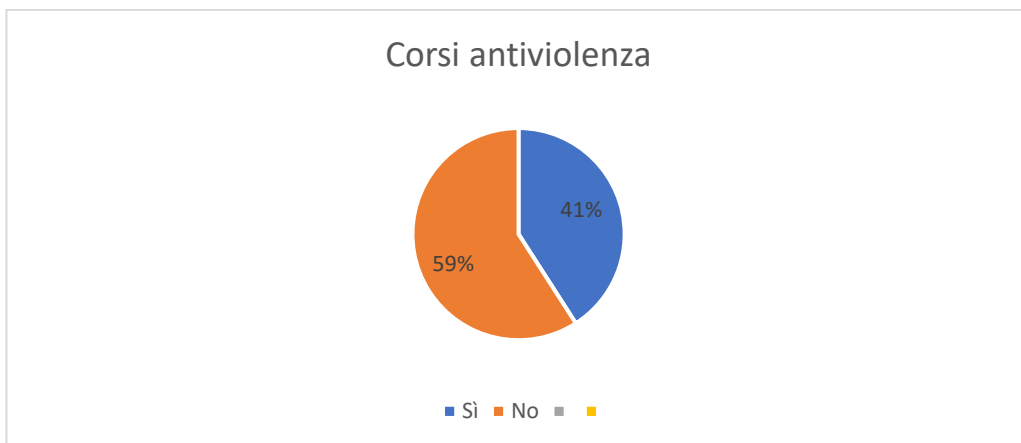


Grafico XII. Percentuale sui corsi anti violenza

Il 40,9% degli intervistati ha partecipato a corsi anti violenza, mentre il 59,1% non ha mai partecipato a questi.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 DISCUSSIONE

Nell'ambito dell'indagine condotta e degli studi reperiti in letteratura, i risultati evidenziano un alto tasso di violenza nei Pronto Soccorso, con la stragrande maggioranza degli operatori sanitari intervistati che ha riportato esperienze di violenza, sia fisica che verbale. In particolare, il 50% del personale ha subito violenza fisica da 1 a 5 volte, mentre il 45,4% ha sperimentato violenza verbale più di 5 volte. La tipologia di utenza responsabile di tali comportamenti comprende principalmente i pazienti che sono in attesa da molto tempo, i pazienti con turbe psichiche e quelli in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. I dati rivelano che la violenza nei Pronto Soccorso rimane un problema critico che richiede ulteriori misure preventive e strategie per garantire un ambiente sicuro sia per il personale che per i pazienti. L'indagine sottolinea l'urgenza di affrontare questo problema e la necessità di ulteriori ricerche e interventi mirati al fine di mitigare la violenza negli ambienti sanitari. È importante sottolineare ulteriori considerazioni emerse da questa indagine sulla violenza nei Pronto Soccorso. I dati mostrano chiaramente che la violenza è una realtà allarmante che coinvolge un'ampia percentuale del personale sanitario. Questo impatto negativo non riguarda solo la salute fisica degli operatori, ma può anche influire notevolmente sulla loro salute mentale e sul benessere generale. La prevalenza di violenza verbale e fisica da parte dei pazienti evidenzia l'importanza di sviluppare strategie di gestione e prevenzione specifiche per affrontare queste situazioni particolarmente complesse, che possono essere disinnescate attraverso una comunicazione efficace, calma ed empatica come suggerisce la tecnica della De-escalation. L'indagine rivela anche che molti operatori sanitari hanno partecipato a corsi anti violenza, indicando una consapevolezza crescente riguardo alla necessità di preparazione e formazione per affrontare tali situazioni. Tuttavia, la percentuale di coloro che non hanno mai partecipato a tali corsi è ancora significativa, suggerendo che potrebbero esserci ulteriori opportunità per promuovere la formazione e l'educazione riguardo alla gestione della violenza. È altresì rilevante che la violenza

coinvolga spesso non solo i pazienti stessi, ma anche i loro familiari o persone significative. Questo pone l'accento sulla complessità delle dinamiche interpersonali e sottolinea l'importanza di sviluppare approcci che coinvolgano anche l'educazione e la comunicazione con i familiari dei pazienti per prevenire situazioni di conflitto. In conclusione, questa indagine ha fornito una visione approfondita e allarmante della diffusa violenza nei Pronto Soccorso. I risultati rivelano che il personale sanitario è esposto a un alto rischio di violenza, con una percentuale significativa che ha riportato episodi di violenza verbale e fisica da parte dei pazienti e dei loro familiari o persone significative.

