



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

“Le buone pratiche in risposta alla violenza a danno degli operatori sanitari in Pronto Soccorso: Revisione della Letteratura”

Relatore:

Prof. a.c. Creatti Chiara

Laureando:

Abazi Rexhina

Matricola n: 1206855

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

- 1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema pag. 3
- 1.2 Obiettivo dello studio pag. 4
- 1.3 Quesiti di ricerca pag. 4

CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

- 2.1 L'aggressività e la violenza pag. 5
- 2.2 L'aggressività in ambito sanitario pag. 5
- 2.3 Effetti della violenza pag. 8
- 2.4 Fattori di rischio dell'aggressività pag. 10
- 2.5 Le tecniche di gestione dell'aggressività pag. 11
- 2.6 Il ruolo infermieristico in pronto soccorso pag. 17

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

- 3.1 Criteri di selezione degli studi pag. 21
- 3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli pag. 21
- 3.3 Selezione degli studi pag. 22
- 3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione pag. 24
- 3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione pag. 33

CAPITOLO IV - RISULTATI

- 4.1 Qualità metodologica degli studi pag. 37
- 4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 37

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

- 5.1 Discussione pag. 47

5.2 Limiti dello studio pag. 52

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la pratica pag. 53

6.2 Conclusioni pag. 54

BIBLIOGRAFIA pag. 55

ABSTRACT

PROBLEMA: L'aggressione in Pronto Soccorso (PS) a danno degli operatori sanitari è un fenomeno in crescita negli ultimi anni in tutto il mondo (WHO, 2016; Haar et al. 2021) che, oltre a deteriorare le condizioni di lavoro e la qualità della sicurezza delle cure, costituisce uno specifico rischio lavorativo da contrastare tramite idonee misure di prevenzione. L'esposizione alla violenza degli operatori del settore sanitario può risultare anche più di dieci volte superiore a quella di operatori di altri settori (Najafi et al., 2014).

SCOPO: individuare quali sono gli interventi più efficaci, descritti in letteratura, da mettere in atto per prevenire il rischio di eventi di violenza verso gli operatori sanitari in PS.

MATERIALI E METODI: La selezione degli articoli per la revisione di letteratura è stata realizzata consultando i seguenti database elettronici: PubMed, CINAHL, Cochrane e Google Scholar nei mesi di agosto-settembre 2023. Sono stati selezionati gli articoli con una retroattività di 10 anni e scritti in lingua inglese o italiana.

RISULTATI: Sono stati selezionati articoli riconducibili al contesto nazionale ed internazionale. Al termine del processo di selezione, sono stati inseriti nella revisione complessivamente 9 articoli. I fattori di rischio che possono determinare atti violenti verso gli infermieri sono: le lunghe ore di attesa, l'ansia/paura, la malattia, la mancanza di consapevolezza del personale, essere professionisti giovani e meno esperti, pazienti affetti da disturbi di salute mentale o in situazioni di abuso di sostanze. Gli interventi efficaci per prevenire le aggressioni in PS sono: formazione sulla prevenzione e gestione della violenza, utilizzo di telecamere e sistemi di allarme, implementazione di uno strumento di valutazione del rischio, segnalazione delle aggressioni da parte degli operatori sanitari, presenza di personale di sicurezza. Gli strumenti per la valutazione del rischio individuati in letteratura sono 4: QOVPRO, ABRAT, STAMPEDAR e BVC.

CONCLUSIONI: Per far fronte al fenomeno della violenza in PS risulta prioritario adottare un approccio multicomponente, orientato principalmente alla prevenzione. Gli interventi devono essere effettuati su più piani, e vanno dall'elaborazione di politiche e procedure, alla formazione e sensibilizzazione del personale fino alla gestione organizzativa delle risorse. La segnalazione degli eventi è un fattore cruciale per capire effettivamente le dimensioni del fenomeno, ancora sottostimato, e mettere in atto opportune strategie preventive sulla base dell'analisi dell'evento. In associazione a queste misure, potrebbe

essere utile avvalersi di uno strumento per l'identificazione dei pazienti potenzialmente violenti, come l'ABRAT, che si è dimostrato efficace per l'uso in PS (Kim et al. 2022).

PAROLE CHIAVE: “aggressione”, “pronto soccorso”, “infermieri”, “adulti”, “prevenzione”, “fattori di rischio”.

KEY WORDS: “*aggression*”, “*emergency room*”, “*nurses*”, “*adults*”, “*prevention*”, “*risk factors*”.

INTRODUZIONE

La violenza contro gli operatori del settore sanitario è un fenomeno in crescita e sta diventando una delle principali preoccupazioni pubbliche in tutto il mondo (Liu, 2015; Haar et al., 2021).

Il rapporto dell'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) riporta che gli infortuni a seguito di violenze è quattro volte maggiore negli operatori del settore sanitario rispetto a quello di altri lavoratori. All'interno del settore sanitario vengono individuate, inoltre, delle aree più a rischio di altre, che sono: i servizi di emergenza-urgenza; le strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; i luoghi di attesa; i servizi di geriatria e i servizi di continuità assistenziale (Ministero della Salute, 2007).

La violenza sul posto di lavoro (WPV) oltre ad influire sulla salute fisica e mentale della vittima compromette la buona qualità delle cure fornite e incide sulla sicurezza degli operatori sanitari (Duan, 2019; Abdellah & Salama, 2017).

Per questi motivi è necessario che vengano messi in atto interventi preventivi e opportune iniziative di protezione o attenuazione delle conseguenze negative quando l'episodio si è già realizzato (Ministero della Salute, 2007).

Personalmente, essendo un argomento attuale e molto discusso, si è accesa la curiosità di approfondire questo aspetto. Ero interessata nel conoscere quali potevano essere le cause scatenanti un comportamento aggressivo da parte dei pazienti e le rispettive responsabilità dell'infermiere nel gestire questa problematica in modo strutturato.

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Per violenza sul posto di lavoro si intendono tutti gli atti violenti, anche le minacce di aggressione, indirizzate a persone che si trovano in un posto di lavoro (National Institute of Occupational Safety and Health [NIOSH], 2002).

I professionisti della salute risultano essere i più esposti alla violenza, raggiungendo un livello di rischio anche di dieci volte superiore agli operatori di altri settori (Najafi et al., 2014). All'interno del settore della salute, il professionista infermiere è considerato quello più vulnerabile per la tipologia di lavoro svolto, sempre a stretto contatto con i pazienti e che viene a trovarsi in situazioni che possono generare facilmente tensione (Pich et al., 2017; Iennaco et al., 2013; Phillips, 2016; Nikathil et al., 2017; Varghese et al., 2022).

Il fenomeno si sta manifestando con crescente frequenza e gravità soprattutto nei dipartimenti di emergenza (DEA) e quelli ad elevata complessità assistenziale (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie [ONSEPS], 2022) e la sua grandezza potrebbe essere anche di gran lunga sottostimata, in quanto la tendenza degli operatori in Pronto Soccorso è quella di non segnalare gli episodi di violenza perché ritenuto non importante, per mancanza di sistemi efficaci di segnalazione, per sensi di colpa (Hedayati Emam et al., 2018) ma anche perché la violenza è considerata dai professionisti “parte inevitabile del loro lavoro” (Hedayati Emam et al., 2018).

