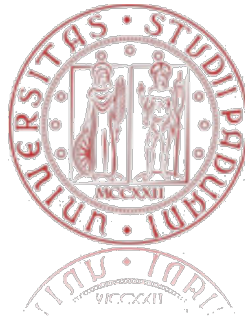


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**Strategie di prevenzione e protezione della violenza sugli
operatori sanitari nell'emergenza extraospedaliera:
una revisione della letteratura.**

Relatore: dott.ssa Matilde Giacomello

Correlatore: dott.ssa Francesca Tavcar

Laureanda: Daria Popa

Matricola n. 2013651

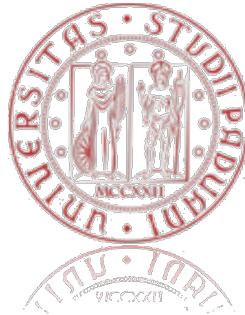
Anno Accademico 2022/2023

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**Strategie di prevenzione e protezione della violenza sugli
operatori sanitari nell'emergenza extraospedaliera:
una revisione della letteratura.**

Relatore: dott.ssa Matilde Giacomello

Correlatore: dott.ssa Francesca Tavcar

Laureanda: Daria Popa

Matricola n. 2013651

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

INTRODUZIONE. In seguito all'emergenza Covid-19, si è osservato un notevole aumento della violenza nei confronti degli operatori sanitari, con particolare impatto nei servizi di emergenza medica. Il personale sanitario di emergenza si trova ad agire in situazioni e ambienti differenti e spesso caratterizzati da impatti emotivi intensi, che possono innescare agitazione nei pazienti, che può poi sfociare in atti di violenza. La violenza può assumere diverse forme e può avere conseguenze importanti che coinvolgono sia l'individuo che l'intero sistema sanitario. Spesso, il personale infermieristico tende a non segnalare questi episodi poiché li considera parte integrante del proprio lavoro. Secondo la Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007, questi vengono definiti veri e propri eventi sentinella che richiedono di mettere in atto diverse politiche di prevenzione e protezione.

OBIETTIVO. Questo studio si propone di indagare le strategie di prevenzione e protezione che gli operatori sanitari che lavorano nell'emergenza extra-ospedaliera possono mettere in atto per far fronte agli episodi di violenza. Inoltre, si pone l'obiettivo di confrontare il protocollo dell'U.O.C 118 di Mestre con i dati emersi dalla letteratura, e valutare eventuali aree di miglioramento.

METODI. È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione dei database scientifici Scopus, Pubmed e Cinahl, inserendo un limite temporale di 5 anni.

RISULTATI. Sono stati selezionati 10 articoli che rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione: due revisioni sistematiche, cinque studi qualitativi, uno studio prospettico, uno studio con metodi misti e una dichiarazione politica.

CONCLUSIONI. Gli studi hanno evidenziato che la gestione della violenza necessita di diversi approcci che coinvolgono più livelli: quello individuale, del singolo infermiere, quello organizzativo, sociale e giudiziario. Dalla letteratura sono emersi questi temi principali per mitigare la violenza sugli operatori sanitari nell'extra-ospedaliero: la formazione, le body-worn camera (BWC), le strategie di protezione, la collaborazione con le forze dell'ordine e l'impegno organizzativo, sociale e giudiziario.

Le aree di miglioramento individuate che possono essere implementate nel protocollo della U.O.C 118 di Mestre sono: il miglioramento della formazione attraverso le simulazioni, migliorare il sistema di reporting, l'utilizzo di un sistema di allarme finalizzato a segnalare le aree a rischio di violenza e migliorare la gestione post-violenza attraverso il debriefing e il sostegno psicologico.

Key-words: Violence; Prevention; Emergency medical service, Paramedics, Emergency medical personnel;

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag. 1
1. QUADRO TEORICO	pag. 3
1.1 Definizione di violenza sul luogo di lavoro	pag. 3
1.2 La violenza sugli operatori sanitari	pag. 3
1.3 La rilevanza del fenomeno in ambito sanitario	pag. 4
1.4 Le conseguenze	pag. 5
1.5 La violenza nell'emergenza extraospedaliera	pag. 6
1.6 La normativa riguardante la violenza sugli operatori sanitari	pag. 7
1.7 Protocollo dell'ULSS 3 per la prevenzione e gestione della violenza dell' U.O.C. del 118	pag. 8
2. PROBLEMA	pag. 9
3. MATERIALI E METODI	pag. 11
3.1 Obiettivo	pag. 11
3.2 Disegno di studio	pag. 11
3.3 Quesito di ricerca	pag. 11
3.4 Banche dati consultate	pag. 11
3.5 Parole chiave e metodo PICO	pag. 11
3.6 Stringhe di ricerca	pag. 13
3.7 Limiti	pag. 13
3.8 Criteri di selezione degli studi	pag. 14
4. RISULTATI	pag. 15
5. DISCUSSIONE	pag. 17
5.1 Primo quesito di ricerca	pag. 17
5.1.1 <i>La formazione</i>	pag. 17
5.1.2 <i>Le body-worn cameras (BWC)</i>	pag. 19
5.1.3 <i>Strategie di protezione</i>	pag. 20
5.1.4 <i>Collaborazione con le forze dell'ordine</i>	pag. 21

<i>5.1.5 Impegno organizzativo, sociale e giudiziario</i>	pag. 21
5.2 Secondo quesito di ricerca.....	pag. 23
5.3 Limiti dello studio.....	pag. 24
CONCLUSIONI	pag. 25

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

Di fronte all'emergenza Covid la figura dell'infermiere ha acquisito molta rilevanza nella società, al punto che i politici e l'opinione pubblica li hanno ammirati definendoli "eroi". Tuttavia, da quanto emerge dalla letteratura e dai mass media, in seguito alla pandemia la violenza a danno degli operatori sanitari ha avuto un incremento significativo che ha coinvolto la sanità italiana e quella di tutto il mondo, soprattutto nei dipartimenti di emergenza-urgenza (Brigo et al., 2022).

La violenza può assumere molte forme, tra cui violenze verbali, insulti, minacce, aggressioni fisiche e stalking, portando ad avere gravi conseguenze sia per la salute degli operatori che per la qualità dell'assistenza. Molto frequentemente gli infermieri non riportano questi episodi, in quanto vengono visti come parte del proprio lavoro, per cui questo problema viene spesso sottostimato (Berlanda et al., 2019).

La violenza sugli operatori sanitari è un fenomeno che non riguarda solo il singolo operatore ma è un problema che ha una ricaduta sull'intero sistema sanitario e sulla società nel suo complesso. Infatti, secondo la Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007, gli atti di violenza verso gli operatori sanitari vengono definiti veri e propri eventi sentinella che richiedono di mettere in atto diverse politiche di prevenzione e protezione (Ministero della Salute, 2007).

La motivazione che ha spinto ad approfondire la tesi è stata l'esperienza di tirocinio presso il SUEM di Mestre e in particolare il fatto che gli operatori sanitari che operano al di fuori degli ospedali affrontano problemi che coinvolgono diverse tipologie di pazienti e possono essere esposti a rischi aggiuntivi a causa dell'ambiente sconosciuto e alla presenza di diversi scenari. Quindi diventa importante indagare le strategie di prevenzione e protezione che divengono gli strumenti principali degli infermieri per gestire questo problema e garantire un ambiente sicuro. Inoltre, si andranno ad esaminare le strategie di prevenzione e protezione già implementate nei protocolli dell'ULSS 3, individuando eventuali aree di miglioramento rispetto a quanto emerge dalla letteratura.

1. QUADRO TEORICO

1.1 Definizione di violenza sul luogo di lavoro

Non esiste una definizione univoca di violenza sul luogo di lavoro; infatti, nella letteratura vengono riscontrate due definizioni: la prima è stata coniata dal National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) che l'ha descritta come "l'atto o la minaccia di violenza, che va dall'abuso verbale alle aggressioni fisiche dirette contro le persone al lavoro o in servizio. L'esito della violenza sul posto di lavoro può variare da conseguenze di tipo psicologico a lesioni fisiche fino al decesso" (NIOSH, 2002). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) invece l'hanno definita come "Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute." (OMS 2002, ILO 2006)

Secondo il libro "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector" bisogna fare una distinzione tra le diverse tipologie di violenza, in quanto spesso viene presa maggiormente in considerazione la violenza fisica e viene sottovalutata quella psicologica, che a differenza di quanto si pensi, ha un grande impatto.

Violenza fisica: è stata definita come l'uso della forza fisica contro un'altra persona o gruppo, che provoca danni fisici, sessuali o psicologici. Include picchiare, calciare, schiaffeggiare, pugnalarlo, sparare, spingere, mordere e pizzicare.

Violenza psicologica: è stata definita come uso intenzionale del potere, compresa la minaccia della forza fisica, contro un'altra persona o gruppo, che può causare danni allo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale. Include abusi verbali, bullismo, mobbing, molestie e minacce (WHO, 2002).

1.2 La violenza sugli operatori sanitari

In generale, in ambito sanitario gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- Servizi di emergenza-urgenza
- Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali

- Luoghi di attesa
- Servizi di geriatria
- Servizi di continuità assistenziale

Sono fattori di rischio per l'incremento degli atti di violenza:

- L'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- La diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- L'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- Lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- Ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- Presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- Mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- Scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture;

I fattori di rischio variano in base alla struttura, tipologia di pazienti, di servizi erogati, ubicazione e dimensione (Ministero della Salute, 2007).

1.3 La rilevanza del fenomeno in ambito sanitario

Dalla letteratura emerge che i dati dell'INAIL relativi al periodo tra il 2019 e il 2021, hanno registrato un totale di 4.821 infortuni legati a episodi di violenza in ambito sanitario, e questi hanno avuto un incremento del 30% nel 2020, in concomitanza con l'insorgere della pandemia Covid-19 (Ministero della salute, 2022).

Tra le diverse categorie professionali, i "tecnici della salute", tra cui rientrano infermieri ed educatori professionali, hanno subito il maggior impatto, rappresentando il 55% dei casi. A

seguire, con il 25%, si collocano gli operatori sociosanitari, mentre il 15% coinvolge gli operatori con qualifiche nelle professioni dei servizi personali e assimilati. Infine, la violenza sui medici costituisce il 5% dei casi (Rossi et al, 2022).

Rispetto alle fasce di età, si può osservare che all'aumentare di questa, si registra una diminuzione della percentuale di violenze. Riguardo al genere, questo fenomeno colpisce in maniera più considerevole il sesso femminile raggiungendo ad interessare il 71% dei casi.

Per quanto riguarda la tipologia di lesioni riportate, il 54,6% è costituito da contusioni, il 22,4% da lussazioni e distorsioni, l'8,9% da ferite e il 7,6% da fratture. Il restante 6,5% comprende diverse altre tipologie di lesioni (Ministero della salute, 2022).

In termini di settori lavorativi, il 46% degli infortuni si è verificato nel campo dell'assistenza sanitaria, che comprende ospedali, strutture di cura a studi medici. Il 28% è stato riscontrato nei Servizi di assistenza sociale residenziale, come case di riposo, strutture di assistenza infermieristica e centri di accoglienza. Il rimanente 26% si è verificato nell'assistenza sociale non residenziale (Rossi et al, 2022).

Un' altro punto essenziale su cui soffermarsi è la carenza di segnalazione presente in tutti i setting assistenziali. La letteratura afferma che solo il 19% degli episodi viene segnalato e che i professionisti non sono interessati a segnalare le violenze per diverse ragioni ma soprattutto per esperienze precedenti di assenza di azioni conseguenti/successive o per paura delle conseguenze e la mancanza di un supporto da parte del management. Inoltre, il personale sanitario che subisce violenza spesso non risulta consapevole e a conoscenza delle politiche e delle procedure di segnalazione (Ministero della salute, 2022).