5.2 CONCLUSIONI

In conclusione, i risultati di questa indagine mettono in evidenza l'urgenza di ulteriori ricerche e azioni concrete per affrontare la violenza nei Pronto Soccorso. La sicurezza del personale e dei pazienti deve rimanere una priorità, e le misure preventive, come la formazione antiviolenza e la sicurezza ambientale, dovrebbero essere attuate su larga scala. Tuttavia, questi risultati non rappresentano soltanto un problema, ma offrono anche una chiara direzione per futuri sforzi di ricerca e azioni preventive. Un approccio multidimensionale che copra formazione, sicurezza ambientale e diminuzione dei tempi di attesa è essenziale per garantire un ambiente sicuro e rispettoso in cui gli operatori possano svolgere il loro lavoro e i pazienti possano ricevere cure di qualità. È di rilevante importanza quindi affrontare il tema della sicurezza nel luogo di lavoro in modo da diffondere una cultura di segnalazione e di condivisione. Inoltre, come suggerisce il codice deontologico della professione, “L’infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività, agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative e alle metodologie di analisi degli eventi accaduti”[48]. In definitiva, questa ricerca mette in luce l'importanza di affrontare il problema della violenza nei Pronto Soccorso in modo tempestivo, contribuendo così a migliorare l'efficacia del sistema sanitario e il benessere di coloro che vi lavorano e vi accedono per ricevere assistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon Gregor Lindner 1, Bertram K Weitok 2 Affiliations expand PMID: 31932966 DOI: 10.1007/s00508-019-01596-7
2. Reeve MM, Lyon DS. Emergency Room communication issues: Dealing with crisis. *Topics in Emergency Medicine*, 2002, 24 (4): 62-6
3. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments R Derlet 1, J Richards, R Kravitz Affiliations expand PMID: 11157291 DOI: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01280.x
4. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures Peter McKenna, Samita M Heslin, Peter Viccellio, William K Mallon, Cristina Hernandez, and Eric J Morley PMID: 3129599, doi: 10.15441/ceem.18.022
5. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational Environment Medicine*, 2004, 61: 495-503; Lyneham J. Workplace violence in New South Wales EDs. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2000, 18 (2): 8-17; Nachreiner NM, Gerberich SG, McGovern PM, Church TP, Hansen HE, Geisser MS et al. Impact of training on work-related assault. *Research in Nursing & Health*, 2005, 28: 67-78
6. Design Council working in partnership with the Department of Health. Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience. London, 2011
7. American Association of Colleges of Nursing. Position statement. Violence as a public health problem. *Journal of Professional Nursing*, 2000, 16: 63-9
8. Design Council working in partnership with the Department of Health. Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience. London, 2011
9. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards ED nurses by patients. *Accident Emergency Nursing*, 2004, 12: 67-73
10. Lyneham J. Workplace violence in New South Wales EDs. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2000, 18 (2): 8-17
11. Ministero dell'Interno Italiano. Molestie sessuali sui luoghi di lavoro: che cos'è- codice di condotta. Disponibile al sito www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampato_tizie/pari_opportunita/app_notizia_19060.html.
12. Almvik R, Woods P. Short term risk prediction: the Broset violence checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10: 231-8; Kao LW, Moore GP. The violent patient: clinical management, use of physical and chemical restraints, and medicolegal concerns. *Emergency Medicine Practice*, 1999, 1 (6): 1-24
13. Brunetti L, Bambi S. Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura

- internazionale. Professioni Infermieristiche, Aprile-Giugno 2013, 66 (2): 109-16; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9
14. Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in Accident and Emergency and acute medicine: a comparative study. Journal of Clinical Nursing, 2003, 12: 842-51; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9
 15. Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. Incidence and related factors of violence in Emergency Departments- A study of nurses in Southern Taiwan. Journal of the Formosal Medical Association, 2007, 106 (9): 748-58
 16. Appelbaum PS. Violence and mental disorders: Data and public policy. The American Journal of Psychiatry, 2006, 163 (8): 1319-21
 17. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4
 18. Reeve MM, Lyon DS. Emergency Room communication issues: Dealing with crisis. Topics in Emergency Medicine, 2002, 24 (4): 62-6
 19. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4; Ramacciati N, Ceccagnoli A. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. Scenario, 2012, 29 (2): 32-8
 20. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. The Online Journal of Issues Nursing, 2004, 9, Retrieved August 10, 2015, from <http://www.nursingworld.org/ojin/>
 21. Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007: 535-541
 22. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. Journal of Interpersonal Violence, 2010, 24: 1980-95
 23. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4; Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. Journal of Advanced Nursing, 2006, 55: 778-87; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9
 24. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf
 25. <https://salute.regione.veneto.it/web/gsrc/incidentreporting>
 26. Mercer Ray M. The Dark Side of the Job: violence in the Emergency Department. Emergency Nursing Association, 2007, 33: 257-61
 27. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence towards nurses in the Triage Area. Scenario, 2013, 30 (4), 4-10
 28. Lyneham J. Workplace violence in New South Wales EDs. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17; Mayhew C, Chappel D. Violence in the workplace. Medical Journal of Australia, 2005, 183: 346-7
 29. Eslamian J, Fard SH, Tavalok K, Yazdani M. The effect of Angers management by nursing staff on violence rate against the in the emergency unit. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2010, 15 (Special Issue): 337-42;