Si tratta, dunque, di un fenomeno in crescita in tutto il mondo soprattutto nel settore sanitario, anche in scenari di crisi e di emergenza umanitaria (WHO 2016; Haar et al. 2021), che, oltre a deteriorare le condizioni di lavoro e la qualità della sicurezza delle cure, costituisce uno specifico rischio lavorativo da contrastare tramite idonee misure di prevenzione. La violenza in PS, inoltre, è potenzialmente prevenibile (Kim et al., 2022) e per questo è sempre più importante che i professionisti adottino tecniche e strategie per impedire l'innescarsi di questi eventi (ONSEPS, 2022). Ad oggi, pur essendo i PS ambienti dichiarati ad alto rischio di violenza, spesso ancora gli interventi non sono presi in considerazione o non vengono attuati in modo strutturato e coerente, e il personale non è preparato per prevedere e affrontare tale fenomeno (Wirth et al, 2021).

1.2 Obiettivo dello studio

Individuare quali sono gli interventi più efficaci, descritti in letteratura, da mettere in atto per prevenire o ridurre il rischio di eventi di violenza verso gli operatori sanitari in Pronto Soccorso.

1.3 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca attraverso i quali è stata costruita la revisione sono:

- Quali sono i fattori di rischio che possono determinare atti violenti verso gli infermieri?
- Quali interventi si possono mettere in atto al fine di prevenire le aggressioni in pronto soccorso?
- Esistono strumenti/scale di valutazione validate del rischio di violenza in pronto soccorso?

2.1 L'aggressività e la violenza

L'aggressività non è di per sé né buona né cattiva. Ad-gredere (letteralmente muovere contro o verso) può avere significato adattativo, predatorio, difensivo. Invece, il termine violenza indica invece il violare qualcuno e, in linea di massima, ha un connotato più negativo.

Si possono distinguere differenti forme di aggressività, alcuni esempi possono essere l'aggressività difensiva o l'aggressività impulsiva incontrollata.

L'aggressività difensiva si manifesta in acuzie e spesso può essere innescata: dalla paura, dalla perdita di controllo sull'ambiente, dalla percezione di minaccia immediata (sanitari, familiari, polizia). Inoltre, può essere favorita anche dalla valutazione distorta della realtà causate dal delirio e/o dalle allucinazioni. Questa tipologia di aggressività può essere parzialmente comprensibile e "negoziabile" dagli operatori sanitari che ne sono a contatto e può risultare moderatamente pericolosa per quest'ultimi.

L'aggressività impulsiva incontrollata invece, è prodotta spesso da patologie in corso, o da disfunzioni cerebrali. È spesso associata da iperattività e discontrollo improvviso e poco prevedibile, sproporzionata allo stimolo, difficilmente "spiegabile" o comprensibile, poco o per nulla "negoziabile", risulta inoltre pericolosa seriamente per l'incolumità per gli operatori sanitari (Biondi, 2014).

L'agitazione psico-motoria, indipendentemente dalla causa, è considerata un'emergenza comportamentale acuta che può sfociare in aggressività; per questa ragione richiede un intervento immediato per controllare i sintomi e ridurre il rischio di lesioni al paziente o ad altri. Il processo attraverso il quale si giunge a questo è un continuum, dall'ansia all'ansia elevata, all'agitazione fino all'aggressività (Richmond et al., 2012).

2.2 L'aggressività in ambito sanitario

A livello nazionale si possono evidenziare alcuni dati statistici che inquadrano il problema della violenza sul posto di lavoro, nello specifico l'INAIL evidenzia una sottostima del fenomeno: difatti, nell'intero quinquennio 2016-2020, nella Sanità e assistenza sociale sono stati oltre 12 mila i casi di infortunio in occasione di lavoro accertati positivamente

dall'Inail e codificati secondo la variabile Esaw/3 Deviazione "80 - sorpresa, violenza, aggressione, minaccia, ecc.". Una media, quindi, di circa 2.500 casi l'anno.

Si evidenzia che:

- Il 46% di tali infortuni è concentrato nell'Assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, studi medici),
- il 28% nei Servizi di assistenza sociale residenziale (case di riposo, strutture di assistenza infermieristica, centri di accoglienza, ecc.),
- il 26% nell'Assistenza sociale non residenziale.

Gli infortunati sono per quasi tre quarti donne, con donne vittime di episodio di violenza negli ospedali e nelle case di cura nel 64% dei casi di e l'80% nelle strutture di assistenza sociale residenziale e non.

La professionalità (secondo la codifica Istat Cp2011) più colpita, è quella dei "tecnici della salute" che concentra più di un terzo del totale dei casi: sono prevalentemente infermieri ma anche educatori professionali, normalmente impegnati nei servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o socio-educativi con minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani.

Seguono con il 25% dei casi gli operatori sociosanitari delle "professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali" e col 15% le "professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati" (soprattutto operatori socio-assistenziali e assistenti-accompagnatori per disabili). Con sensibile distacco, pari al 5% dei casi di aggressione nella Sanità, la categoria dei "medici", per la quale si evidenzia che non rientrano nell'obbligo assicurativo Inail medici generici di base e liberi professionisti.

A livello regionale, per quanto riguarda la regione Veneto sono stati raccolti dati inerenti le aggressioni nei confronti di operatori sanitari e socio-sanitari: analisi della raccolta dati tramite *incident reporting* per il biennio 2020-2021. In questa analisi sono stati rappresentati dati inerenti: all'*incident reporting*, al genere del personale maggiormente aggredito, alla fascia d'età maggiormente aggredita, all'orario e ai giorni settimanali con maggior numero di aggressioni, alla professione sanitaria maggiormente aggredita e altre variabili descritte di seguito.

Le segnalazioni volontarie raccolte nel corso dell'anno 2020-2021 sono rispettivamente n 220 e n 663. È chiaramente evidente che la diffusione e l'implementazione della specifica

scheda di segnalazione degli eventi aggressivi, in tutte le aziende sanitarie, ha triplicato il numero delle segnalazioni raccolte nel corso del biennio esaminato.

Per quanto riguarda la distribuzione secondo il genere del personale aggredito si evince che la componente femminile è rappresentata per i 2/3 nel 2020 e quasi per i 3/4 nel 2021 del totale del personale sanitario aggredito. Quindi il personale aggredito nel 2020 è rappresentato da una percentuale del genere maschile del 33,2% contro il 66,8% del genere femminile, nel 2021 invece vi è una percentuale di uomini aggrediti del 27,6% e di 72,4% di donne aggredite. Tali dati riflettono la distribuzione del personale dipendente a tempo indeterminato nelle aziende sanitarie del Veneto che, alla data del 31/12/2019, risultava essere per il 74% di genere femminile (Ministero della Salute, 2021).

La distribuzione per età del personale aggredito ha invece dimostrato una maggior incidenza nelle fasce d'età più giovani ed oltre i 60 anni, mentre viene equamente aggredito il personale compreso tra i 30 ed i 59 anni.

Relativamente all'evento aggressione sono stati indicati i dati relativi all'orario dell'evento aggressivo ed alla distribuzione a seconda del giorno della settimana.