1.4 Le conseguenze

Le conseguenze della violenza contro gli operatori sanitari possono essere molto gravi e possono culminare in esiti tragici, causando morte o ferite mortali. Ma gli effetti vanno oltre il fisico, coinvolgendo anche aspetti psicosociali che si verificano con burnout, depressione, disturbo da stress post-traumatico e declino dei valori etici. Tutte queste conseguenze portano ad un'insoddisfazione lavorativa che di conseguenza si può tradurre in un abbandono del lavoro e compromissione del funzionamento lavorativo, in particolare, minando la loro capacità di prendere decisioni, di eseguire il proprio lavoro con competenza e garantire cure di alta qualità. Questo può creare un circolo vizioso di diminuzione della fiducia in sé stessi e un aumento del rischio di errori, con possibili conseguenze gravi sia per

i professionisti stessi che per i pazienti, che si traduce in un ambiente di lavoro meno accogliente e una minore qualità dei servizi forniti ai pazienti. Oltre agli effetti negativi sopra menzionati, i problemi che sorgono dalla violenza sul luogo di lavoro si estendono anche all'ambiente organizzativo che porta ad una diminuzione della comunicazione efficace tra i membri del team e con i pazienti e ad erodere la fiducia nei confronti della leadership e dell'organizzazione stessa. Questi problemi possono minare l'efficienza dell'organizzazione e persino avere un impatto economico negativo, con le aziende costrette a far fronte alle spese mediche per le vittime (Ministero della Salute, 2022) (Vento et al., 2020) (Berlanda et al., 2019).

1.5 La violenza nell'emergenza extraospedaliera

Come sopra citato, il dipartimento di emergenza urgenza è una delle aree assistenziali più colpite dal fenomeno di violenza. Lavorare come infermiere nell'area dell'emergenza-urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti e spesso questo rischio aumenta nel caso di una formazione inadeguata (FNOPI, 2023).

Mentre spesso si discute della violenza all'interno delle strutture ospedaliere, è altrettanto cruciale affrontare gli episodi di violenza che si verificano al di fuori. La violenza si manifesta in diverse forme, e possono derivare da molti fattori quali tensioni familiari, situazioni di crisi e condizioni di salute mentale dei pazienti. Il rischio di subire violenza risulta più elevato rispetto all'intraospedaliero in quanto gli infermieri sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga (Ministero della Salute, 2007). Inoltre, lavorare come infermiere nell'extra-ospedaliero comporta il dover andare incontro a situazioni imprevedibili dovute alla mancanza di protezioni quando si entra in una casa o in uno spazio sconosciuto per svolgere le prestazioni. (Sé et al., 2021) Spesso il rischio di subire violenza aumenta soprattutto quando in situazioni di pericolo le forze dell'ordine non vengono inviate contemporaneamente con le ambulanze. (Dadashzadeh et al., 2019)

Le conseguenze della violenza extraospedaliera sugli operatori sanitari possono essere simili a quelle sperimentate all'interno degli ospedali. Secondo la letteratura si rilevano principalmente abusi verbali, fisici e molestie sessuali (Gabrovec, 2015).

Nonostante gli sforzi congiunti di organizzazioni e professionisti operanti nell'ambito dell'emergenza per ridurre la violenza in questo settore, la letteratura evidenzia la mancanza di significativi progressi compiuti nel garantire la protezione degli operatori dei servizi di emergenza sanitaria dalla violenza sul campo e che la ricerca dedicata a questo tema rimane ancora insufficiente e scarsamente documentata (Regan, M Murray et al, 2020).

1.6 La normativa riguardante la violenza sugli operatori sanitari

Il problema della violenza sugli operatori sanitari è stato riconosciuto dallo Stato, tanto che il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n.8, novembre 2007 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Questa raccomandazione ha affermato che “Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione. L’obiettivo di questa raccomandazione è di prevenire questo problema attraverso l’implementazione di programmi/protocolli di prevenzione della violenza nelle aziende sanitarie che consentano l’eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti, e l’acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.” (Ministero della Salute, 2007).

Rispetto a questo tema, che con gli anni ha presentato dati sempre più preoccupanti, il Ministero della salute, in seguito alla legge 14 agosto 2020, n.113 e attraverso il decreto ministeriale 13 gennaio 2022, ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie (ONSEPS). Questo osservatorio coinvolge tutti gli stakeholder di riferimento (quali INAIL, FNOPI, Agenas ecc.) e si pone l’obiettivo di lavorare in modo sinergico, attraverso specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti (Ministero della Salute, 2022).

In particolare, le responsabilità assegnate all'Osservatorio sono:

- Monitorare gli atti di violenza commessi ai danni degli esercenti professioni sanitarie e sociosanitarie durante l’esercizio delle loro funzioni
- Sorvegliare eventi chiave che potrebbero dar luogo ad atti violenti o minacce contro gli esercenti di tali professioni

- Promuovere studi e analisi e per proporre misure atte a ridurre i fattori di rischio in contesti ad alto rischio
- Supervisionare l'implementazione di misure preventive e protettive per garantire livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro, in conformità al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81, compresa la promozione dell'uso di strumenti di videosorveglianza
- Favorire la diffusione di buone pratiche in tema di sicurezza per professionisti del settore sanitario, anche nell'ambito del lavoro di squadra
- Incoraggiare la realizzazione di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, volti alla prevenzione e gestione delle situazioni conflittuali e al miglioramento della comunicazione con gli utenti. (Ministero della Salute, 2022)

1.7 Protocollo dell'ULSS 3 per la prevenzione e gestione della violenza dell'UOC del 118

Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari la UOC Centrale Operativa 118 dell'ULSS3 ha elaborato un protocollo con lo scopo di implementare conoscenze e competenze degli operatori, in modo che comprendano quello che accade e interrompano il corso degli eventi.

Il protocollo marca in modo importante la necessità di applicare una politica di “tolleranza zero” nei confronti degli atti di violenza. Diventa quindi importante la denuncia di questi avvenimenti, che viene esaminata dal Direttore, dal Coordinatore Infermieristico e dal Referente di qualità che registreranno le informazioni in modo da individuare nuove misure o miglioramenti da apportare al protocollo.

Il protocollo inoltre promuove la collaborazione con le Forze dell'Ordine di fronte alle situazioni pericolose: “La COP in tutte le chiamate nelle quali si presumono situazioni pericolose per gli operatori deve chiamare le Forze dell'Ordine e coordinarle con l'arrivo dei mezzi di soccorso”. (Protocollo ULSS3)

Oltre alle misure preventive e organizzative, il protocollo tratta anche elementi di strategie comportamentali e di comunicazione verbale e non verbale da adottare di fronte al paziente agitato in modo da prevenire infortuni. In particolare, viene ribadita l'importanza di assumere con i pazienti comportamenti ispiratori di fiducia, rivolgendosi a essi con calma, gentilezza e chiarezza.

2. PROBLEMA

La violenza a danno degli operatori sanitari è un fenomeno che riguarda in modo importante l'area di emergenza e urgenza in quanto quest'ultimi si trovano costantemente di fronte ad ambienti, pazienti e casistiche differenti, in cui possono prevalere impatti emotivamente forti che possono scatenare negli assistiti agitazione che si esaurisce in agiti violenti sia fisici che verbali (Ministero della Salute, 2007).

Tra gli operatori sanitari più coinvolti da questo fenomeno troviamo gli infermieri, che si trovano a lavorare a stretto contatto con i pazienti. Inoltre, l'essere donna, avere una formazione inadeguata e poca esperienza contribuisce ulteriormente al verificarsi del fenomeno (Ministero della salute, 2022) (Rossi et al, 2022).

La scarsa segnalazione degli episodi che si verifica è dovuta a diversi fattori come la paura rispetto alle conseguenze negative che possono derivare dalla segnalazione e anche la scarsa informazione sulle procedure di segnalazione, che poi portano ad una sottostima del problema (Ministero della Salute, 2022) (Berlanda et al., 2019).

Le aggressioni contro gli operatori sanitari hanno impatti negativi sia a livello individuale che su tutto il sistema sanitario nazionale. Le conseguenze comprendono lesioni fisiche, traumi emotivi, stress. Inoltre, tutto questo porta gli infermieri a cambiare lavoro per la paura e il senso di non sentirsi al sicuro. Tutto ciò comporta una diminuzione dell'efficacia e dell'efficienza, che di conseguenza si traduce anche in un danno economico (Ministero della Salute, 2022) (Vento et al., 2020).

Il Ministero della Salute ha definito questi episodi come "eventi sentinella", per questo motivo sono stati implementati dei protocolli operativi in modo da prevenirli (Ministero della Salute, 2007).

La tesi si propone, attraverso una analisi di letteratura, di indagare quali sono le tecniche di prevenzione e protezione che si possono attuare. Inoltre, si andrà ad analizzare il protocollo dell'ULSS 3 della Centrale Operativa 118 per valutare eventuali suggerimenti che si potrebbero apportare grazie agli elementi emersi dalla ricerca in letteratura.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di individuare le strategie di prevenzione e protezione che gli operatori sanitari possono attuare per ridurre o gestire la violenza nell'emergenza extraospedaliera. In seguito, lo studio si propone di confrontare i risultati ottenuti dalla ricerca in letteratura con le strategie proposte dal protocollo dell'ULSS3 dell'UOC del 118 di Mestre.

3.2 Disegno di studio

È stata redatta una revisione della letteratura.

3.3 Quesiti di ricerca

1. Quali sono le strategie di prevenzione e protezione che gli operatori sanitari che lavorano nell'emergenza extraospedaliera, possono mettere in atto per gestire la violenza?
2. Come si potrebbe migliorare la gestione della violenza sugli operatori sanitari nell'area dell'emergenza extraospedaliera dell'ULSS3 alla luce di quanto emerso dalla letteratura?

3.4 Banche dati consultate

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione di Banche dati elettroniche, quali Pubmed, Cinahl e Scopus., nel periodo tra Luglio 2023 e Ottobre 2023.

3.5 Parole chiave e strategie di ricerca

È stato utilizzato il metodo PIO/PICO per la formulazione delle parole chiave a partire dal quesito di ricerca (Tabella I). Successivamente, è stata costruita una tabella in cui sono state inserite le keywords correlate (Tabella II).

PIO

Tabella I: PIO relativo al primo quesito

PIO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	Operatori sanitari che lavorano nell'emergenza extraospedaliera	Healthcare workers, Emergency Service
I	Strategie di prevenzione e protezione	Prevention and protection strategies
O	Riduzione della violenza	Violence reduction

FACET ANALYSIS

Tabella II: Facet Analysis relative al primo e al secondo quesito

Healthcare workers in Emergency service	Prevention and protection strategies	Violence reduction
<ul style="list-style-type: none">– Out-of hospital emergency– Paramedics– Prehospital emergency nurses– Emergency medical service– Emergency service– Emergency medical technicians	<ul style="list-style-type: none">– Prevention and protection techniques– Defense strategies	<ul style="list-style-type: none">– Violence management– Increase safety– Workplace violence reduction

3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave relative ai quesiti di ricerca sono state create, come riportato di seguito in Tabella III, le stringhe di ricerca utilizzate rispettivamente per ogni banca dati. Tali parole chiave sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano "AND" e "OR". La consultazione dei documenti in formato digitale è stata resa disponibile dal servizio di Auth-Proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

Tabella III. Stringhe di ricerca su banche dati

	Database	Stringa	Risultati	Articoli Selezionati	Flow-chart	Ultima visualizzazione
1	Pubmed	((prevention) OR (protection))AND ("healthcare workers violence"))AND ("emergency service")	92	1	Allegato 2	30/10/23 alle ore 10:00
2	Cinahl	((Prevention) OR (Protection)) AND ("Workplace violence")) AND ("Emergency Medical Service")	7	2	Allegato 3	29/10/23 alle ore 11:30
3	Scopus	((Prevention) OR (Protection)) AND ("Workplace violence")) AND ("Emergency Medical Service")	221	4	Allegato 4	29/10/2023 alle ore 15:00
4	Scopus	((prevention) OR (protection)) AND ("workplace violence")) AND ("emergency service*")	315	3	Allegato 5	30/10/2023 alle ore 17.30

3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati negli ultimi cinque anni, dal 2018 al 2023, e gli studi pubblicati esclusivamente in lingua inglese ed italiana (Tabella IV).