- Mercer Ray M. The Dark Side of the Job: violence in the Emergency Department. *Emergency Nursing Association*, 2007, 33: 257-61
30. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. *L'infermiere*, IPASVI, 2012, 4
 31. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*, 2000, 31, 452-60
 32. Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007: 535-541
 33. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review Marina Sartini 1 2, Alessio Carbone 1, Alice Demartini 1, Luana Giribone 1, Martino Oliva 1, Anna Maria Spagnolo 1 2, Paolo Cremonesi 3, Francesco Canale 4, Maria Luisa Cristina 1 2 Affiliations expand PMID: 36141237 PMCID: PMC9498666 DOI: 10.3390/healthcare10091625
 34. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis Nutmeg Hallett 1, Geoffrey L Dickens 2 Affiliations expand PMID: 28709012 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003
 35. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review Tanja Wirth 1, Claudia Peters 2, Albert Nienhaus 2 3, Anja Schablon 2 Affiliations expand PMID: 34444208 PMCID: PMC8392011 DOI: 10.3390/ijerph18168459
 36. An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence Fiona Timmins 1, Bernard Timmins 2 Affiliations expand PMID: 34032010 DOI: 10.1111/jebm.12432
 37. Violence and abuse faced by junior physicians in the emergency department from patients and their caretakers: a nationwide study from Pakistan Nabil Mahmood Mirza 1, Ali Imran Amjad, Abu Bakar Hafeez Bhatti, Fatima tuz Zahra Mirza, Kashif Shakoor Shaikh, Jawad Kiani, Muhammad Muneeb Yusuf, Muhammad Umair Khan, Muhammad Enoos Nazir, Qazi Assad, Ayesha Humayun, Ismaa Ghazanfar Kiani, Sami Imran Amjad, Sardar Zakariya Imam Affiliations expand PMID: 21669508 DOI:10.1016/j.jemermed.2011.01.029
 38. Nursing management of emergency department violence-Can we do more? Fiona Timmins 1, Gianluca Catania 2, Milko Zanini 2, Giulia Ottonello 2, Francesca Napolitano 2, Maria Emma Musio 2, Giuseppe Aleo 2, Loredana Sasso 2, Annamaria Bagnasco 2 Affiliations expand PMID: 35102617 DOI: 10.1111/jocn.16211
 39. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. G A Pane 1, A M Winiarski, K A Salness Affiliations expand PMID: 1996823 DOI: 10.1016/s0196-0644(05)80941-2
 40. The factors that affect violence against nurses in emergency departments Ibrahim Abu Ras 1 Affiliations expand PMID: 36950614 PMCID: PMC10025084 DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e14306
 41. Violence towards emergency department nurses by patients Julia Crilly 1, Wendy Chaboyer, Debra Creedy Affiliations expand PMID: 15041007 DOI: 10.1016/j.aen.2003.11.003

42. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention Rosangela Caruso 1 2, Tommaso Toffanin 1, Federica Folesani 3, Bruno Biancosino 2, Francesca Romagnolo 1, Michelle B Riba 4, Daniel McFarland 5, Laura Palagini 1 2, Martino Belvederi Murri 1 2, Luigi Zerbinati 1 2, Luigi Grassi 1 2 Affiliations expand PMID: 36445636 PMCID: PMC9707179 DOI: 10.1007/s11920-022-01398-1
43. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments Gabriele D'Ettore 1, Vincenza Pellicani 2, Mauro Mazzotta 3, Annamaria Vullo 4 Affiliations expand PMID: 29644987 PMCID: PMC6357631 DOI: 10.23750/abm.v89i4-S.7113
44. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study Motasem Hamdan 1, Asma'a Abu Hamra 2 Affiliations expand PMID: 25948058 PMCID: PMC4435901 DOI: 10.1186/s12960-015-0018-2
45. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis B Aljohani 1, J Burkholder 2, Q K Tran 3, C Chen 4, K Beisenova 2, A Pourmand 5 Affiliations expand PMID: 34246105 DOI: 10.1016/j.puhe.2021.02.009
46. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments Sven Oredsson 1, Håkan Jonsson, Jon Rognes, Lars Lind, Katarina E Göransson, Anna Ehrenberg, Kjell Asplund, Maaret Castrén, Nasim Farrohknia Affiliations expand PMID: 21771339 PMCID: PMC3152510 DOI: 10.1186/1757-7241-19-43
47. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/20357>
48. https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf

ALLEGATI

TITOLO Articolo 1	Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis
OBIETTIVO	Investigare l'incidenza di violenza in ambienti di Pronto Soccorso (ED) nei confronti del personale sanitario. Identificare i tipi di soggetti coinvolti come istigatori della violenza.
MATERIALI E METODI	Tipo di Studio: Revisione sistematica e meta-analisi. Fonti dati: Database PubMed e SCOPUS. Criteri di esclusione: Studi sulla violenza tra operatori sanitari, violenza preospedaliera, violenza al di fuori dell'ambiente ED, violenza correlata all'uso di alcol/droga o disturbi psichiatrici. Analisi: Meta-analisi a effetti casuali per esaminare l'incidenza della violenza in ED, inclusi tipi di violenza, istigatori e professioni delle vittime.
POPOLAZIONE	9.072
RISULTATI	Violenza verbale: 6.575 casi (72%) Abuso fisico: 1.639 casi (18%) Professioni delle vittime: (36.5%) medici, (55.7%) infermieri, (7.8%) altro personale.
FORZA E LIMITI	Ampia raccolta di dati: L'articolo si basa su una revisione sistematica e meta-analisi di un ampio numero di studi (26 articoli), il che conferisce una solidità statistica alle conclusioni. Analisi dettagliata dei dati: L'articolo fornisce una suddivisione chiara tra violenza verbale e fisica, oltre a identificare le professioni delle vittime. Limitazione geografica: Gli studi inclusi potrebbero provenire principalmente da determinate regioni geografiche, il che potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati a livello globale.

TITOLO Articolo 2	Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study
OBIETTIVO	Valutare le caratteristiche (livello e tipo), i fattori di rischio associati della violenza sul luogo di lavoro contro i lavoratori nei Pronto Soccorso palestinesi.
MATERIALI E METODI	Studio trasversale condotto in 14 dei 39 Pronto Soccorso disponibili in Palestina. Raccolta dati tramite questionario auto-somministrato tra luglio e settembre 2013.
POPOLAZIONE	444
RISULTATI	Le principali ragioni della violenza includono il tempo di attesa, la mancanza di misure preventive e le aspettative insoddisfatte dei pazienti e delle loro famiglie. L'analisi ha evidenziato che il rischio di esposizione alla violenza è maggiore per il personale più giovane (infermieri e medici). È emersa una bassa percentuale (40%) di segnalazione della violenza, principalmente attribuita alla mancanza di azioni intraprese. La violenza ha dimostrato di avere conseguenze significative sul benessere dei lavoratori, sull'assistenza ai pazienti e sulla permanenza nel lavoro.
FORZA E LIMITI	Risultati Dettagliati: L'articolo fornisce risultati dettagliati sulle caratteristiche della WPV, i fattori di rischio, le cause e le conseguenze, fornendo una comprensione approfondita della situazione. Anno di Pubblicazione: L'articolo è stato pubblicato nel 2017, il che potrebbe influenzare la rilevanza dei dati alla luce delle dinamiche cambianti nel tempo.

Allegato II. Articolo n.2

TITOLO Articolo 3	Violence towards emergency department nurses by patients
OBIETTIVO	Identificare l'incidenza della violenza da parte dei pazienti nei confronti degli infermieri nei Pronto Soccorso (PS).
MATERIALI E METODI	Studio descrittivo di coorte longitudinale condotto in due PS del Queensland sud-orientale, Australia. Approvato da comitati etici.
POPOLAZIONE	71 infermieri dei PS hanno partecipato, con 50 (70%) che hanno riportato 110 episodi di violenza in un periodo di cinque mesi.
RISULTATI	La violenza è stata riportata più spesso nei turni serali. I responsabili della violenza sono stati percepiti come influenzati da alcol e droghe, con comportamenti associati a malattie mentali. Gli infermieri sono stati soggetti a insulti, spintoni, colpi e calci.
FORZA E LIMITI	L'articolo riconosce la necessità di identificare tendenze e pattern di violenza nei PS, ma non fornisce un'analisi dettagliata dei fattori di rischio o delle conseguenze.