Per quanto attiene all'orario di maggior accadimento degli eventi sia nell'anno 2020 che nell'anno 2021 è compresa nella fascia oraria mattutina tra le ore 9:00 e le ore 12:00 nella quale si verificano circa un quarto degli episodi di aggressione. L'interpretazione di questa rilevazione porta a supporre che una delle determinanti del fenomeno dell'aggressione possa in qualche modo essere posta in relazione con la maggior affluenza di utenti e, di conseguenza, maggior complessità dei percorsi di cura e risente meno dell'isolamento del personale determinato dalla minor presenza durante le fasce notturne o delle prime ore del mattino.

Analogamente a differenza della percezione che il personale fosse oggetto di un maggior numero di aggressioni durante le giornate prefestive e festive, quando le risorse umane disponibili sono ridotte, l'analisi effettuata smentisce questa interpretazione dimostrando una maggior frequenza di eventi aggressivi durante la settimana in particolare il martedì, sia per l'anno 2020 che per l'anno 2021.

Nel complesso le differenze rilevate nelle diverse giornate della settimana non sono significative, dimostrando una distribuzione quasi omogenea degli eventi con un lieve incremento il martedì e, comunque, durante la settimana piuttosto che nel week end.

Relativamente al profilo professionale del soggetto aggredito alla fine del 2020 è stata effettuata una revisione della classificazione proposta ex legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 relativa al riordino delle professioni sanitarie, in quanto nella prima versione alcuni professionisti non riuscivano ad identificarsi nelle categorie prestabilite ed avevamo osservato un eccessivo numero di campi vuoti.

Nel 2021, a seguito della riorganizzazione, emerge come la categoria infermieristica risulta quella maggiormente propensa a segnalare eventi aggressivi (67,7%), sono, inoltre, state raccolte segnalazioni anche da parte di professionisti medici (13,4%) e personale sociosanitario (17%). Nel 70% dei casi segnalati l'aggressore è stato identificato nel paziente stesso, mentre nel 25,9% l'aggressore era rappresentato da un caregiver.

Altro aspetto che si è cercato di indagare tramite la compilazione della scheda di *incident reporting*, appositamente creata per la raccolta di segnalazioni di aggressioni, è quello relativo alla situazione del contesto lavorativo che potrebbe influire sulla possibilità di un evento aggressivo. Circa i 3/4 dei casi i lavoratori che hanno segnalato eventi aggressivi non erano isolati nel contesto lavorativo, pertanto questo elemento di rischio non è risultato essere un determinante, sul piano organizzativo, delle condizioni che hanno portato allo sviluppo dell'aggressione.

Anche in un contesto lavorativo ove erano presenti più operatori sanitari l'aggressione è stata indirizzata prevalentemente verso un singolo operatore. Comunque, la differenza riscontrata, è inferiore al 20% dei casi (da 59,1 a 40,9%) nel 2020 e al 10% dei casi (da 53,7 al 46,3%) nel 2021.

La distribuzione dei fenomeni aggressivi a seconda del luogo di evento interessato mostra una distribuzione quasi sovrapponibile nei due anni oggetto del confronto, con una lieve diminuzione nelle sale d'attesa per l'anno 2021, parallelamente compensato da un aumento delle aggressioni nei corridoi (ONSEPS, 2022).

2.3 Effetti della violenza

L'impatto della violenza e dell'aggressione è significativo e diversificato, incidendo negativamente sulla salute e sulla sicurezza dell'utente del servizio, degli altri utenti del servizio nelle vicinanze, degli assistenti e del personale. La violenza e l'aggressione possono anche influenzare l'opinione pubblica sui servizi e sugli utenti del servizio e provocare un forte impatto negativo sull'esperienza complessiva di cura (NICE, 2015).

La violenza sul posto di lavoro può influire sulla salute fisica e mentale della vittima. Compromette la buona qualità delle cure fornite e incide sulla sicurezza degli operatori sanitari (Al Anazi et al., 2020).

Per quanto riguarda le conseguenze degli atti di violenza, gli operatori riportano soprattutto una progressiva perdita di soddisfazione lavorativa/motivazione (Caillier, 2021). Alcuni studi riportano che il 26% dei lavoratori coinvolti considerano la possibilità di lasciare il lavoro in ospedale (Rafeea et al., 2017). Le violenze hanno un impatto sul livello di stress psicologico, la qualità del sonno e significativamente sulla qualità della relazione operatore-paziente e la qualità dei servizi sanitari (Hamdam & Abu Hamra, 2015; Tucker et al., 2015; Sun et al., 2017; Davey et al., 2020). Risultati simili sono stati riportati da una revisione sistematica e meta-analisi (Binmadi & Alblowi, 2019), affermando che l'impatto delle violenze sui lavoratori è costituita dalla compromissione della qualità del lavoro, problemi psicologici, paura, sebbene, più raramente, l'abbandono del lavoro (Baydin & Erenler, 2014), disturbo post traumatico da stress, timori legati al contesto lavorativo, atteggiamenti di rimozione associati a episodi di flash back nel corso dell'attività assistenziale, senso di ansia, rabbia, paura e depressione (Abbot & Brinkmann, 2017; Pompeii et al., 2020), burnout (Ferretti et al., 2021). Esiste una correlazione significativa tra i sintomi del burnout e la violenza fisica (Giménez Lozano et al., 2021) e anche verbale (Vincent-Hoper et al., 2020).

Secondo altri studi le conseguenze significative dirette nei confronti degli infermieri che sperimentano violenza ed aggressioni, sono depressione, rabbia, irritabilità, perdita di fiducia in sé stessi e umiliazione (Al-Quadi, 2020; Pich et al., 2017).

Oltre alle conseguenze sulla salute degli operatori sanitari danneggiati è necessario prendere in considerazione le conseguenze sulla loro operatività e su quella della organizzazione nonché l'impatto economico negativo. A livello organizzativo e della qualità dell'assistenza, il disagio espresso sotto forma di paura, stress, disaffezione al lavoro danneggia la performance lavorativa e riduce l'efficienza della struttura e la qualità dell'assistenza (Ministero della Salute, 2012; Fernandes et al., 1999). Le problematiche conseguenti alla violenza che incidono su questa dimensione sono legate all'aumento dell'assenteismo, aumento del turnover, sfiducia nel gruppo di lavoro e nel management e ostilità nei confronti dell'ambiente di lavoro, il numero elevato di giornate di prognosi per gli operatori sanitari vittime di violenza complessivamente conseguenti agli

episodi di violenza (CDC e NIOSH, 2002; Kamchuchat et al., 2008; Reininghaus et al., 2007; Fisher, 2002). L'abbandono del posto di lavoro determina problemi per l'organizzazione in termini di quantità e qualità del personale e maggiori costi di formazione (Abbot & Brinkmann, 2017; Mc Kenna et al., 2003; Taylor & Rew, 2011). Una revisione sistematica riporta che gli operatori sanitari vittime di violenza tendono a ridurre per intensità e durata la relazione con i pazienti, comunicano meno, adottano atteggiamenti meno empatici, e sono riluttanti a prestare attenzione, sono più incerti in attività precedentemente svolti con sicurezza, possono avere una ridotta concentrazione sul lavoro che può determinare possibili errori (Abbot & Brinkmann, 2017; ONSEPS, 2022).