Tabella IV. Limiti inseriti per la ricerca

Database	Limiti inseriti
Pubmed	Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni -Articoli pubblicati in lingua inglese e italiana - Full text
Cinahl	-Articoli pubblicati tra il 2018 e il 2023 -Articoli pubblicati in lingua inglese e italiana -Articoli accademici
Scopus	-Articoli pubblicati tra il 2018 e il 2023 -Articoli pubblicati in lingua inglese e italiana - Open access

3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca sono stati innanzitutto chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella V). Sono state quindi create le stringhe di ricerca e sono stati individuati, attraverso una prima analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti (sono stati presi in considerazione anche eventuali studi proposti per referenza o correlazione dalle banche dati).

Nella selezione finale degli studi, gli articoli presenti tra i risultati di più stringhe di ricerca sono stati considerati solamente una volta.

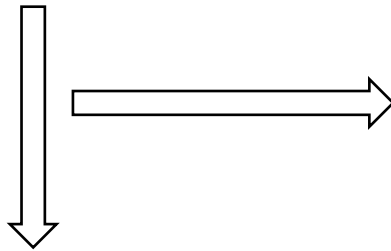
Tabella V. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Database	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pubmed Cinahl Scopus	<ul style="list-style-type: none"> – Studi relativi a operatori sanitari che lavorano nell'emergenza extra-ospedaliera – Studi relativi a strategie di prevenzione e protezione 	<ul style="list-style-type: none"> – Studi relativi a operatori sanitari che lavorano nell'intra-ospedaliero

4. RISULTATI

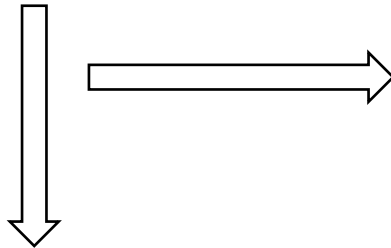
La selezione ha portato ad un totale di 10 articoli. Il seguente flow-chart ne rappresenta sinteticamente il processo.

Risultati **635**:
92 Pubmed
7 Cinahl
536 Scopus



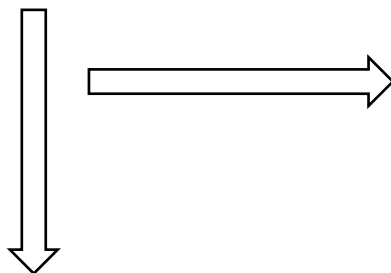
Esclusi alla lettura del
titolo **616**:
91 Pubmed
3 Cinahl
522 Scopus

19 da sottoporre a lettura dell'abstract



Esclusi alla lettura
dell'abstract **8**:
0 Pubmed
2 Cinahl
6 Scopus

11 da sottoporre a lettura integrale



Esclusi alla lettura
completa **1**:
0 Pubmed
0 Cinahl
1 Scopus

10 studi selezionati

I 10 studi selezionati comprendono due revisioni sistematiche, cinque studi qualitativi, uno studio prospettico, uno studio con metodi misti e una dichiarazione politica. Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, la data di pubblicazione, la tipologia di studio, la rivista in cui è stato pubblicato, l'obiettivo, il campione, materiali e metodi, i risultati ottenuti, i limiti dello studio e le conclusioni (Allegato 6).

5. DISCUSSIONE

5.1 Primo quesito di ricerca:

Quali sono le strategie di prevenzione e protezione che gli operatori sanitari che lavorano nell'emergenza extra-ospedaliera, possono mettere in atto per gestire la violenza?

Dalla letteratura emerge che il problema della violenza sugli operatori sanitari nell'extra-ospedaliero necessita di diversi approcci che coinvolgono più livelli, quindi non solo quello individuale, del singolo operatore, ma anche quello sociale, organizzativo e giudiziario. (Drew et al., 2021)

In seguito, saranno descritti i temi principali e più di rilievo emersi dagli articoli selezionati.

5.1.1 *La Formazione*

Tutti gli articoli selezionati hanno individuato la formazione come strategia principale per prevenire e gestire la violenza sugli operatori sanitari.

La capacità di attenuare e difendersi o ritirarsi da un incontro violento è importante; tuttavia, non tutte le persone sono inclini ad agire in modo omogeneo in tali situazioni che comportano ansia e stress, per questo motivo la formazione diventa essenziale. (Drew et al., 2021)

La formazione include diversi approcci:

- ***Programmi di formazione specializzati.*** Per affrontare in modo più efficace la violenza, la letteratura ha individuato la necessità di sviluppare corsi di formazione mirati sulle tipologie di pazienti più frequentemente associati a situazioni di violenza. Tra questi troviamo coloro che fanno utilizzo di alcol o droghe, oppure quelli che hanno problemi di salute mentale. Questi programmi tengono maggiormente in considerazione una metodologia preventiva di gestione della salute mentale piuttosto che reattiva e offrono un approccio su misura per ciascuna categoria di paziente. Ciò garantisce una migliore preparazione a numerosi operatori sanitari che possono non avere esperienza specifica nel campo della salute mentale. (Drew et al., 2021)

- ***L'utilizzo di simulazioni.*** Le simulazioni si sono dimostrate uno metodo valido per gestire la violenza. Il fatto che esse possano essere sviluppate su diversi livelli di formazione e su scenari con complessità crescente fornisce un modo sicuro per addestrare il personale e fornire loro feedback. Questo garantisce l'acquisizione di conoscenze, la loro messa in pratica e il perfezionamento delle competenze che poi verranno applicate sul campo. Questo permetterà di riconoscere situazioni potenzialmente violente e gestirle in modo efficace (Allen et al., 2020) (Garner et al., 2022). Oltre alle simulazioni di addestramento tradizionali la letteratura propone anche simulazioni che utilizzano la realtà virtuale e l'intelligenza artificiale. Quest'ultime includono anche agenti autonomi, che sono personaggi virtuali programmati nella simulazione che possono interagire e rispondere alle azioni avviate dagli individui del mondo reale che partecipano all'esercizio di simulazione. Sebbene la diffusione dei corsi di formazione basati sulla realtà virtuale dovrebbe avere un costo relativamente basso, lo sviluppo della piattaforma potrebbe rivelarsi piuttosto costoso. (Allen et al., 2020)

La formazione deve includere anche una serie di conoscenze e abilità tra cui:

- ***La consapevolezza della situazione.*** La capacità degli infermieri di riconoscere situazioni potenzialmente pericolose e di agire prima che si verifichi violenza verbale o fisica è una competenza importante che può essere migliorata attraverso l'addestramento sia a livello individuale che di squadra (Allen et al., 2020). Gli studi affermano che di fronte ad un pericolo che non può essere gestito con la comunicazione e se la polizia non è presente sul luogo, l'unica strategia diventa fuggire dalla scena. È necessario tralasciare la "mentalità da eroe", individuando i limiti in modo da tutelare la propria sicurezza personale. (Garner et al., 2022)
- ***Strategie di de-escalation.*** Lo stile di comunicazione utilizzato dal personale dei servizi di emergenza è fondamentale per gestire al meglio una situazione che comporta il rischio di violenza. Pertanto, è essenziale formare gli operatori sanitari rispetto al modo di comunicazione e utilizzo di tecniche di de-escalation di fronte a situazioni con pazienti agitati (Maguire et al., 2018). Le strategie più comunemente menzionate per affrontare tali episodi includono: l'uso di dialogo costruttivo con la persona in agitazione, il mantenimento di una distanza sicura, incoraggiare un

cambiamento positivo nel comportamento dell'individuo, cercare aiuto da altri membri del team e la letteratura suggerisce anche l'utilizzo del silenzio per evitare il confronto con l'aggressore. (Sé et al., 2021)

- **L'empatia.** L'empatia é la capacità di un individuo di riconoscere il punto di vista di un'altra persona e di valutarne accuratamente i pensieri e le motivazioni. Questa prospettiva è estremamente importante nella risoluzione dei conflitti perché non solo fornisce informazioni sulle possibili strategie comportamentali degli altri, ma riduce anche la probabilità che le persone agiscano basandosi su emozioni negative (Drew et al., 2021). Agire in modo empatico fornendo informazioni sull'assistenza e comprendendo i bisogni dei pazienti, dei familiari e degli accompagnatori, considerando le loro necessità, comunicando in modo efficace e adottando un approccio di supporto può facilitare il rapporto tra personale e utenti e ridurre al minimo il rischio di violenza sul posto di lavoro. (Sé et al., 2021)
- **Abilità di autodifesa:** la capacità di difendersi da un incontro violento è riconosciuta come una componente strategica per diminuire la violenza e i danni che si possono subire. Per sviluppare questa abilità, è necessario garantire una formazione che simuli situazioni reali che comprenda diversi livelli di stress. (Drew et al., 2021)

5.1.2 Body-worn cameras (BWC)

L'utilizzo di videocamere indossate sul corpo è una strategia relativamente nuova per prevenire la violenza sugli operatori sanitari nell'extra-ospedaliero. La ragione alla base dell'impiego di questo strumento si fonda sul concetto che il monitoraggio del comportamento modifica il comportamento e questo è sostenuto dalla teoria sociale dell'autoconsapevolezza. Questo significa che se un individuo, sapendo con sufficiente certezza che il suo comportamento viene osservato, questo altererà i vari processi sociali. (Drew et al., 2021)

Tuttavia, la letteratura ha opinioni contrastanti sull'utilità di questo strumento per diminuire la violenza. Infatti, secondo uno studio, non esistono prove che l'implementazione delle BWC riduca l'incidenza della violenza nei confronti degli infermieri e del personale che lavora nell'emergenza; perciò, sarebbe interessante indagare ulteriormente l'efficacia di questa strategia. Inoltre, l'implementazione di questo strumento ha anche delle problematiche etiche associate alla privacy, alla riservatezza e alla dignità sia degli

infermieri e operatori sanitari che le indossano ma anche dei pazienti, delle famiglie e degli astanti. (Bruton et al., 2022)

5.1.3 Strategie di protezione

Contenzione chimica e fisica

“L’infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.” (Codice deontologico delle professioni infermieristiche, 2019)

L’uso della contenzione fisica, secondo la letteratura si rivela inefficace per prevenire la violenza a causa dei rischi che questa comporta sia per il personale che applica la contenzione ma anche per il paziente. Tuttavia, può risultare necessaria di fronte ad una situazione incontrollabile con le strategie di de-escalation e in combinazione con gli interventi farmacologici. (Drew et al., 2021)

Spray al peperoncino e ausili per l’autodifesa

Uno studio afferma che in casi di violenza grave, in alcuni stati il personale sanitario di emergenza si difende utilizzando lo spray al peperoncino, mantenendo la distanza, utilizzando dispositivi di contenzione fisica e chimica e tecniche di autodifesa. Da quanto emerge dalla letteratura il personale dei servizi di emergenza sanitaria vede un ruolo importante nelle armi per loro autodifesa (Dadashzadeh et al., 2019). Tuttavia, portare armi di autodifesa è un argomento controverso in quanto introduce una serie di problemi in termini di etica, responsabilità, sicurezza dei pazienti e di necessità di addestramento (Maguire et al., 2018). Le conseguenze che possono derivare causano danni fisici e psicologici sia al personale che ai pazienti o agli astanti (Dadashzadeh et al., 2019). Risulta quindi necessaria la necessità della collaborazione delle forze dell’ordine.