Allegato III. Articolo n.3

TITOLO Articolo 4	Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital
OBIETTIVO	Determinare l'entità e la portata dell'aggressione da parte di pazienti e visitatori rivolta al personale del Pronto Soccorso.
MATERIALI E METODI	Revisione retrospettiva di un anno dei registri delle forze dell'ordine e dei report degli incidenti del personale del PS.
POPOLAZIONE	Il contesto è un ospedale universitario di medie dimensioni, con circa 40.000 pazienti al PS annualmente.
RISULTATI	La polizia è intervenuta al PS quasi due volte al giorno; il turno di notte ha registrato il 32% dei casi con solo il 13% del volume dei pazienti; i pazienti

	in custodia e quelli in attesa di autorizzazione psichiatrica rappresentano il 40% dei casi; oltre il 20% degli incidenti è avvenuto nella sala d'attesa; il 4,2% degli episodi ha rappresentato una minaccia significativa per il personale del PS.
FORZA E LIMITI	Approccio Oggettivo: L'articolo utilizza dati oggettivi da registri delle forze dell'ordine e report degli incidenti del personale del Pronto Soccorso. Dati Numerici: L'articolo fornisce dati numerici concreti Specificità del Contesto: L'articolo si basa su dati provenienti da un singolo ospedale universitario di medie dimensioni.

Allegato VI. Articolo n.4

TITOLO Articolo 5	Violence and abuse faced by junior physicians in the emergency department from patients and their caretakers: a nationwide study from Pakistan
OBIETTIVO	Valutare la prevalenza della violenza nei PS, esaminare gli effetti della violenza sul lavoro, identificare le cause sottostanti e le soluzioni potenziali.
MATERIALI E METODI	Studio trasversale nazionale su 675 medici in formazione in 9 ospedali terziari in Pakistan .
POPOLAZIONE	Medici in formazione nei Pronto Soccorso in Pakistan.
RISULTATI	76,9% dei medici ha subito abusi verbali o fisici da pazienti o familiari negli ultimi 2 mesi, una percentuale significativa di medici ha riportato ridotta soddisfazione lavorativa e qualità del lavoro diminuita, le principali cause identificate includono mancanza di educazione dei pazienti, sovraffollamento del PS e mancanza di personale di sicurezza.
FORZA E LIMITI	Primo studio epidemiologico nazionale in un paese in via di sviluppo che evidenzia il problema della violenza nei Pronto Soccorso. Non fornisce

	approfondimenti sulle misure preventive o sulle soluzioni proposte per affrontare il problema.
--	--

Allegato V. Articolo n.5

TITOLO Articolo 6	Nursing management of emergency department violence-Can we do more?
OBIETTIVO	Riflessione sulle cause della violenza contro gli infermieri nei reparti di emergenza e discutere potenziali soluzioni e strategie.
MATERIALI E METODI	Revisione della letteratura su Scopus e CINAHL utilizzando il termine 'violence'.
POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	Identificazione di fattori di rischio legati principalmente a condizioni di malattia mentale, sovraffollamento e tempi di attesa lunghi come principali cause di violenza contro gli infermieri in reparti di emergenza. Necessità di soluzioni gestionali più ampie, olistiche, pratiche ed efficaci per promuovere la sicurezza degli infermieri e supportare adeguatamente i pazienti vulnerabili.
FORZA E LIMITI	Discussione approfondita dei fattori di rischio e delle sfide nella gestione della violenza nei reparti di emergenza. Non specifica dettagliatamente la metodologia di revisione della letteratura o i dati specifici di popolazione.

Allegato VI. Articolo n.6

TITOLO Articolo 7	An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence
OBIETTIVO	Esaminare l'associazione tra i tempi d'attesa e le code nei reparti di emergenza e la violenza in tali contesti.
MATERIALI E METODI	Revisione integrativa della letteratura utilizzando i database CINAHL Complete e MEDLINE.

POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	Emergono tre temi principali dalla letteratura: la natura della violenza nei reparti di emergenza, i fattori ambientali che contribuiscono alla violenza e le modalità di gestione e controllo della stessa. Vi è una tendenza a sovrastimare il contributo dei fattori di rischio individuali, con limitata considerazione dell'ambiente nei reparti di emergenza. La principale causa di violenza sembra essere la presentazione di condizioni legate o accompagnate da malattie mentali e l'impatto delle code e del sovraffollamento sui pazienti e le loro famiglie.
FORZA E LIMITI	Esame approfondito delle cause della violenza nei reparti di emergenza e dell'importanza dell'ambiente. Non specifica dettagliatamente la metodologia di revisione della letteratura o i dati specifici di popolazione. La revisione si basa su studi precedenti e non su dati empirici diretti.