2.4 Fattori di rischio dell'aggressività

Gli operatori sanitari e dei servizi sociali devono far fronte ad un aumento del rischio di aggressioni legate al lavoro derivanti principalmente dal comportamento violento dei loro pazienti, clienti e/o residenti. Sebbene nessuna diagnosi specifica o tipologia di paziente preveda la violenza futura, gli studi epidemiologici dimostrano costantemente che i servizi psichiatrici ospedalieri e per acuti, le strutture di assistenza geriatrica a lungo termine, i dipartimenti di emergenza urbani ad alto volume e i servizi sociali residenziali e diurni presentano i rischi più elevati. Anche il dolore, le prognosi devastanti, l'ambiente non familiare, i farmaci e i farmaci che alterano la mente e l'umore e la progressione della malattia possono causare agitazione e comportamenti violenti.

Sebbene i fattori di rischio individuali varieranno, a seconda del tipo e dell'ubicazione di un contesto sanitario o di servizi sociali, nonché del tipo di organizzazione, alcuni dei fattori di rischio includono:

Fattori di rischio legati al paziente, al cliente e al contesto:

- lavorare direttamente con persone che hanno precedenti di violenza, abuso di droghe o alcol, membri di bande criminali e parenti di pazienti o clienti;
- lavorare da soli in una struttura o a domicilio dei pazienti;
- scarsa progettazione ambientale del luogo di lavoro che potrebbe bloccare la visione dei dipendenti o interferire con la loro fuga da un incidente violento;
- corridoi, stanze, parcheggi e altre aree poco illuminati;
- mancanza di mezzi di comunicazione di emergenza;

- prevalenza di armi da fuoco, coltelli e altre armi tra i pazienti, le loro famiglie e i loro amici;
- lavorare in quartieri con alti tassi di criminalità.

Fattori di rischio organizzativi:

- mancanza di politiche della struttura e di formazione del personale per riconoscere e gestire comportamenti ostili e aggressivi crescenti da parte di pazienti, clienti, visitatori o personale;
- lavorare quando c'è carenza di personale, soprattutto durante i pasti e le ore di visita;
- elevato turnover dei lavoratori;
- personale inadeguato in materia di sicurezza e salute mentale sul posto;
- lunghe attese per pazienti o clienti e sale d'attesa sovraffollate e scomode;
- circolazione illimitata del pubblico nelle cliniche e negli ospedali;
- percezione che la violenza sia tollerata e che le vittime non siano in grado di denunciare l'incidente alla polizia e/o sporgere denuncia.

(Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2016).

2.5 Le tecniche di gestione della aggressività

I metodi tradizionali solitamente usati per gestire le emergenze comportamentali, come la contenzione fisica e farmacologica, sono stati affiancati da metodi non coercitivi, ai quali viene data molta enfasi al giorno d'oggi (Richmond et al., 2012). La de-escalation consiste nell'uso della comunicazione verbale e non verbale per ridurre, durante la fase di escalation, l'aggressività ed è raccomandata come intervento di prima scelta nella gestione di questo fenomeno (National Institute of Clinical Excellence [NICE], 2005).

La De-escalation, letteralmente è paragonabile a uno scendere i gradini di una scala immaginaria di tensione ed attivazione emozionale, al momento elevata e che influenza il comportamento e le reazioni: si attua proprio attraverso gradini successivi, un passo dopo l'altro, con un ritmo adatto e calibrato alla persona e alla circostanza, senza forzare. Occorrono tempo, competenza, controllo e pazienza, scendendo un gradino dopo l'altro fino ad arrivare a riportare il tutto ad un grado di tensione accettabile e normale (Biondi, 2014).

Il nuovo paradigma sostiene che bisogna passare dal concetto di "calmare il paziente" che ha una connotazione dominante, all'"aiutare il paziente a calmarsi" che si rivela più

collaborativo ed è una forma di trattamento in cui il paziente è in grado di sviluppare rapidamente il proprio locus of control interno. I 4 obiettivi principali quando si gestisce una persona agitata sono: (1) garantire la sicurezza del per l'utente, per sé stessi e per le altre persone presenti; (2) aiutare la persona a gestire le sue emozioni e a mantenere o riprendere il controllo del suo comportamento; (3) evitare l'uso della contenzione quando possibile; e (4) evitare interventi coercitivi che aumentino l'agitazione (Richmond et al., 2012).

2.5.1 I dieci domini per la de-escalation dei pazienti agitati

Il primo dominio consiste nel rispettare lo spazio personale e quello del paziente quando ci si avvicina al paziente agitato. Mantenere una distanza di almeno 2 braccia tra sé e il paziente. Ciò non solo dà al paziente lo spazio di cui ha bisogno, ma dà anche all'operatore sanitario lo spazio necessario per spostarsi se il paziente dovesse calciare o colpire in altro modo. Sia il paziente che l'operatore sanitario dovrebbero essere in grado di uscire dalla stanza senza avere la sensazione che l'altro gli blocchi la strada.

La seconda raccomandazione è quella di non assumere un atteggiamento provocatorio. Per evitare un'escalation iatrogena bisogna dimostrare attraverso il linguaggio del corpo che non si ha l'intenzione di far male al paziente, che si è intenzionati ad ascoltare e che tutti siano al sicuro. Le mani dovrebbero essere visibili e non serrate. Evitare le mani nascoste, che implicano un'arma nascosta. Le ginocchia dovrebbero essere leggermente piegate. Evitare di guardare direttamente il paziente agitato e ci si dovrebbe posizionare ad angolo rispetto al paziente in modo da non apparire conflittuale. Un comportamento calmo e l'espressione facciale sono importanti. Un contatto visivo eccessivo e diretto, soprattutto lo sguardo fisso, può essere interpretato come un atto aggressivo. Il linguaggio del corpo chiuso, come piegare le braccia o voltarsi, può comunicare mancanza di interesse. È molto importante che il linguaggio del corpo sia congruente con ciò che sta dicendo. In caso contrario, il paziente percepirà che non si è sinceri o addirittura si stia "fingendo" e potrebbe diventare più agitato e arrabbiato. È anche importante monitorare attentamente che altri pazienti o individui non provochino ulteriormente il paziente.

Il dominio tre descrive le modalità per stabilire un contatto verbale. In questo caso solo una persona interagisce verbalmente con il paziente. La prima persona a entrare in contatto con il paziente dovrebbe essere la persona designata a calmare il paziente. Se quella

determinata persona non fosse in grado di assumere questo ruolo, un'altra persona dovrebbe essere designata immediatamente.

Più persone che interagiscono verbalmente possono confondere il paziente e provocare un'ulteriore escalation. Mentre la persona designata sta lavorando con il paziente, un altro membro del *team* dovrebbe avvisare il personale dell'incontro, allontanando gli spettatori.

Dominio numero quattro: essere concisi. In questo caso è importante mantenere una comunicazione verbale semplice poiché i pazienti agitati possono avere problemi nella capacità di elaborare le informazioni verbali, utilizzare frasi brevi e un vocabolario semplice. Verbalizzazioni più complesse possono aumentare la confusione e portare a un'escalation. Dare al paziente il tempo di elaborare ciò che gli è stato detto e di rispondere prima di fornire ulteriori informazioni.