5.1.4 Collaborazione con forze dell'ordine

Come riportato dalla maggior parte degli studi selezionati, è evidente che la polizia svolge un ruolo essenziale nella prevenzione e nella tutela del personale dei servizi di emergenza sanitaria. È importante coordinare gli scenari potenzialmente violenti in collaborazione con le forze dell'ordine. La polizia e il personale preospedaliero dovrebbero essere inviati contemporaneamente su situazioni ad alto rischio, in quanto la mancanza di tempestiva assistenza da parte delle forze dell'ordine in situazioni di violenza da parte di terzi può costringere gli infermieri e i medici a ritirarsi dalla scena, compromettendo la gestione efficace del paziente. (Dadashzadeh et al., 2019)

Un unico studio ha segnalato che alcuni infermieri percepiscono la presenza della polizia sul luogo come un elemento che contribuisce agli episodi di violenza, mentre la maggioranza sostiene che la disponibilità di professionisti specializzati alla sicurezza 24/24 o una risposta rapida in seguito alla chiamata del personale sanitario riduca gli atti di violenza subiti. (Sé et al., 2021)

Poiché i servizi medici di emergenza, polizia e vigili del fuoco spesso lavorano assieme durante le emergenze, è necessario che costruiscano le proprie organizzazioni e interazioni attorno alla struttura del sistema multi-team. La letteratura suggerisce che si potrebbero eseguire corsi di formazione che comportino la collaborazione di tutte e tre le parti. La realizzazione di questi scenari in modo collaborativo consentirebbe ai membri del gruppo di attenuare e disinnescare situazioni violente. La formazione condivisa promuoverebbe la costruzione di un'identità comune, relazioni di fiducia e norme condivise tra i membri dei diversi gruppi che la compongono. (Allen et al., 2020)

5.1.5 Impegno organizzativo, sociale e giudiziario

Dalla letteratura emerge che anche le organizzazioni dei servizi di emergenza medica devono impegnarsi per mitigare la violenza. Questo impegno dovrebbe includere:

- Lo sviluppo di protocolli operativi scritti, linee guida o piani di prevenzione per la violenza che si basano sul contesto e tengano in considerazione le condizioni del paziente, le situazioni di tensione e le risorse disponibili. (Dadashzadeh et al., 2019) (Sé et al., 2021)
- Inoltre, è essenziale che tutti gli elementi di un sistema di mitigazione della violenza siano esposti ad un processo di valutazione approfondito e continuo in modo da

garantire interventi pertinenti, sicuri ed efficaci. (Drew et al., 2021) (“Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems,” 2019)

- L’adozione una politica di tolleranza zero nei confronti della violenza contro i professionisti dei servizi di emergenza sanitaria, i pazienti e altri soggetti presenti nell’ambiente dei servizi di emergenza. (“Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems,” 2019)
- Lo sviluppo di sistemi di reporting: è essenziale sviluppare e applicare politiche di segnalazione obbligatorie che richiedono ai professionisti EMS di riferire tempestivamente le aggressioni verbali e fisiche. (“Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems,” 2019)
- Lo sviluppo meccanismi di indagine e supporto per le vittime tra cui il debriefing, il sostegno tra pari e supporto psicologico (Kellner et al., 2020)
- Una migliore collaborazione tra i colleghi dei servizi medici di emergenza, i legislatori, il pubblico, le case di cura, le carceri, polizia e vigili del fuoco. (Maguire et al., 2018)

A livello sociale la letteratura enfatizza la necessità di un cambiamento culturale in relazione alla violenza contro gli operatori sanitari (Thomas et al., 2020). Lo stato e i mass media possono intervenire con le campagne pubblicitarie mirate a informare l’opinione pubblica sul problema della violenza contro gli operatori sanitari, mettendo in evidenza gli effetti negativi di tali comportamenti e cercando di influenzare i valori e i comportamenti sociali (Kellner et al., 2020). Lo scopo di queste azioni di sensibilizzazione è di raggiungere e mantenere una cultura dei servizi di emergenza sanitaria basata sulla sicurezza dei pazienti e del personale. (“Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems,” 2019)

Dal punto di vista giuridico la maggior parte degli studi propone lo sviluppo di leggi più severe (Sé et al., 2021) (Maguire et al., 2018). Infatti, per scoraggiare e ridurre i comportamenti violenti, alcuni stati hanno implementato leggi che impongono sanzioni più pesanti per le persone che aggrediscono fisicamente i paramedici. (Kellner et al., 2020)

5.2 Secondo quesito di ricerca

Analizzando il protocollo dell'ULSS3 della U.O.C del 118 per la prevenzione e la gestione della violenza, quali miglioramenti si potrebbero apportare alla luce di quanto emerso dalla letteratura?

Il protocollo dell'ULSS 3 tocca temi importanti già riscontrati in letteratura, quali: l'applicazione di una politica di tolleranza zero, la collaborazione con le forze dell'ordine e le diverse strategie comportamentali da attuare con il paziente agitato.

Dalla letteratura sono emersi quattro temi rilevanti che potrebbero essere presi in considerazione da adattare al protocollo dell'ULSS3.

Uno di questi è stato già trattato nel paragrafo precedente relativo all'implementazione di corsi di formazione che impieghi anche l'utilizzo di simulazioni che valutano le capacità degli operatori sanitari di far fronte agli episodi di violenza. Come già affermato, le simulazioni danno la possibilità di apprendere nuove conoscenze ma anche di metterle in pratica. Sarebbe interessante in una ricerca futura valutare come l'implementazione di questa modalità di formazione influenzi i tassi di violenza.

Il secondo tema individuato è di sviluppare un sistema di reporting efficace. Questo sistema ha l'obiettivo di raccogliere, documentare e segnalare i casi di violenza, consentendo così un monitoraggio completo del fenomeno. Lo sviluppo di un sistema di reporting affidabile ed efficace garantisce la possibilità di valutare l'efficacia delle strategie messe in atto per contrastare la violenza sugli operatori sanitari. (Kellner et al., 2020) (Maguire et al., 2018) Per migliorare il processo di reporting è importante semplificarlo e renderlo utile per il personale. Questo può essere realizzato fornendo un feedback al personale sanitario dopo aver effettuato una segnalazione. Inoltre, è essenziale che il personale adotti una politica di tolleranza zero nei confronti della violenza e sia motivato a segnalare gli episodi. Ciò dovrebbe essere supportato da procedure che diano seguito alle segnalazioni. (Thomas et al., 2020)

Il terzo tema individuato riguarda l'utilizzo di un sistema di allarme avanzato finalizzato a segnalare aree a rischio di violenza. Esso consiste in un sistema di localizzazione di interesse che viene utilizzato dal servizio di ambulanza per registrare dettagli relativi ai pazienti e al loro indirizzo di residenza. Questo sistema consente di informare i paramedici su aspetti cruciali del paziente e agevola la loro preparazione per il trattamento. Tuttavia, lo svantaggio

di questo sistema sta nel fatto che si limita solo a indirizzi residenziali privati, pertanto non è possibile identificare le persone note per aggressione nei confronti dei sanitari che sono al di fuori della propria abitazione. (Thomas et al., 2020)

Oltre alla prevenzione, la letteratura evidenzia l'importanza di una gestione post-violenza. Risultano di conseguenza importanti il debriefing, il supporto tra pari e il supporto psicologico. Questi interventi permettono di discutere ed esaminare i fatti e le risposte emotive e di individuare i punti di forza e di debolezza delle strategie di prevenzione utilizzate. Questi meccanismi di supporto prevengono l'aumento di burnout, di meccanismi di coping disadattivi e di problemi di salute mentale. (Kellner et al., 2020)

5. 3 Limiti dello studio

Questo studio presenta dei limiti. Gli studi selezionati sono stati condotti in paesi con contesti sociali e culturali diversi, inoltre alcuni studi presentavano campioni poco numerosi. Di conseguenza, i risultati possono non essere generalizzabili in tutti i contesti. Un altro limite è che i criteri di selezione dello studio prevedevano l'esclusione degli studi che riguardavano la violenza nell'ambiente intraospedaliero, di conseguenza è possibile che alcuni studi scartati contenessero strategie di prevenzione che potevano interessare anche l'ambiente extraospedaliero.

CONCLUSIONI

In questa revisione di letteratura, gli obiettivi principali sono stati valutare le strategie di prevenzione e protezione che possono essere utilizzate per prevenire e gestire la violenza a danno degli operatori sanitari nell'ambito extra-ospedaliero e valutare, alla luce di quanto emerso dagli articoli selezionati, quali adattamenti si potrebbero applicare al protocollo dell'U.O.C del 118 riguardante la prevenzione e la gestione degli atti di violenza rivolti al personale sanitario.

Dai risultati è emerso che per affrontare questo problema sono necessari diversi approcci che coinvolgono sia l'individuo ma anche l'organizzazione, la società e lo stato. Tra le strategie più importanti è stata individuata la formazione, che applica diversi approcci, come simulazioni e corsi di formazione specializzati, ma che fornisce anche diverse conoscenze utili, quali la consapevolezza della situazione, strategie di de-escalation, l'empatia e abilità di autodifesa.

In seguito, è stato trattato il tema della body-worn camera (BWC) da cui è emerso che esistono pareri contrastanti rispetto all'efficacia di questa strategia per prevenire la violenza, per cui sarebbe interessante indagare in uno studio futuro l'impatto di questa sulla violenza. Dalla letteratura sono stati identificati alcuni studi che trattavano l'argomento delle strategie di protezione attraverso contenzione chimica, fisica e l'utilizzo dello spray al peperoncino. Questo tipo di approccio si è rivelato necessario solo nei casi di estrema necessità in cui si veniva coinvolti in fenomeni gravi di violenza e quando le strategie di de-escalation non sono risultate efficaci. Inoltre, gli studi affermano che, lo spray al peperoncino è una strategia controversa che introduce una serie di problemi in termini di etica, responsabilità, sicurezza dei pazienti e di necessità di addestramento.

In seguito, l'attenzione è stata spostata sulla collaborazione con le forze dell'ordine, che risultano fondamentali per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Inoltre, è importante sviluppare corsi di formazione che coinvolgano sia polizia che vigili del fuoco per aumentare il senso di fiducia e la cooperazione.

Infine, sono stati trattati gli interventi che possono essere attuati dal punto di vista organizzativo, sociale e giuridico. In questo paragrafo è stata messa in evidenza la necessità dello sviluppo di protocolli, linee guida e piani di prevenzione, l'adozione di una politica di tolleranza zero nei confronti della violenza, la necessità di sviluppare sistemi di reporting

efficaci e lo sviluppo di meccanismi di supporto post-violenza. A livello sociale emerge la necessità di un cambiamento culturale attraverso campagne pubblicitarie che sensibilizzino delle persone sul problema. Infine, a livello giuridico sono state proposte l'adozione di leggi più severe con conseguenze più pesanti, così da scoraggiare i comportamenti violenti.