Allegato VII. Articolo n.7

TITOLO Articolo 8	The factors that affect violence against nurses in emergency departments
OBIETTIVO	Condurre una ricerca sui fattori che influenzano la violenza contro gli infermieri nei reparti di emergenza.
MATERIALI E METODI	Revisione di letteratura con 10 articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, di cui 7 studi trasversali, 1 studio di caso e 2 studi qualitativi descrittivi retrospettivi.
POPOLAZIONE	La dimensione totale del campione di tutti gli studi è stata di 38.031 partecipanti.
RISULTATI	Gli studi identificati hanno evidenziato diversi fattori che contribuiscono alla violenza contro gli infermieri, tra cui la scarsa esperienza, la qualità del servizio, le aspettative non soddisfatte dei pazienti, i comportamenti disruptivi dei pazienti o dei colleghi, i ritardi nella

	cura, gli errori nelle cure, il grado di dolore dei pazienti, la morte dei pazienti, i conflitti tra colleghi e il carico di lavoro elevato e il sovraffollamento.
FORZA E LIMITI	Ampia revisione della letteratura che copre diversi aspetti della violenza contro gli infermieri. Non fornisce dettagli sulla metodologia di revisione. Non approfondisce le misure preventive o le soluzioni proposte.

Allegato VIII. Articolo n.8

TITOLO Articolo 9	Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review
OBIETTIVO	Riassumere le prove sugli interventi di prevenzione della violenza sul lavoro implementati nei reparti di emergenza per ridurre gli incidenti violenti causati da pazienti/parenti o aumentare la conoscenza, le competenze o il senso di sicurezza del personale sanitario.
MATERIALI E METODI	Revisione sistematica. Ricerca condotta su MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL e PsycINFO per studi dal gennaio 2010 a maggio 2021. Inclusi studi interventistici ed osservazionali su interventi comportamentali, organizzativi o ambientali tra gli operatori sanitari negli ED ospedalieri. Valutazione della qualità metodologica con strumenti del Johanna Briggs Institute.
POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	Quindici studi inclusi, di cui undici hanno esaminato interventi comportamentali (programmi di formazione in aula, online o ibridi) sulle abilità di de-escalation, la gestione delle persone violente o le tecniche di autodifesa. Quattro studi includevano anche interventi organizzativi e ambientali. La maggior parte degli studi ha mostrato che gli interventi hanno

	avuto un effetto positivo sotto forma di riduzione degli incidenti violenti o miglioramento della preparazione dello staff; tuttavia, le prove sono ancora scarse.
FORZA E LIMITI	Utilizzo delle linee guida PRISMA. - Protocollo di studio dettagliato. Analisi descrittiva delle caratteristiche degli studi inclusi. Limitazione nell'effettuare analisi combinate a causa dell'eterogeneità degli studi. Necessità di ulteriori studi, soprattutto su interventi ambientali e organizzativi, con alta qualità metodologica.

Allegato IX. Articolo n.9

TITOLO Articolo 10	Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention
OBIETTIVO	Riassumere la letteratura e analizzare l'epidemiologia, le principali cause, le conseguenze e le aree di intervento legate alla violenza sul lavoro perpetrata contro i medici.
MATERIALI E METODI	Revisione della letteratura utilizzando diversi database, inclusi i più rilevanti studi in articoli di riviste completi che indagavano il problema.
POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	La violenza sul lavoro contro i medici è un fenomeno diffuso, presente in tutto il mondo e correlato a diverse variabili, tra cui variabili individuali, socio-culturali e contestuali. L'incidenza della violenza è aumentata. I dati mostrano anche le possibili conseguenze nel deterioramento della qualità della vita, del burnout e dello stress traumatico nei medici, che sono collegati a problemi di salute fisica e mentale, che, in un effetto domino, si riversano sulla qualità delle cure dei pazienti. La violenza contro i medici è un problema globale urgente con conseguenze a livello individuale e sociale. Questa

	revisione sottolinea la necessità di intraprendere iniziative volte a migliorare la comprensione, la prevenzione e la gestione della violenza sul lavoro nei contesti sanitari.
FORZA E LIMITI	Evidenzia l'importanza del problema della violenza contro i medici e le sue conseguenze sulla qualità delle cure dei pazienti. Non specifica dettagli sulla popolazione di studio o sulla metodologia di inclusione degli studi.