Raccomandazione chiave: la ripetizione è essenziale per una de-escalation di successo, ciò comporta la ripetizione persistente del messaggio al paziente finché non viene ascoltato. Poiché il paziente agitato è spesso limitato nella sua capacità di elaborare le informazioni, la ripetizione è essenziale ogni volta che si avanzano richieste al paziente, si stabiliscono limiti, si offrono scelte o si propongono alternative. Questa ripetizione è combinata con altre abilità di assertività che implicano l'ascolto del paziente e l'accordo con la sua posizione quando possibile.

Dominio cinque: Identificare desideri e sentimenti. Esempi di desideri includono: il soccorso, il desiderio di comunicare con un ascoltatore empatico, una richiesta di farmaci, qualche intervento amministrativo, come una lettera a un datore di lavoro, o intervenire con un coniuge o un genitore difficile. Indipendentemente dal fatto che la richiesta possa essere accolta o meno, a tutti i pazienti deve essere chiesto quale sia la loro richiesta.

Raccomandazione chiave: utilizzare informazioni libere per identificare desideri e sentimenti. Le "informazioni libere" provengono da cose banali che il paziente dice, dal suo linguaggio del corpo o anche da incontri passati avuti con il paziente. Le informazioni libere possono aiutare l'esaminatore a identificare i desideri e i sentimenti del paziente e le sue esigenze. Questa connessione rapida basata su informazioni gratuite acconsente di rispondere empaticamente ed esprimere il desiderio di aiutare il paziente a ottenere ciò che desidera, facilitando una rapida riduzione dell'agitazione.

Una persona triste desidera qualcosa che ha rinunciato alla speranza di avere. Un paziente che ha paura vuole evitare di essere ferito. In una discussione successiva sull'aggressività,

sarà evidente che anche il paziente aggressivo ha desideri specifici, e identificare questi desideri è importante per la gestione del paziente.

Nel sesto ambito è sottolineata l'importanza di ascoltare attentamente il paziente. Utilizzando l'ascolto attivo bisogna comunicare attraverso il riconoscimento verbale, la conversazione e il linguaggio del corpo che sta realmente prestando attenzione al paziente e a ciò che sta dicendo e sentendo.

Settimo ambito: essere d'accordo o d'accordo per non essere d'accordo. Il *fogging* è un comportamento empatico in cui si trova qualcosa sulla posizione del paziente con cui può essere d'accordo. Può essere molto efficace nello sviluppare la propria relazione con il paziente. Ci sono 3 modi per mettersi d'accordo con un paziente. Il primo è essere d'accordo con la verità. Se il paziente fosse agitato dopo tre tentativi di prelievo, si potrebbe dire: "Sì, ci ha provato tre volte. Ti dispiace se ci provo?" Il secondo è essere d'accordo in linea di principio. Per il paziente agitato che si lamenta di aver subito una mancanza di rispetto da parte della polizia, non è necessario essere d'accordo sul fatto che abbia ragione, ma si può essere d'accordo con lui in linea di principio dicendo: "Credo che tutti dovrebbero essere trattati con rispetto". Il terzo è accettare le probabilità. Se il paziente è agitato a causa dell'attesa per vedere il medico e afferma che qualcuno si arrabbierebbe, una risposta appropriata sarebbe: "Probabilmente ci sono anche altri pazienti che si arrabbierebbero". Usando queste tecniche, di solito è facile trovare un modo per essere d'accordo, e si dovrebbe essere il più possibile d'accordo con il paziente.

Ottavo dominio: stabilire limiti chiari.

L'impostazione dei limiti deve essere ragionevole e fatta in modo rispettoso. Stabilisci dei limiti dimostrando la tua intenzione e il tuo desiderio di essere di aiuto ma di non subire abusi da parte del paziente. Se il paziente provoca disagio, questo deve essere riconosciuto. Spesso dire al paziente che il suo comportamento è spaventoso o provocatorio è utile se accompagnato da un'affermazione empatica secondo cui il desiderio di aiutare può essere interrotto o addirittura deragliato se l'operatore sanitario si sente spaventato, angosciato ecc.

Nel nono dominio si ribadisce di offrire delle scelte al paziente. Offrire delle scelte per il paziente a cui non resta altro che combattere o fuggire, può essere uno strumento potente. La scelta è l'unica fonte di *empowerment* per un paziente che crede che la violenza fisica sia una risposta necessaria. Per evitare che una spirale di aggressione si trasformi in

un'aggressione, sii assertivo e proponi rapidamente alternative alla violenza. Mentre offri delle scelte, offri anche cose che saranno percepite come atti di gentilezza, come coperte, riviste e accesso a un telefono. Cibo e qualcosa da bere possono essere una scelta che il paziente è disposto ad accettare e che blocca i comportamenti aggressivi. Tieni presente che queste scelte devono essere realistiche. Non ingannare mai un paziente promettendogli qualcosa che non gli può essere fornito. Ad esempio, a un paziente non dovrebbe essere promessa la possibilità di fumare quando l'ospedale ha una politica antifumo.

Dominio dieci: *debriefing* del paziente e del personale.

Poiché la prevenzione dell'agitazione è il modo migliore per trattarla, la cosa migliore è pianificare con il paziente: "Cosa funziona quando sei molto turbato come eri oggi? Cosa possiamo/voi fare in futuro per aiutarvi a mantenere il controllo?"

Informare il personale se è necessario ricorrere alla moderazione o alla forza, è importante che il personale venga informato sulle azioni intraprese dopo l'evento. Il personale dovrebbe sentirsi libero di suggerire cosa è andato bene durante l'episodio e cosa no, e consigliare miglioramenti per l'episodio successivo (Richmond et al., 2012).

Alcune tecniche comunicative utili per effettuare la de-escalation:

- evitare l'antagonismo, la contrapposizione, le posizioni rigide,
- cercare uno spunto di collaborazione, un punto immediato, iniziale d'intesa,
- tralasciare e minimizzare i punti di conflitto,
- ricercare un possibile punto di accordo da cui partire

Un paziente psichiatrico in situazione di emergenza – così come altri pazienti di un pronto soccorso con quadri di urgenza strettamente medica, come ad esempio crisi ipertensive, dolore, tachicardia, attacco di panico – presenta in genere un quadro psicologico e psicopatologico di entità, tipologia e complessità variabili, ma determinato nella maggior parte di casi da due o tre stati d'animo principali, ad esempio ansia/paura, attivazione fino all'agitazione, demoralizzazione intensa fino alla disperazione, impulsività fino a reazioni agite improvvise, rabbia fino all'aggressività o comportamenti violenti, e così via. L'analisi delle dimensioni psicopatologiche predominanti – più che la diagnosi psichiatrica che verrà perfezionata in un secondo momento – è fondamentale per il primo approccio terapeutico in emergenza sia nel paziente psichiatrico che in altri pazienti. Per ciascuna dimensione sono elencate alcune modalità comunicative più adatte per il tipo di sofferenza predominante, sintoniche con lo stato d'animo principale in quel momento. Esse possono

essere utili per stabilire un primo “ponte comunicativo” da cui può partire una strategia di intervento.