Come temi proposti da prendere in considerazione per migliorare il protocollo dell'ULSS3 si riscontrano: l'implementazione di corsi di formazione con l'utilizzo di simulazioni, che rispetto ad un semplice lezione frontale permettono un approccio più pratico. Il secondo tema proposto è lo sviluppo di un sistema di reporting efficace che permette di raccogliere dati significativi, analizzare i risultati e valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione messe in atto. Il terzo tema individuato riguarda l'utilizzo di un sistema di allarme finalizzato a segnalare aree a rischio di violenza. Questo sistema può avvisare il personale in modo tempestivo e consentire adeguate misure di prevenzione. Infine, l'ultimo tema riguarda l'importanza di una buona gestione post-violenza tra cui debriefing e supporto psicologico, che diventano fondamentali per affrontare le conseguenze della violenza.

Il tema della violenza sugli operatori sanitari è sempre più attuale e quindi ulteriori ricerche per individuare le migliori strategie di prevenzione e riduzione del fenomeno sono necessarie, sia a livello nazionale sia a livello delle singole realtà aziendali.

“Gli infermieri e le diverse figure professionali hanno diritto ad un ambiente libero dalla violenza e molestie, basato sul rispetto e sulla dignità umana”. (Sé et al., 2021)

BIBLIOGRAFIA

1. Allen, J. A., Taylor, J., Murray, R. M., Kilcullen, M., Cushenbery, L., Gevers, J., Larson, L., Ioku, T., Maupin, C., Perry, S., Park, S., Rosen, M., Fry, T., McLeod, P., Harris, A., & Fosler, K. (2020). Mitigating Violence Against First Responder Teams: Results and Ideas From the Hackmanathon. *Small Group Research*, 51(3), 375–401. Scopus. doi: [10.1177/1046496419876342](https://doi.org/10.1177/1046496419876342)
2. Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & de Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*, 2019, 5430870. doi: [10.1155/2019/5430870](https://doi.org/10.1155/2019/5430870)
3. Brigo, F., Zaboli, A., Rella, E., Sibilio, S., Canelles, M. F., Magnarelli, G., Pfeifer, N., & Turcato, G. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on temporal trends of workplace violence against healthcare workers in the emergency department. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 126(11), 1110–1116. doi: [10.1016/j.healthpol.2022.09.010](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.010)
4. Bruton, L., Johnson, H., MacKey, L., Farok, A., Thyer, L., & Simpson, P. M. (2022). The impact of body-worn cameras on the incidence of occupational violence towards paramedics: a systematic review. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 14(2), 133–142. Scopus. doi: [10.1108/JACPR-08-2021-0630](https://doi.org/10.1108/JACPR-08-2021-0630)
5. Dadashzadeh, A., Rahmani, A., Hassankhani, H., Boyle, M., Mohammadi, E., & Campbell, S. (2019). Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1190–1199. Scopus. doi: [10.1111/jonm.12791](https://doi.org/10.1111/jonm.12791)
6. Drew, P., Tippett, V., & Devenish, S. (2021). Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker

- prevention strategies and experiences for use in prehospital care. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(11), 841–848. doi: [10.1136/oemed-2020-107037](https://doi.org/10.1136/oemed-2020-107037)
7. Gabrovec, B. (2015). The prevalence of violence directed at paramedic services personnel. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(4), Article 4. doi: [10.14528/snr.2015.49.4.60](https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.60)
 8. Garner, D. G., Jr., DeLuca, M. B., Crowe, R. P., Cash, R. E., Rivard, M. K., Williams, J. G., Panchal, A. R., & Cabanas, J. G. (2022). Emergency medical services professional behaviors with violent encounters: A prospective study using standardized simulated scenarios. *JACEP Open*, 3(2). Scopus. doi: [10.1002/emp2.12727](https://doi.org/10.1002/emp2.12727)
 9. Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Loudoun, R. (2020). Violence at work in the ambulance service: the role of HRM and other systems. *Personnel Review*, 50(7–8), 1647–1664. Scopus. doi: [10.1108/PR-06-2020-0448](https://doi.org/10.1108/PR-06-2020-0448)
 10. Maguire, B. J., O’Neill, B. J., O’Meara, P., Browne, M., & Dealy, M. T. (2018). Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury*, 49(7), 1258–1265. Scopus. doi: [10.1016/j.injury.2018.05.007](https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.05.007)
 11. Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Gonçalves, R. C. D. S., Da Silva, P. S., De Araújo, S. T. C., & De Figueiredo, N. M. A. (2021). Preventive strategies against violence at work from the perspective of pre-hospital care nurses / Estratégias preventivas contra a violência no trabalho sob a ótica dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1336–1342. doi: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10019](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10019)
 12. Thomas, B., O’meara, P., Edvardsson, K., & Spelten, E. (2020). Barriers and opportunities for workplace violence interventions in australian paramedicine: A

- qualitative study. *Australasian Journal of Paramedicine*, 17, 1–9. Scopus. doi: [10.33151/ajp.17.817](https://doi.org/10.33151/ajp.17.817)
13. Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Frontiers in Public Health*, 8, 570459. doi: [10.3389/fpubh.2020.570459](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.570459)
14. Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems. (2019). *Annals of Emergency Medicine*, 74(3), e29–e30. doi: [10.1016/j.annemergmed.2019.05.004](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.05.004)


SITOGRAFIA

1. *A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders* - Regan M. Murray, Andrea L. Davis, Lauren J. Shepler, Lori Moore-Merrell, William J. Troup, Joseph A. Allen, Jennifer A. Taylor, 2020. (n.d.). Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1048291119893388>
2. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. (n.d.). Retrieved from <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9221134466>
3. Ministero della Salute. *Raccomandazione n°8 novembre 2007 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?id=721>
4. Ministero della Salute. *Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie*. (2022) Retrieved from

<https://www.salute.gov.it/portale/professioniSanitarie/dettaglioContenutiProfessionioniSanitarie.jsp?id=5837&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto>

5. Paolo, D. B. (2023, March 22). Violenza sugli operatori sanitari: la relazione della Salute al Parlamento. *fnopi*. Retrieved from <https://www.fnopi.it/2023/03/22/osservatorio-violenza-relazione/>
6. *Violenza contro gli operatori sanitari, dati e analisi in uno studio Inail*. (2022). Retrieved from <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-factsheet-violenza-professioni-sanitarie-2022.html>

ALLEGATO 1: Protocollo UOC Centrale Operativa 118

	Istruzione Operativa PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DEL 118 UOC Centrale Operativa 118	IO/00089 REV2 02/01/2023
---	--	--------------------------------



UOC Centrale Operativa 118

PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DEL 118

Sommario

1. Premessa	2
2. Scopo	2
3. Campo di applicazione	2
4. Responsabilità	2
5. Soggetti Destinatari	3
6. Terminologia e abbreviazioni	3
7. Modalità operative	3
8. Referenti della procedura	4
9. Archiviazione e gestione dei dati	5
10. Documenti di riferimento e allegati	5

Redazione:


Loris (12710) LORENZINI 02/09/2022

Verifica:

Christian (11185) DEGANELLO 23/11/2022

Approvazione:

Paolo (41251) ROSI 22/12/2022

	File: IO-00089	Pagina 1 di 5
---	----------------	---------------

	<p style="text-align: center;">Istruzione Operativa PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DEL 118 UOC Centrale Operativa 118</p>	<p style="text-align: center;">IO/00089 REV2 02/01/2023</p>
---	---	---

1. Premessa

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari del 118 sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Gli operatori del 118 sono a rischio più alto di atti di violenza in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in un stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo. Episodi di violenza, sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione protezione dei lavoratori.

La programmazione e implementazione di misure (strutturali e organizzative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari si realizza a partire dall'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi quali l'omicidio.

La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi.

2. Scopo

Programmazione e implementazione di misure (strutturali procedurali e organizzative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi.

3. Campo di applicazione

UOC Centrale Operativa 118.

4. Responsabilità

Direttore UOC Centrale Operativa 118.

5. Soggetti Destinatari

Personale del 118 afferente alla U.O.C. Centrale Operativa 118.

6. Terminologia e abbreviazioni

- **Aggressione**: azione violenta di una o più persone che può racchiudere gli elementi costitutivi di diversi tipi di reato, a seconda del modo e dei mezzi con cui viene esercitata, dell'evento verificatosi o del fine cui è diretta (omicidio, lesioni personali, percosse, violenza privata, rapina, minacce, ecc.).

- **Minacce**: sono l'espressione del proposito di arrecare danno incluse le minacce verbali, gli atteggiamenti corporali minacciosi e le minacce scritte.

- **Violenza sul posto di lavoro**: una definizione che rappresenta una sintesi di diversi approcci è quella del

	<p>File: IO-00089</p>	<p>Pagina 2 di 5</p>
---	-----------------------	----------------------

	Istruzione Operativa PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DEL 118 UOC Centrale Operativa 118	IO/00089 REV2 02/01/2023
---	--	--------------------------------

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) che definisce la violenza nel posto di lavoro come: "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro".

7. Modalità operative

7.1 I Fattori Favorevoli agli atti di violenza

- Diffusione dell'abuso di alcool e droga;
- L'aumento delle patologie con disturbi psichiatrici acuti e cronici;
- Lunghe attese nelle zone di emergenza;
- Mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;

7.2 Misure Preventive ed Organizzative

L' U.O.C. applica una politica di "**Tolleranza Zero**" nei confronti degli atti di violenza a danno degli Operatori del 118; la denuncia degli episodi sarà esaminata dal un "pool" composto dal Direttore, dal Coordinatore Infermieristico e dal Referente di Qualità che registrerà tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborerà le informazioni raccolte al fine di individuare e ridefinire ogni ulteriore necessaria misura di prevenzione.

La COP in tutte le chiamate nelle quali si presumono situazioni pericolose per gli operatori deve chiamare le Forze dell'Ordine e coordinarle con l'arrivo dei mezzi di soccorso.


Tutti gli operatori prima di intervenire nel luogo dell'accaduto devono controllare scrupolosamente l'ambiente per lavorare in sicurezza.

In situazioni di pericolo imminente gli operatori devono mettersi al sicuro all'interno dei mezzi di soccorso (non allontanarsi) e chiamare rapidamente la COP che interverrà per la messa in sicurezza.

Tutti gli Operatori del 118 devono assumere con l'Utenza comportamenti ispiratori di fiducia, rivolgendosi ad essi con calma, gentilezza e chiarezza.

7.3 Elementi di strategia comportamentale da attuare con il paziente agitato per tutti gli operatori per la prevenzione degli infortuni.

- Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (sfida!) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi;
- E' sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale;
- Posizionarsi a fianco del paziente con un asse di circa 30°: la superficie esposta a colpi è minore, inoltre si comunica più disponibilità al dialogo;
- Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza "di sicurezza" 1,5 mt.;

	File: IO-00089	Pagina 3 di 5
---	----------------	---------------

	Istruzione Operativa PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DEL 118 UOC Centrale Operativa 118	IO/00089 REV2 02/01/2023
---	--	--------------------------------

- Disponibilità 'di Via di Fuga' l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo, ad es. tra ambulanza e muro, ecc..;
- Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio;
- Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe;
- Non raccogliere atteggiamenti di provocazione/sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche;
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole;
- Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi;
- Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative;
- Evitare di indossare monili, scarpe aperte, cinture, avere sempre disponibili i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine);
- Non portare mai con sé oggetti contundenti, taglienti e potenzialmente pericolosi (penne, matite, oggetti appuntiti o taglienti ...);
- Evitare di rimanere da solo con il paziente; qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire.

8 Referenti della procedura

RQR UOC Centrale Operativa 118.