Allegato X. Articolo n.10

TITOLO Articolo 11	Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments
OBIETTIVO	Esaminare la letteratura scientifica corrente riguardante la violenza in luoghi di lavoro contro gli operatori sanitari impiegati nei reparti di pronto soccorso con l'obiettivo di esplorare gli argomenti trattati e rilevare nuove evidenze sull'affrontare il problema.
MATERIALI E METODI	È stata effettuata una ricerca di articoli riguardanti la violenza verso gli impiegati nei reparti di pronto soccorso pubblicati dal gennaio 2007 al dicembre 2017. Gli articoli selezionati sono stati sottoposti a una revisione e valutazione qualitativa in base agli obiettivi della revisione.
POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	Sono stati identificati 60 articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione. Gli argomenti trattati, in ordine di frequenza dall'alto al basso, erano: "Valutazione del rischio", "Tassi di occorrenza", "Gestione del rischio" e "Conseguenze fisiche/non fisiche". Sono state individuate alcune condizioni predittive di violenza fisica da parte dei pazienti.
FORZA E LIMITI	Sottolinea l'importanza di affrontare il problema della violenza nei reparti di pronto soccorso.

	<p>Identifica i principali argomenti trattati nella letteratura scientifica.</p> <p>Non specifica dettagli sulla popolazione di studio o sulla metodologia di inclusione degli studi.</p>
--	---

Allegato XI. Articolo n.11

TITOLO Articolo 12	De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis
OBIETTIVO	Chiarezza del concetto di de-escalation della violenza e dell'aggressione, come descritto nella letteratura sanitaria
MATERIALI E METODI	Analisi concettuale guidata dall'approccio evolutivo di Rodgers.
POPOLAZIONE	79 studi
RISULTATI	<p>I contesti di salute mentale sono quelli in cui più comunemente si verifica la de-escalation, con una maggiore enfasi sulla disciplina infermieristica. Sono state proposte cinque teorie di de-escalation, ma nessuna di esse ha ricevuto un adeguato supporto empirico. Sulla base dell'analisi è stata fornita una definizione teorica di de-escalation in ambito sanitario, che include componenti come la comunicazione, l'auto-regolazione, la valutazione, le azioni e la sicurezza, miranti a estinguere o ridurre l'aggressività o l'agitazione del paziente indipendentemente dalla sua causa, migliorando le relazioni tra il personale e il paziente e riducendo al minimo la coercizione o la restrizione.</p>
FORZA E LIMITI	<p>L'articolo affronta una questione importante relativa alla gestione dell'aggressività nei contesti sanitari. L'analisi è guidata da un approccio concettuale ben definito.</p> <p>L'articolo si basa su un ampio numero di studi. Tuttavia, le teorie di de-escalation proposte mancano di supporto empirico.</p> <p>Nonostante il chiarimento concettuale, l'articolo sottolinea la mancanza di progressi nella creazione di una base di</p>

	evidenza robusta sull'efficacia della de-escalation.
--	--

Allegato XII. Articolo n.12

TITOLO Articolo 13	Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review
OBIETTIVO	Esaminare le cause principali e le conseguenze del sovraffollamento nei reparti di emergenza e valutare le strategie operative sviluppate per affrontare questo problema.
MATERIALI E METODI	Esecuzione di una revisione narrativa della letteratura mediante una ricerca completa su PubMed.gov, Scopus, ISI Web of Science, Science Direct e Google Scholar fino a giugno 2022 utilizzando parole chiave specifiche. Selezione degli articoli in base a criteri di inclusione e esclusione. Due autori hanno effettuato lo screening della letteratura, la selezione degli articoli e la verifica delle referenze. Revisione completa degli articoli selezionati e successiva discussione per raggiungere un consenso.
POPOLAZIONE	Non specificato
RISULTATI	L'articolo raccoglie le principali cause e conseguenze del sovraffollamento nei reparti di emergenza. Vengono esaminate le strategie operative a livello micro (reparti di emergenza) e macro (strategie di ospedale/sistema di cura) per affrontare il sovraffollamento. L'articolo fornisce una panoramica completa delle strategie disponibili.
FORZA E LIMITI	L'articolo affronta una questione importante relativa alla gestione del sovraffollamento nei reparti di emergenza. Utilizza una vasta gamma di fonti e parole chiave specifiche per la ricerca. Tuttavia, la popolazione specifica coinvolta non è definita. L'articolo fornisce un'analisi delle strategie, ma non offre dati empirici sui risultati dell'efficacia di tali strategie.