Interventi preferibili per la dimensione “attivazione”

1. modulare il tono della voce, non alzarla o rispondere in modo concitato, muoversi lentamente, parlare con tono pacato, fermo, disponibile; non fissare con lo sguardo; non sorridere.
2. evitare un atteggiamento competitivo.
3. se si mostra minaccioso o aggressivo, non dare le spalle, assicurarsi di avere altri che possono intervenire in caso di bisogno o discontrollo aperto del comportamento, allertare la vigilanza.
4. evitare interventi “automatici” che possono suscitare nel paziente il “non essere visto” o considerato ed attivare dei comportamenti tesi ad evidenziare il proprio “esserci” e richiamare attenzione. Ad esempio, non dire: “lei è stato inviato con una richiesta di ricovero e per tanto devo ricoverarla” oppure “i suoi vicini sostengono lei sia stato aggressivo e per tanto devo ricoverarla”. Piuttosto comunicare “secondo lei, perché è stato inviato una richiesta di ricovero?” oppure “secondo lei, perché i vicini sostengono che lei sia aggressivo?”

Oltre ad alcuni interventi di deescalation è importante attenersi ad alcuni accorgimenti per la sicurezza:

- in caso di rischio di violenza, mantenere distanza fisica per essere colpiti di almeno due braccia,
- non trattenere fisicamente pazienti agitati,
- tenere una via d’uscita alle proprie spalle (es. porta)
- non tenere il paziente in posizione chiusa alle sue spalle (es. angolo o muro),
- se vi sono armi o coltelli, allontanarsi chiarendo che in queste condizioni non siete tranquilli e non accettate di parlare,
- tenere le braccia distese, parlare evitando le braccia incrociate
- parlare guardando la persona in modo fermo ma breve, non guardare fisso negli occhi (Biondi, 2014).

2.6 L'infermiere in pronto soccorso

La funzione di Triage, cioè di accettazione del paziente e definizione di un codice di "priorità" di accesso alle cure, rappresenta un'attività assistenziale fondamentale in Pronto Soccorso. Le competenze previste per svolgere il Triage devono essere di tipo tecnico/assistenziali da un lato, completate dalle competenze emotive imprescindibili per questo ruolo, ci vuole infatti un'esperienza di almeno 6 mesi e la frequenza ad un corso apposito.

L'approccio ad un paziente che giunge in Pronto Soccorso (Triage) deve essere basato su un intervento metodologico che si sviluppa in più fasi: valutazione sulla porta, raccolta dati/anamnesi, breve esame fisico mirato, rilevazione parametri vitali, eventuale reperimento di un accesso venoso, esecuzione di elettrocardiogramma o di emogasanalisi se necessario, definizione del codice colore e come ultima ma fondamentale fase di Triage quella della rivalutazione continua del paziente in attesa.

Tutto questo tipo di approccio si esplica in maniera appropriata quando, oltre a rispettare i protocolli previsti e validati, essi sono messi in pratica con un substrato ben strutturato di competenza emotiva, quindi empatica.

Ciò si comprende se si fa riferimento all'ormai conosciutissimo aspetto del sovraffollamento dei locali dell'accettazione del Pronto Soccorso, dove la carica emotiva di apprensione e preoccupazione del paziente si riversa con impatto notevole sull'infermiere di Triage.

Infatti la gestione dell'attesa ha un peso spesso maggiore che non la presa in carico iniziale con la definizione della priorità di accesso alle cure.

Un altro ambito di assistenza in Pronto Soccorso è svolto nella Sala Rossa, cioè dove giunge direttamente il paziente con compromissione di una o più funzioni vitali tale da prevedere un intervento repentino in emergenza, garantendo anche una stretta osservazione continua fino al ripristino della funzione compromessa piuttosto che eseguendo interventi assistenziali di emergenza collaborando con altre figure professionali quali il medico di Sala Rossa, l'anestesista rianimatore, il chirurgo, l'ortopedico e i vari specialisti quali il neurologo di Stroke Unit (per le trombolisi), l'emodinamista (prima e dopo l'intervento di angioplastica), il neurochirurgo (con la terapia necessaria, la preparazione all'intervento del paziente, il cardiocirurgo (monitoraggio).

Altra tipologia di assistenza infermieristica è svolta in Pronto Soccorso nelle sale visita (medica, chirurgica, ortopedica) in collaborazione con il medico specialista; vi si eseguono tutti gli interventi assistenziali necessari (dalla fleboclisi, il cateterismo vescicale, il reperimento di un accesso venoso, l'esecuzione di un elettrocardiogramma, un'emogasanalisi oppure nel posizionamento di una trazione transcheletrica in sala gessi o ancora di un sondino nasogastrico, ecc.).

Ulteriore ambito di assistenza in Pronto Soccorso è rappresentato dalla cosiddetta OBI (osservazione breve intensiva).

Appare evidente come gli ambiti in cui esplicare le competenze infermieristiche sono molteplici e differenti e devono sapersi adattare alle frequenti mutazioni delle condizioni cliniche della persona.

In sede di triage di pronto soccorso per una risposta più pronta ed efficace tesa alla soluzione dei problemi di salute dei pazienti afferenti al pronto soccorso stesso, può avvenire un'attività di anticipazione che avviene sempre in seguito alla "fase di decisione del triage" che prevede l'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei "necessari provvedimenti assistenziali" e l'eventuale "attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici" (P.D.T.A). Tutte le attività devono essere previste dai protocolli medico-infermieristici.

L'attività del triage esita in:

- 1) invio diretto in sala di emergenza (in caso di codice rosso);
- 2) assegnazione ad un ambulatorio (in caso degli altri codici con le priorità indicate);
- 3) l'avvio del fast track;
- 4) la prestazione diretta tramite il *See and Treat*.

I punti 1) e 2) rientrano nella piena logica e tradizione del triage. L'atto normativo della Conferenza Stato Regioni individua il *See and Treat* e il *fast track* come momenti di sviluppo del processo (laddove, ovviamente, non già implementati).

Analizziamoli distintamente per comprendere al meglio di cosa si tratta:

Il *See and Treat*

Questa metodica – letteralmente "guarda e tratta" - viene resa operativa dalla Regione Toscana nel 2007 (successivamente aggiornata nel 2017) e oggi viene estesa a livello nazionale. È un modello di "risposta assistenziale a urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il

trattamento di problemi clinici preventivamente individuati”. Il paziente con una tipologia di problemi ben determinata viene avviato dall’infermiere di triage all’area *See and Treat*. Dunque, una volta che si presenta al pronto soccorso un paziente rientrante nella casistica del *See and Treat*, viene preso in carico dal relativo personale infermieristico, adeguatamente formato, “che applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso”. Nel *See and Treat* l’infermiere gestisce il processo in base ai protocolli che devono essere “approvati dalla direzione sanitaria”.

Il *fast track*

Altra modalità da mettere in atto come diretta filiazione del triage è il *fast track*. Anche in questo caso siamo in presenza di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori “di pertinenza mono specialistica” (es. oculistica, ortopedia, otorino ecc.). In questo caso “l’attivazione si avvia dal triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e protocolli validati localmente”.

Uno degli ultimi documenti approvati e punto di riferimento, è la Conferenza Stato-Regioni, Atto 143/CSR del 01/08/2019 con “Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”; i documenti sul Triage e sull’Osservazione Breve Intensiva includono indicazioni sulle dotazioni di personale.

In conclusione, pur riconoscendo che non sia semplice rappresentare una fotografia della professione infermieristica svolta in Pronto Soccorso, sia per le innumerevoli attività svolte sia per le tipologie di pazienti accolti, raccontarle tutte non sarebbe facile in quanto sicuramente ci dimenticheremo aspetti peculiari svolti quotidianamente, vogliamo soffermarci però su due aspetti molto importanti che caratterizzano l’infermiere e la professione in questo ambito.