9 Archiviazione e gestione dei dati

Copia cartacea della presente istruzione operativa è presente nell'apposito contenitore nell'ufficio del coordinatore infermieristico; il formato file è consultabile attraverso il portale aziendale Qualiware o nell'apposita cartella di ciascuna postazione operatore.

Il documento è soggetto a revisione triennale o comunque ogni qualvolta si rendessero necessarie delle modifiche.

10 Documenti di riferimento e allegati

UOC Centrale Operativa 118: IO 00071 CODICE COMPORTAMENTALE PER GLI OPERATORI DELL'UOC CENTRALE OPERATIVA 118 SUEM

U.O.S. Sicurezza del Paziente: PO_05 PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Servizio di Prevenzione e Protezione: PT.01.1 DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

LINEE GUIDA BLS, PBLSD, ATLS, ACLS ...

	File: IO-00089	Pagina 4 di 5
---	----------------	---------------

ALLEGATI

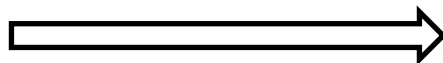
Allegato 2

Processo di selezione degli studi della prima stringa di ricerca (Pubmed)

(((prevention) OR (protection))AND (“healthcare workers violence”))AND (“emergency service”)

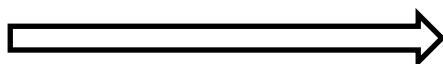


92 articoli



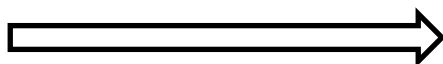
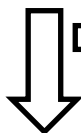
91 studi esclusi per non
attinenza ai criteri di
inclusione

Selezionati 1 articoli da sottoporre
a lettura dell'abstract



0 studi esclusi perché non
inerenti al quesito di
ricerca

Selezionati 1 articoli da sottoporre
a lettura integrale e a valutazione
metodologica



0 studi esclusi

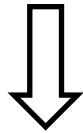
1 articolo selezionato:

- 1 revisione della letteratura

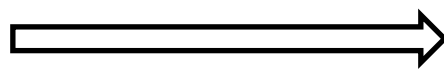
Allegato 3

Processo di selezione degli studi della seconda stringa di ricerca (Cinahl)

(((Prevention) OR (Protection)) AND (“Workplace violence”)) AND (“Emergency Medical Service”)

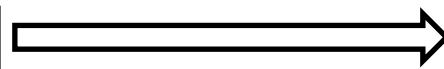
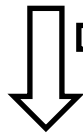


7 articoli



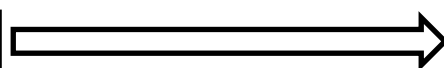
1 studio escluso per non
attinenza ai criteri di
inclusione
1 studio escluso perché già
presenti in una precedente
stringa di ricerca

Selezionati 5 articoli da sottoporre
a lettura dell'abstract



3 studi esclusi perché non
attinenti al quesito di
ricerca

Selezionati 2 articoli da sottoporre
a lettura integrale e a valutazione
metodologica



0 studi esclusi

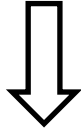
2 articoli selezionati

- 1 studio qualitativo
- 1 dichiarazione politica (policy statement)

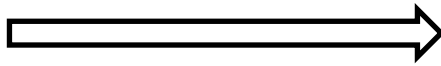
Allegato 4

Processo di selezione degli studi della prima stringa di ricerca (Scopus)

(((Prevention) OR (Protection)) AND (“Workplace violence”)) AND (“Emergency Medical Service”)

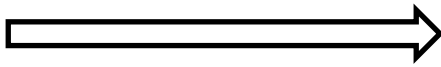
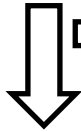


221 articoli



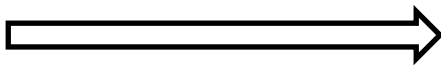
214 studi esclusi per non
attinenza ai criteri di
inclusione

Selezionati **7** articoli da sottoporre
a lettura dell’abstract



3 studi esclusi perché non
inerenti al quesito di
ricerca

Selezionati **4** articoli da sottoporre
a lettura integrale e a valutazione
metodologica



0 studi esclusi

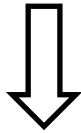
4 articoli selezionati:

- 2 studio qualitativo
- 1 con metodi misti
- 1 studio prospettico

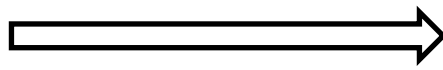
Allegato 5

Processo di selezione degli studi della prima stringa di ricerca (Scopus)

(((prevention) OR (protection)) AND ("workplace violence")) AND ("emergency service*")

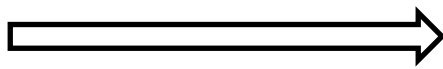
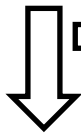


315 articoli



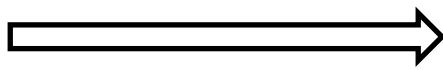
308 studi esclusi per non
attinenza ai criteri di
inclusione

Selezionati **7** articoli da sottoporre
a lettura dell'abstract



2 studi esclusi perché non
inerenti al quesito di
ricerca

Selezionati **5** articoli da sottoporre
a lettura integrale e a valutazione
metodologica



1 studio escluso per non
disponibilità del testo
completo
1 studio escluso perché non
inerente con i quesiti di
ricerca

3 articoli selezionati:

- 1 revisione della letteratura
- 2 studi qualitativi

Allegato 6: Articoli relativi al primo e al secondo quesito

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker prevention strategies and experiences for use in prehospital care</p> <p>AUTORI: Peter Drew, Vivienne Tippett, Scott Devenish</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2021</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione della letteratura</p> <p>RIVISTA: BMJ</p>	<p>OBIETTIVO: Sintetizzare dati quantitativi e qualitativi riguardanti strategie di mitigazione della violenza sugli operatori che lavorano nei servizi di emergenza.</p> <p>MATERIALI E METODI: Questa è una revisione della letteratura che si è svolta su PsycINFO, MEDLINE, ERIC, CINAHL.</p> <p>La ricerca è stata eseguita su studi pubblicati tra il 1990 e il 2020 solo in lingua inglese.</p> <p>Lo studio ha preso in considerazione qualsiasi lavoratore nel servizio di emergenza di qualsiasi età o sesso, perciò sono stati inclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paramedici, tecnici di emergenza (EMT), medici • Vigili del fuoco • Polizia <p>La revisione ha escluso tutti gli studi che</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevedevano il lavoro in un ambiente controllato (es: ospedale) o quelli relativi alle operazioni aeromediche. 	<p>RISULTATI:</p> <p>Degli studi qualitativi possiamo individuare 2 categorie di risultati per ridurre la violenza sugli operatori che lavorano nell'emergenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • impegno organizzativo, sociale e giudiziario: le strategie di diminuzione della violenza non possono funzionare in modo isolato, ma richiedono il supporto anche di servizi e sistemi ausiliari come forze dell'ordine, servizi di sicurezza e sistema giudiziario • strategie e formazione sulla gestione della violenza sul luogo di lavoro: gli operatori devono avere una serie di conoscenze, abilità e consapevolezza per gestire i diversi casi di violenza. Risulta quindi importante la formazione e l'addestramento di fronte a questi fenomeni. 	<p>CONCLUSIONI: Diminuire la violenza sugli operatori che lavorano nell'emergenza è un compito complesso perché si tratta di un processo che comprende diverse variabili, tra cui diversi autori, diverse influenze sociali e psicologiche. Le strategie e i sistemi sviluppati devono essere adattati agli specifici fattori culturali, ambientali e sociali. Ma, indipendentemente dagli interventi forniti ai paramedici per gestire la violenza, essi devono essere supportati non solo dall'organizzazione ma anche dalle forze dell'ordine, dai sistemi giudiziari e dalla società.</p> <p>LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non è stato possibile effettuare una meta-analisi degli studi quantitativi a causa della eterogeneità. • Inoltre, gli studi qualitativi analizzati, sebbene abbiano fornito risultati pertinenti rispetto l'obiettivo dello studio, sono in numero limitato. • C'è inoltre la possibilità che i revisori durante la ricerca

	<ul style="list-style-type: none"> • prevedevano l'utilizzo di armi da fuoco, armi elettriche, agenti lacrimogeni. <p>Sono stati identificati in totale 26 studi (24 quantitativi e 2 qualitativi)</p>	<p>Degli studi quantitativi sono stati individuate le seguenti strategie di mitigazione della violenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilizzo di videocamere indossabili • Contenzione chimica • Approcci formativi • Valutazione del linguaggio del corpo • Abilità di autodifesa • Contenzione fisica 	<p>abbiamo perso alcuni articoli nonostante lo sforzo di ridurre gli errori il più possibile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maggior parte degli studi hanno avuto origine negli Stati Uniti e questi può limitare la generalizzazione dei risultati.
--	---	---	---

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Preventive strategies against violence at work from the perspective of the pre-hospital care nurses</p> <p>AUTORI: Aline Coutinho Sento, William Cesar Alves Machado, Raquel Calado da Silva Gonçalves, Paolo Sergio da Silva, Silvia Teresa Carvalho de Araújo, Nébia Maria Almeida de Figueiredo</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2019</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio descrittivo qualitativo</p> <p>RIVISTA: Revista online de pesquisa</p>	<p>OBIETTIVO: Individuare strategie per prevenire la violenza nei servizi di assistenza pre-ospedaliera.</p> <p>CAMPIONE: 67 infermieri che lavorano nell'emergenza extraospedaliera</p> <p>MATERIALI E METODI: Studio descrittivo con un approccio qualitativo, condotto con 67 infermieri dell'assistenza preospedaliera nella città di Rio de Janeiro, nel 2018.</p> <p>Criteria di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essere infermiere che lavora nell'emergenza extra-ospedaliera • Lavorare da almeno 12 mesi in ambulanza <p>Criteria di esclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infermieri in ferie <p>Per la produzione dei dati è stato utilizzato un questionario.</p>	<p>RISULTATI: Sono state individuate strategie preventive contro la violenza sul lavoro legate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • all'assistenza nelle aree di rischio • alla comunicazione efficace • alla struttura organizzativa e alla formazione professionale. • allo sviluppo di un sistema di gestione degli eventi che allerta l'area a rischio 	<p>CONCLUSIONI:</p> <p>è necessario considerare l'esperienza di questi professionisti per la costruzione di un processo di lavoro basato su un ambiente sicuro, con lo sviluppo e l'attuazione di strategie che riducano al minimo la vulnerabilità e i rischi di violenza sul posto di lavoro.</p> <p>LIMITI:</p> <p>I limiti di questo studio risalgono al fatto di non ignorare il fatto che la criminalità organizzata (che si trova in Rio de Janeiro) dispone di logistica, attrezzature e risorse umane pronte a combattere qualunque cosa possa minacciare il suo controllo nelle comunità sotto il suo controllo. Pertanto, le strategie per prevenire la violenza nei confronti degli operatori sanitari diventeranno efficaci una volta che tali azioni diventeranno concomitanti e articolate con l'attuazione delle politiche di sicurezza pubblica nelle comunità.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Violence Prevention and Intervention in Emergency Medical Services Systems</p> <p>AUTORI: American College of Emergency Physicians.</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2019</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Policy statement (dichiarazione politica)</p> <p>RIVISTA: Annals of Emergency Medicine</p>	<p>OBIETTIVO: Attraverso questa dichiarazione politica l'American College of Emergency Physicians ha elencato le iniziative di prevenzione e intervento sulla violenza contro i servizi medici di emergenza.</p>	<p>RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungere e mantenere una cultura dei servizi di emergenza sanitaria basata sulla sicurezza dei pazienti e del personale • Una formazione sufficiente per i professionisti • Utilizzo di dispositivi progettati come barriere fisiche contro le lesioni personali • Fornitura di altre componenti di sicurezza ritenuti essenziali in collaborazione con forze dell'ordine • Valutazioni periodiche per misurare la conformità e l'efficacia delle iniziative legate alla violenza • Coordinarsi con le forze dell'ordine competenti per fornire una risposta rapida degli agenti delle forze dell'ordine. • Sviluppare dei protocolli operativi scritti, con 	<p>CONCLUSIONI: L'ACEP ritiene che un'assistenza medica di emergenza sanitaria ottimale possa essere raggiunta solo quando i pazienti, i professionisti dell'emergenza medica e tutte le altre persone nell'ambiente di assistenza dell'emergenza medica sono protetti da atti violenti.</p> <p>L'ACEP incoraggia fortemente tutti gli Stati a promulgare una legislazione che preveda la massima categoria di reato e sanzione penale contro gli individui che commettono consapevolmente violenza contro gli EMS e tutti gli operatori sanitari.</p> <p>LIMITI: Le dichiarazioni politiche e le politiche cliniche sono le politiche ufficiali dell'American College of Emergency Physicians e, come tali, non sono soggette allo stesso processo di revisione paritaria degli articoli che appaiono nella rivista. Le dichiarazioni politiche e le politiche cliniche dell'ACEP non riflettono necessariamente le politiche e le</p>