Allegato XIII. Articolo n.13

TITOLO Articolo 14	A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments
OBIETTIVO	Esplorare scientificamente quali interventi migliorano il flusso dei pazienti nei reparti di emergenza afflitti da sovraffollamento.
MATERIALI E METODI	Eseguita una revisione sistematica della letteratura con una ricerca mirata sui processi di flusso nei reparti di emergenza, seguita dall'valutazione della rilevanza e della qualità metodologica di ogni singolo studio che soddisfacesse i criteri di inclusione. Gli studi sono stati esclusi se non presentavano dati su tempo di attesa, durata della permanenza, pazienti che lasciavano il reparto senza essere stati visitati o altri parametri di flusso basati su un materiale non selezionato di pazienti. Sono stati inclusi solo studi con un gruppo di controllo, sia in uno studio controllato randomizzato che in uno studio osservazionale con controlli storici. Per ciascun intervento, il livello di evidenza scientifica è stato valutato secondo il sistema GRADE, lanciato da un gruppo di lavoro sostenuto dall'OMS.
POPOLAZIONE	L'articolo ha incluso 33 studi, per un totale di oltre 800.000 pazienti.
RISULTATI	L'evidenza scientifica dell'effetto del "fast track" sulla riduzione del tempo di attesa, della durata della permanenza e del numero di pazienti che lasciano senza essere stati visitati è moderatamente forte. L'effetto del "team triage" sulla riduzione del numero di pazienti che lasciano senza essere stati visitati è relativamente forte, ma l'evidenza per gli altri interventi è limitata o insufficiente.
FORZA E LIMITI	L'articolo affronta una questione di grande rilevanza per i reparti di emergenza. Utilizza un approccio sistematico nella revisione della letteratura e una valutazione critica della qualità

	<p>metodologica degli studi inclusi. Tuttavia, l'articolo sottolinea la limitata evidenza scientifica per alcune delle strategie esaminate, il che potrebbe influenzare la validità delle conclusioni.</p>
--	--

Allegato XIV. Articolo n.14

LE È MAI CAPITATO DI SUBIRE ATTI DI VIOLENZA FISICA/VERBALE/VERBALE TELEFONICA DA PARTE DELL' UTENZA SUL LUOGO DI LAVORO (PRONTO SOCCORSO FELTRE)?

(Sono possibili più risposte)

■Violenza fisica (es. calci, spinte, schiaffi, pugni, graffi, pizzicotti, lancio di oggetti, sputi, ecc),

Mai

Da 1 a 5 volte

Più di 5 volte

■Violenza verbale (es. urla contro la propria persona, offese, insulti, minacce, ecc),

Mai

Da 1 a 5 volte

Più di 5 volte

■Violenza verbale- telefonica (es insulti, minacce, ecc),

Mai

Da 1 a 5 volte

Più di 5 volte

CHI HA PERPETRATO LA VIOLENZA A SUO CARICO?

(Sono possibili più risposte)

■Paziente

■Paziente con turbe psichiche

■Paziente in stato di ebbrezza/ sotto effetto di sostanze stupefacenti

■Paziente in stato confusionale

■Paziente stanco di aspettare

■ Familiare o persona significativa per il paziente

■ Altro(specificare)_____

HA MAI PARTECIPATO A CORSI ANTIVIOLENZA?


■ Sì

■ No

Allegato XV. Intervista agli infermieri del U.O. di Pronto Soccorso di Feltre.

Incident Reporting

Segnalazione

Data Evento * <small>Campo obbligatorio</small>		Soggetto coinvolto * <small>Campo obbligatorio</small>	Tipologia Evento * <small>Campo obbligatorio</small>
Struttura * <small>Campo obbligatorio</small>	Sede Operativa * <small>Campo obbligatorio</small>	Indirizzo <small>Indirizzo sede operativa</small>	
Unità Operativa * <small>Campo obbligatorio</small>	UdO * <small>Campo obbligatorio</small>		
Blocco <small>Blocco UdO</small>	Piano <small>Piano UdO</small>	Presidio * <small>Campo obbligatorio</small>	
Tipo processo * <small>Campo obbligatorio</small>		Qualifica Segnalante * <small>Campo obbligatorio</small>	
Nome <small>0/60</small>	Cognome <small>0/60</small>	Email <small>Inserendo la tua email ti verrà inoltrata la segnalazione da te compilata 0/50</small>	

Descrizione del fatto (personale/paziente coinvolto?, luogo?, come?, perche? ..) *

Inserire minimo 100 caratteri 0/3500

Allegati

Non ci sono allegati

AGGIUNGI