Il primo è rappresentato dall’ampia sfera di autonomia che l’infermiere ha quando lavora in queste aree.

Spesso si assume anche responsabilità non proprie ma che, nella concitazione delle fasi critiche e gestionali di un paziente in condizioni gravi, possono anche essere determinanti per l’esito delle prestazioni erogate. L’esperienza maturata da un infermiere di Pronto Soccorso permette al professionista di avere un’estrema rapidità nel saper riconoscere

situazioni critiche e mutevoli in brevissimo tempo. Inoltre, è in grado di assumere decisioni importanti nel breve spazio di tempo, spesso utile a risolvere problemi di salute importanti.

Il secondo aspetto su cui ci soffermiamo è la capacità di saper lavorare in *team*.

Avere la capacità di saper lavorare a fianco di altri esperti dell'emergenza/urgenza è una qualità fondamentale per poter lavorare in un Pronto Soccorso. La multidisciplinarietà non si esaurisce solamente con gli aspetti tecnici, bensì è affiancata da importanti ambiti relazionali ed interpersonali, senza di questi un *team* non potrà mai funzionare a lungo termine.

La capacità di saper accomunare competenze tecniche e relazionali che gli permettono di lavorare in autonomia, negli ambiti propri, completano un buon professionista e gli permettono di svolgere al meglio la propria attività garantendo le migliori prestazioni di salute all'utente e, nella maggior parte dei casi, permettergli il rientro a casa e il ritorno alle normali attività di vita quotidiana nel minor tempo possibile (OPI, 2021).

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si è assistito ad un costante aumento degli accessi nei Pronto Soccorso ospedalieri italiani che, analogamente a quanto verificatosi in altri Paesi, non erano preparati ad affrontare questa crescente ondata di pazienti e soprattutto non erano in grado di regolarne il flusso. Alla base di questo fenomeno possiamo includere l'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, l'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura. Le nuove criticità che si sono determinate sono rappresentate dal ritardo di accesso alle cure, dallo stazionamento (*boarding*) dei pazienti in attesa di ricovero e, in generale, dal sovraffollamento (*overcrowding*) nei Servizi di Pronto soccorso. Questi fattori hanno indirizzato Istituzioni e operatori verso la ricerca di nuovi scenari, capaci di realizzare una presa in carico precoce del paziente fin dal suo arrivo in Pronto Soccorso ed un utilizzo attivo dei tempi di attesa (Ministero della Salute, 2019).

3.1 Criteri di selezione degli studi

- Disegno di studio: non sono stati posti limiti riguardo il disegno di studio. Sono stati selezionati tutti gli studi riguardanti il fenomeno che indicassero gli approcci e/o le strategie di prevenzione delle aggressioni in pronto soccorso verso gli infermieri e/o operatori sanitari pubblicati negli ultimi 10 anni, e/o che valutassero l'efficacia.
- Tipologia dei partecipanti: infermieri e/o operatori sanitari del Pronto Soccorso che forniscono assistenza diretta alle persone che afferiscono a questa struttura.
- Tipologia di intervento: l'intervento mira a prevenire o ridurre le aggressioni e i comportamenti violenti dei soggetti che entrano in contatto con la realtà del pronto soccorso nei confronti degli infermieri e/o operatori sanitari.
- Tipo di *outcomes* misurati: gli interventi preventivi sono analizzati e valutati in base alla loro efficacia nell'aumentare la sicurezza degli operatori e la riduzione degli episodi di violenza.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

La selezione degli articoli inclusi in questa revisione bibliografica è stata realizzata consultando i seguenti database elettronici: PubMed, CINAHL, Cochrane e Google Scholar. Tuttavia, la maggior parte degli articoli utilizzati per la stesura di questa revisione bibliografica, sono stati reperiti nella banca dati di PubMed.

Sono stati selezionati gli articoli con una retroattività di 10 anni scritti in lingua inglese o italiana e disponibili dell'abstract o del full text. Le parole chiave libere e le combinazioni di termini Medical Subject Heading (MeSH) utilizzati sono: “*aggression*”, “*emergency room*”, “*nurses*”, “*adults*”, “*prevention*”.

Le stringhe di ricerca impiegate per reperire gli articoli sono:

- *Aggression and emergency room and prevention*
- *Violence and emergency room and nurses and prevention and adults*
- *Risk factors and aggression and emergency department and nurses*
- *Assessment and aggression and emergency department and nurses*

I database elettronici sono stati consultati con data ultima il 28/08/2023.

3.3 Selezione degli studi

Sono stati ricercati ed analizzati criticamente gli articoli che trattano la prevenzione della violenza in pronto soccorso da parte degli utenti nei confronti degli infermieri.

I quesiti di ricerca attraverso i quali è stata costruita la revisione sono:

- Quali sono i fattori di rischio che possono determinare atti violenti verso gli infermieri?
- Quali interventi si possono mettere in atto al fine di prevenire le aggressioni in pronto soccorso?
- Esistono strumenti/scale di valutazione validate del rischio di violenza in pronto soccorso?

Gli articoli analizzati sono stati tutti reperiti in formato full text; in lingua italiana o inglese e pubblicati negli ultimi 10 anni.