		<p>contributo pertinente dei professionisti dei servizi di emergenza sanitaria per gli episodi di violenza.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sviluppare e applicare politiche di segnalazione obbligatorie• Adottare una politica di tolleranza zero nei confronti della violenza contro i professionisti dei servizi di emergenza sanitaria, i pazienti e altri soggetti presenti nell'ambiente dei servizi di emergenza sanitaria• Fornire un adeguato supporto post-incidente ai professionisti dei servizi di emergenza sanitaria	<p>convinzioni dell'ACEPAnnali di medicina d'urgenza e i suoi redattori.</p>
--	--	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Mitigating Violence Against First Responder Teams: Results and Ideas From the Hackmanathon</p> <p>AUTORI: Joseph A. Allen, Jennifer Taylor, Regan M. Murray, Molly Kilcullen, Lily Cushenbery, Josette Gevers, Lindsay Larson, Tomohiro Ioku, Cynthia Maupin, Samantha Perry, Parco Semin, Michael Rosen, Trevor Fry, Poppy McLeod, Alexa Harris e Kaitlin Fosler</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: SAGE</p>	<p>OBIETTIVO: Analizzare il problema della violenza sugli operatori dei servizi medici di emergenza e sviluppare soluzioni specifiche per la gestione di questo problema</p> <p>CAMPIONE: Tre team multidisciplinari formati da quattro persone ciascuno</p> <p>MATERIALI E METODI: Questo è uno studio qualitativo che ha utilizzato una versione adattata del metodo dell'hackathon, in cui studiosi accademici e professionisti partecipanti alla conferenza della Rete interdisciplinare per la ricerca di gruppo (INGRoup) sono stati distribuiti in team per analizzare il problema e sviluppare soluzioni specifiche.</p>	<p>RISULTATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il primo team ha proposto lo sviluppo e l'implementazione del programma di formazione con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza situazionale individuale e condivisa attraverso un'efficace valutazione del rischio, la gestione e la riduzione dei conflitti, la regolazione delle emozioni e l'eliminazione delle distrazioni nella cura del paziente. Inoltre sono stati proposti anche dei programmi di allenamento attraverso l'uso di simulazioni. • Il secondo team ha proposto un programma attraverso una simulazione di addestramento in realtà virtuale che permette di interagire con personaggi virtuali programmati. • Il terzo team ha proposto la collaborazione dei servizi di emergenza sanitaria, vigili del fuoco e della polizia in modo che costruiscano le proprie interazioni attorno alla struttura del sistema multiteam. 	<p>CONCLUSIONI:</p> <p>La leadership e il consenso dei sindacati sono cruciali per il successo degli interventi proposti. L'INGRoup Hackmanathon è un metodo molto utile che incorpora la competizione e cooperazione per il raggiungimento di obiettivi condivisi, ma può essere migliorato.</p> <p>LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non è garantito che tutte queste soluzioni possano essere implementate nella pratica, in quanto la soluzione proposta dal secondo team di utilizzare la intelligenza artificiale per aumentare la formazione non è sempre fattibile in termini di costi e di fattibilità. • Potrebbe esserci delle differenze tra le diverse squadre di soccorso: gli infermieri, i vigili del fuoco e la polizia, in alcuni casi, vedono la risposta agli incidenti e i processi in modo diverso, portando così alla formazione di conflitti e una difficile intesa.

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Barriers and opportunities for workplace violence interventions in Australian paramedicine: A qualitative study</p> <p>AUTORI: Brodie Thomas, Peter O'Meara, Kristina Edvardsson, Evelien Spelten</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Australasian Journal of Paramedicine</p>	<p>OBIETTIVO: Fare un inventario degli attuali interventi di prevenzione della violenza sugli operatori sanitari in ambito extraospedaliero ed esplorare le barriere e le opportunità di questi.</p> <p>CAMPIONE: 10 paramedici</p> <p>MATERIALI E METODI: Dieci paramedici sono stati intervistati sulle loro esperienze e approfondimenti sulla violenza sul posto di lavoro. I dati delle interviste sono stati sottoposti ad analisi tematica e narrativa.</p> <p>Le interviste sono state condotte tra dicembre 2016 e settembre 2017.</p> <p>I criteri utilizzati per determinare la saturazione dei dati hanno rappresentato il punto in cui nelle interviste non sono emersi nuovi temi. La saturazione dei dati si è verificata dopo otto interviste. Le ultime due interviste hanno fornito ulteriore supporto ai temi evidenziati nelle prime otto.</p>	<p>RISULTATI: In seguito alle interviste, i temi riguardanti la prevenzione e la minimizzazione della violenza sugli operatori sanitari sono stati suddivisi in 3 categorie: interventi attuali, barriere e opportunità.</p> <p>Sono stati evidenziati 7 interventi, sono stati discussi 10 ostacoli e 12 opportunità per gli interventi attuali e futuri sulla violenza sul posto di lavoro.</p> <p>La maggior parte degli interventi e delle barriere identificate erano a livello organizzativo e individuale.</p> <p>La maggior parte degli ostacoli riguardava la cultura della società, gli atteggiamenti del personale e la mancanza di capacità del servizio di ambulanza di intervenire in seguito a eventi violenti.</p> <p>Le opportunità offerte includevano la co-progettazione degli interventi, il cambiamento culturale per i paramedici e le comunità, la responsabilità dei paramedici e degli autori di violenza e il miglioramento del feedback al personale.</p>	<p>CONCLUSIONI: I risultati di questo studio suggeriscono che gli interventi saranno probabilmente più efficaci e sostenibili se sono basati sull'evidenza, progettati congiuntamente, rivolti a tutti i livelli di assistenza sanitaria e valutati.</p> <p>LIMITI: Il campionamento mirato è stato selezionato per trovare casi ricchi di informazioni e includeva caratteristiche diverse in relazione all'età, al sesso, all'esperienza, al livello di competenza e all'area geografica. Il limite di questo metodo di campionamento è che potrebbe introdurre distorsioni nel campione e non è noto quanto bene il campione rappresenti la popolazione più ampia di paramedici in questo stato.</p> <p>Un'altra limitazione è che il campione includeva paramedici di un servizio di ambulanza e la trasferibilità potrebbe essere limitata a contesti simili. Si è cercato di fornire un contesto adeguato affinché il lettore possa valutare la trasferibilità dei risultati alla propria situazione.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics</p> <p>AUTORI: Brian J. Maguire, Barbara J. O'Neill, Peter O'Meara, Matthew Browne, Michael T. Dealy</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2018</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio con metodo misto</p> <p>RIVISTA: Injury</p>	<p>OBIETTIVO: descrivere le misure che il personale dei servizi di emergenza sanitaria ritiene possano aiutare a prevenire la violenza contro il personale dei servizi di emergenza sanitaria.</p> <p>CAMPIONE: sono state intervistate 1778 persone</p> <p>MATERIALI E METODI: Questo studio con metodi misti include un'analisi tematica e un'analisi del contenuto diretto di una domanda del sondaggio che chiedeva alle vittime di violenza sul posto di lavoro come l'incidente avrebbe potuto essere prevenuto.</p> <p>Il sondaggio includeva 163 domande relative a dati demografici, esperienza professionale, titolo professionale, ore lavorate ed esperienze legate alla violenza.</p> <p>I ricercatori hanno discusso i loro temi e hanno deciso di utilizzare la Matrice di Haddon come quadro per organizzare i risultati in sei temi,</p>	<p>RISULTATI: Dei 1778 intervistati, 633 hanno riferito di aver subito aggressioni nei 12 mesi precedenti; 203 di loro ritengono che l'incidente avrebbe potuto essere evitato e 193 di loro (95%) hanno risposto a questa domanda. Sono stati identificati sei temi utilizzando la Matrice di Haddon come struttura.</p> <p>I temi includevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fattori umani: comprendeva la formazione specializzata relativa a popolazioni specifiche e tecniche di de-escalation e una migliore consapevolezza situazionale; • Fattori di equipaggiamento: riguarda attrezzature e risorse di contenimento; • Fattori operativi e ambientali: riguardavano i sistemi di allarme avanzati. • Fattori dell'ambiente sociale: riguardavano consapevolezza e sostegno pubblico • Fattori dell'ambiente fisico: riguardava una maggiore cooperazione con polizia e vigili del fuoco. 	<p>CONCLUSIONI: Le agenzie di ambulanza dovrebbero considerare questi suggerimenti e collaborare con i ricercatori per valutare i rischi a livello di agenzia e per sviluppare, implementare e testare interventi per ridurre i rischi di violenza contro il personale dei servizi di emergenza sanitaria. Questi team dovrebbero lavorare insieme sia per formare una base di prove per la prevenzione sia per pubblicare i risultati in modo che i direttori medici, gli amministratori e i professionisti degli EMS in tutto il mondo possano imparare da ciascuna esperienza.</p> <p>LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non c'è stata l'opportunità di porre ulteriori domande che avrebbero fornito maggiori informazioni e una comprensione più profonda delle misure preventive suggerite. • Sebbene sono state chieste informazioni sugli eventi accaduti nei 12 mesi precedenti, esiste la possibilità di errori di ricordo.

	<p>utilizzando i titoli: fattori umani, fattori relativi alle attrezzature, fattori dell'ambiente operativo e fattori dell'ambiente sociale durante le fasi preevento e dell'evento.</p> <p>La matrice di Haddon è un modello concettuale per esaminare la prevenzione degli infortuni.</p>		<ul style="list-style-type: none">• I 193 intervistati che hanno risposto a questa domanda potrebbero non essere rappresentativi della comunità internazionale dei servizi di emergenza sanitaria o di una particolare agenzia di ambulanze locale.• I sistemi EMS variano notevolmente, così come i livelli di istruzione, formazione e retribuzione del personale.• Lo studio ha raggruppato le risposte degli operatori EMS provenienti da più paesi, con progettazioni di sistemi, gestione, istruzione e culture eterogenee. Sebbene siano disponibili prove limitate, è probabile che la natura e il contesto delle aggressioni varino considerevolmente tra le giurisdizioni. Pertanto, alcuni temi individuati potrebbero essere più o meno applicabili alle singole agenzie.
--	---	--	---

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: The impact of body-worn cameras on the incidence of occupational violence towards paramedics: a systematic review</p> <p>AUTORI: Liam Bruton, Hunter Johnson, Luke MacKey, Aaron Farok, Liz ThyerEPaul M. Simpson</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2022</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Revisione della letteratura</p> <p>RIVISTA: Journal of Aggression, Conflict and Peace Research,</p>	<p>OBIETTIVO: Indagare l'impatto delle telecamere indossabili sull'incidenza della violenza sui paramedici.</p> <p>MATERIALI E METODI: È una revisione sistematica condotta su diverse banche dati. Sono stati selezionati studi di ricerca primari che riportavano i Body webcam (BWC) come intervento contro la violenza sugli operatori sanitari. Erano ammissibili documenti di ricerca primaria, rapporti governativi accessibili al pubblico, letteratura sottoposta a revisione paritaria e letteratura grigia, se pubblicati in inglese.</p> <p>Criteria di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I partecipanti che indossano le telecamere devono essere paramedici • Il risultato dello studio deve indagare l'impatto delle telecamere rispetto alla violenza sui paramedici • deve essere una ricerca primaria, una revisione sistematica o un rapporto governativo, ciascuno dei quali deve contenere dati sull'incidenza. 	<p>RISULTATI: La ricerca ha individuato 152 documenti, di cui 125 valutati a seguito della rimozione dei duplicati. Dopo lo screening degli abstract e la revisione del testo completo, non erano disponibili studi da includere nella revisione.</p>	<p>CONCLUSIONI: La revisione ha mostrato che ci sono prove contrastanti rispetto l'implementazione dei BWC, da sola o come parte di una serie più ampia di iniziative, riduca l'incidenza di OV nei confronti dei paramedici. Questi risultati suggeriscono che i dati relativi all'efficacia non vengono valutati in modo approfondito o sono soggetti solo a valutazione interna. Data la crescente adozione della strategia BWC a un costo finanziario considerevole.</p>

	<p>Criteri di esclusione</p> <ul style="list-style-type: none">• pubblicato in una lingua diversa dall'inglese;• condotti in un contesto non civile (ad esempio militare);• il testo completo non disponibile, compresi gli abstract delle conferenze.		
--	--	--	--

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Iranian pre-hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study</p> <p>AUTORI: Abbas Dadashzadeh, Azad Rahmani, Hadi Hassankhani, Malcolm Boyle, Eisa Mohammadi, Suzanne Campbell</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2018</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio descrittivo qualitativo</p> <p>RIVISTA: Wiley</p>	<p>OBIETTIVO: Esplorare le esperienze degli infermieri iraniani che lavorano nell'emergenza extra-ospedaliera e le strategie utilizzate per gestire la violenza sul luogo di lavoro</p> <p>CAMPIONE: 19 infermieri che lavorano in ambulanza</p> <p>MATERIALI E METODI: È stato eseguito uno studio descrittivo qualitativo che ha coinvolto diciannove infermieri che lavoravano nei servizi preospedalieri. La raccolta dati è stata effettuata utilizzando delle interviste.</p>	<p>RISULTATI: L'analisi dei dati ha prodotto quattro categorie descrittive tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nessuna reazione alla violenza: tolleranza e accettazione come conflitti comuni sul posto di lavoro • gestione della situazione: gestione del paziente e della scena • confronto: diretto e indiretto • fuga dalla scena. <p>La gestione del paziente è stata la strategia dominante utilizzata e ha prodotto i migliori risultati in termini di sicurezza sia del paziente che del personale.</p>	<p>CONCLUSIONI:</p> <p>Questo studio ha dimostrato che gli infermieri pre-ospedalieri utilizzano strategie diverse per gestire la violenza. Tuttavia, lo studio afferma che questi ricevono poca formazione, supporto insufficiente e sono scarsamente preparati a gestire la violenza sul posto di lavoro. Lo sviluppo di linee guida basate sul contesto, la formazione continua, ambulanze meglio equipaggiate che includano attrezzature mediche e di difesa e un migliore coordinamento delle forze di polizia nelle operazioni di ambulanza, possono aiutare a ridurre la violenza sul posto di lavoro.</p> <p>LIMITI:</p> <p>Questo studio è limitato ad una località dell'Iran. Secondo le regole e le politiche in Iran, hanno partecipato allo studio solo infermieri maschi, il che potrebbe influenzare la generalizzazione dei risultati dello studio.</p>

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Emergency medical services professional behaviors with violent encounters: A prospective study using standardized simulated scenarios</p> <p>AUTORI: Donald G. Garner Jr., Madison K. Rivard, Ashish R. Panchal, Mallory B. DeLuca, Rebecca E. Cash, Jefferson G. Williams, Jose G. Cabanas</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2022</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio prospettico</p> <p>RIVISTA: Wiley Periodicals</p>	<p>OBIETTIVO: Valutare la risposta professionale dei servizi medici di emergenza (EMS) alle crescenti minacce di violenza durante incontri simulati con i pazienti e descrivere le differenze nei comportamenti in base alle caratteristiche</p> <p>CAMPIONE: 270 professionisti che lavorano nel servizio medico di emergenza</p> <p>MATERIALI E METODI: I professionisti EMS di un vasto sistema con sede a livello nazionale hanno partecipato a 1 dei 4 scenari standardizzati di cura del paziente. Ogni scenario di 8 minuti prevedeva un'escalation di minacce di violenza tale da costringere il personale dei servizi di emergenza sanitaria a fuggire dalla scena per sicurezza. Valutatori formati hanno registrato le prestazioni dei professionisti EMS utilizzando elementi di dati standardizzati. Sono inclusi i tentativi di fuga del personale dei servizi di emergenza sanitaria e di allentamento verbale.</p>	<p>RISULTATI: Sono stati valutati 270 professionisti EMS come membri individuali di equipaggi composti da 2 persone. Nel complesso, il 54% è fuggito dalla scena non sicura e il 54% ha effettuato un adeguato tentativo di allentamento della tensione. Il 20% non ha effettuato un adeguato tentativo di allentamento della tensione né è fuggito dalla scena pericolosa.</p> <p>I professionisti dei servizi di emergenza sanitaria con più di 20 anni di esperienza hanno dimostrato probabilità ridotte di scappare. La formazione del team di intervento di crisi (CIT) è stata associata a ridotte probabilità di fuga ma a maggiori probabilità di adeguata de-escalation.</p>	<p>CONCLUSIONI: Quasi la metà dei professionisti dei servizi di emergenza sanitaria non si è allontanata da uno scenario simulato di assistenza al paziente con una crescente minaccia di violenza fisica. È necessaria una formazione specifica per gli EMS sulla riduzione dell'escalation come tecnica di prima linea, sul riconoscimento della violenza imminente e sull'abbandono di un ambiente pericoloso.</p> <p>LIMITI: Gli incontri simulati in un ambiente di formazione non imitano perfettamente gli scenari della vita reale e vengono introdotte importanti limitazioni. I vincoli temporali imposti dalla progettazione dello scenario simulato sono artificiali e i professionisti EMS possono mostrare comportamenti diversi con tempi di osservazione più lunghi. Inoltre, è possibile che i professionisti dei servizi di emergenza sanitaria avessero meno probabilità di fuggire in uno scenario simulato sapendo che venivano videoregistrati durante un corso di formazione. Pertanto, questo lavoro potrebbe sovrastimare il numero di</p>

			<p>professionisti EMS che rimarrebbero sulla scena in una situazione reale minacciosa simile. La maggior parte dei partecipanti allo studio ha riferito di ritenere che lo scenario simulato rappresentasse una situazione reale, e quasi due terzi hanno riferito che si sarebbero sentiti minacciati se lo scenario si fosse verificato nella vita reale. Tuttavia, sebbene i dati siano stati raccolti in forma anonima, potrebbero essere presenti errori di risposta poiché i professionisti dei servizi di emergenza sanitaria sapevano di fornire feedback al personale del programma di formazione.</p>
--	--	--	---

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>TITOLO: Violence at work in the ambulance service: the role of HRM and other systems</p> <p>AUTORI: Ashlea Kellner, Keith Townsend, Adrian Wilkinson e Rebecca Loudoun</p> <p>ANNO DI PUBBLICAZIONE: 2020</p> <p>TIPOLOGIA DI STUDIO: Studio qualitativo</p> <p>RIVISTA: Emerald Publishing Limited</p>	<p>OBIETTIVO: Questo studio esamina come il sistema di gestione delle risorse umane gestisce e risponde alla violenza contro i paramedici.</p> <p>CAMPIONE: I dati sono stati raccolti da tre servizi di ambulanza statali australiani.</p> <p>MATERIALI E METODI: Questo studio qualitativo si basa sui risultati di un più ampio progetto con metodi misti condotto su tre casi australiani. Il progetto di ricerca comprendeva 1.216 sondaggi telefonici e 72 interviste, integrate da documenti secondari interni e disponibili al pubblico.</p> <p>Per le interviste è stata adottata una strategia di campionamento basata su criteri, con il criterio fondamentale che i partecipanti fossero dipendenti attuali.</p>	<p>RISULTATI:</p> <p>Il sistema di gestione delle risorse umane tenta di gestire e rispondere ai problemi di salute e sicurezza dei dipendenti, ma non può farlo in modo efficace. Per prevenire e gestire la violenza è necessario un sistema a più livelli, quindi una collaborazione tra le risorse umane, forze dell'ordine, sistemi intra-organizzativi e governo.</p> <p>L'articolo propone in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formazione dei dipendenti, in particolare, migliorare le capacità di allentamenti dell'escalation, percezione di minaccia e addestramento difensivo • La protezione della polizia sul posto • Il sostegno dei sindacati • I programmi di assistenza ai dipendenti (EAP) che offrono consulenza e supporto • Programmi di sostegno tra pari per ridurre lo stress • Servizi psicologici • Debriefing per affrontare lo stress in seguito ad eventi traumatici, in cui si esamina il caso e si identifica cosa si è 	<p>CONCLUSIONI: Esistono lacune nel sistema di gestione delle risorse umane e i risultati evidenziano il ruolo di altri sistemi. È importante il ruolo delle istituzioni terziarie nella formazione e nel supporto psicologico. Al di là di queste organizzazioni ci sono i sindacati e gli organi rappresentativi, insieme ai poteri statali e federali, che possono avviare cambiamenti a livello più alto.</p> <p>Nonostante l'approccio a più livelli, permangono lacune in questi sistemi, che portano alle conseguenze negative descritte dagli intervistati. Rimane la necessità di un'identificazione più approfondita per assistere la progettazione di interventi sulla violenza nelle organizzazioni e da altri sistemi chiave.</p> <p>LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questi risultati non si applicano alla maggior parte dei luoghi di lavoro, sebbene molti concetti si riferiscano alle forze dell'ordine, ai vigili del fuoco e ai servizi di emergenza medica o assistenza sanitaria, perciò non è generalizzabile in tutti i luoghi di lavoro.

		<p>fatto bene, cosa si sarebbe potuto fare meglio.</p> <ul style="list-style-type: none">• leggi che impongono sanzioni più pesanti per le persone che aggrediscono fisicamente i paramedici.• campagne pubblicitarie sui media per sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema e sugli effetti della violenza, influenzando valori e comportamenti sociali.• Migliorare la comunicazione con la polizia, utilizzare allarmi anti-coercizione nei veicoli e opzioni di contenzione per i pazienti aggressivi	<ul style="list-style-type: none">• Questo studio ha raccolto informazioni approfondite sulle esperienze individuali, anche se il resoconto dell'aggressione fatto dalla vittima potrebbe non essere sempre obiettivo o accurato.
--	--	--	---