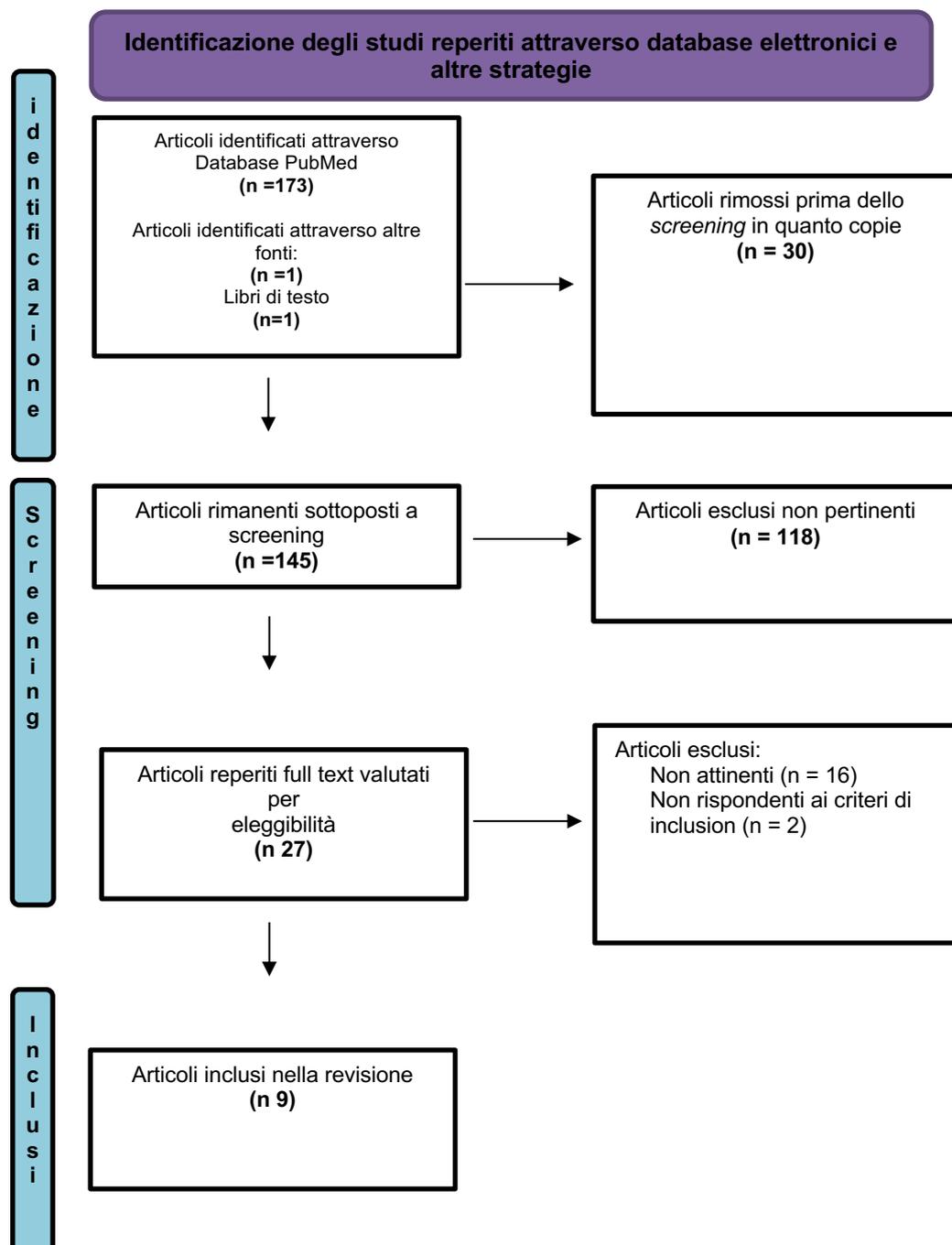
In prima battuta sono stati esclusi gli articoli in duplicato e il cui titolo e abstract non erano pertinenti con i quesiti di ricerca. Infine, dopo attenta analisi, sono stati inclusi solo gli articoli che rispondessero almeno a un quesito di ricerca posto in esame.

In conclusione, sono stati selezionati 9 articoli per la revisione, su un totale di 11 analizzati in modalità full text perché ritenuti non attinenti.

Nella seguente tabella (TABELLA I) si riassume il processo di selezione degli articoli.

TABELLA I- Diagramma di flusso per la selezione degli articoli.

Tratto da: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi inclusi in questo lavoro di revisione della letteratura sono stati analizzati utilizzando una tabella di analisi valutativa in cui sono stati indicati: autore, anno di pubblicazione, paese di pubblicazione, disegno di studio, obiettivo, campione e risultati (tabella II).

Sono stati inclusi tutti gli studi che potevano rispondere almeno a uno dei quesiti di ricerca.

Tabella II – studi inclusi dalla revisione della letteratura

| Articolo titolo Autore, Anno, paese | Disegno di studio | Obiettivo | Campione | Risultati |
|---|------------------------------|---|---|--|
| Violence against Health-Care Workers in Government al Health Facilities in Arar City. Al Anazi, R. B., AlQahtani, S. M., Mohamad, A. E., Hammad, S. M., & Khleif, H. (2020). Arabia Saudita | Studio trasversale | Questo studio è stato condotto per determinare la prevalenza, i tipi, i fattori associati, le conseguenze e le misure preventive suggerite della violenza contro il personale sanitario nella città di Arar | Ci sono tre ospedali generali e dodici centri di assistenza sanitaria primaria nella città di Arar. Sono stati inclusi tutti gli operatori sanitari delle strutture selezionate | La prevalenza della violenza tra gli operatori sanitari partecipanti in relazione alle loro caratteristiche demografiche e occupazionali era significativamente associata: -La carenza di personale, le lunghe ore di attesa e la mancanza di formazione del personale e le politiche per prevenire le crisi. -Gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali, al pronto soccorso e coloro che hanno il turno serale o notturno avevano maggiori probabilità di essere esposti ad atti violenti. -La domanda di servizi insoddisfatti e numero di personale inferiore e carente. Interventi: - potenziare il sistema di sicurezza - l'aumento del personale. |
| Validity and reliability of | Sono stati condotti tre | Sviluppare e testare | Per la validità del contenuto, | Il Queensland Occupational Violence Patient Risk Assesment Tool (si |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>the novel three-item occupational violence patient risk assessment tool.</p> <p>Cabilan, C. J., McRae, J., Learmont, B., Taurima, K., Galbraith, S., Mason, D., Eley, R., Snoswell, C., & Johnston, A. N. B. (2022). Australia</p> | <p>studi in fasi: validità del contenuto, validità predittiva e affidabilità da giugno 2019 a marzo 2021.</p> | <p>psicometricamente uno strumento di valutazione del rischio di violenza professionale nel dipartimento di emergenza.</p> | <p>sono stati reclutati prevalentemente infermieri per valutare le voci che avrebbero valutato in modo appropriato il rischio di violenza sul posto di lavoro. Successivamente, è stato sviluppato uno strumento di valutazione del rischio che è stato testato per la sua validità predittiva e per la sua affidabilità.</p> | <p>pronuncial kwov-pro). È uno strumento che valuta tre domini per valutare il rischio di violenza: storia di aggressività, comportamento e presentazione clinica.</p> <p>Lo strumento ha una validità predittiva accettabile e una affidabilità intervalutatore. Può quindi essere implementato nei pronto soccorso per aiutare a ridurre il rischio di eventi violenti e l'impatto che esso provoca su pazienti, personale, servizi sanitari e la società in generale.</p> |
| <p>Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments .</p> <p>D'Ettorre, G., Pellicani, V.,</p> | <p>Revisione della letteratura</p> | <p>Individuare nuove evidenze sull'approccio al problema della violenza nei confronti degli operatori sanitari nei pronto soccorso.</p> | <p>E' stata effettuata una ricerca di articoli riguardanti la violenza nei confronti degli operatori sanitari impiegati nei pronto soccorso e pubblicati da gennaio 2007 a dicembre 2017</p> | <p>Lo strumento di valutazione STAMPEDAR per identificare pazienti e visitatori a rischio di comportamenti violenti è efficace per avvisare gli operatori sanitari di pronto soccorso sui precursori comportamentali della violenza (ad esempio, sguardo fisso, tono e volume della voce, assertività, emozioni, processo patologico).</p> <p>I determinanti della violenza all'interno dei PS: -rapporto inadeguato operatore sanitario-paziente, -elevato livello di ansia tra il personale, -clima di sicurezza percepita più scarso,</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>Mazzotta, M., & Vullo, A. (2018). Italia</p> | | | | <ul style="list-style-type: none"> -elevate richieste di lavoro, - lunghi tempi di attesa per i pazienti. - operatori sanitari con età inferiore a 30 anni e di genere femminile. -elevata domanda di lavoro <p>Interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interventi organizzativi volti a gestire la domanda di lavoro e a migliorare il clima di sicurezza -adeguata formazione -sistemi di allarme e altri dispositivi di sicurezza, pulsanti antipanico, allarmi portatili o dispositivi antirumore, telefoni cellulari e canali radio privati dove il rischio è evidente o può essere previsto; videoregistrazione a circuito chiuso per aree ad alto rischio 24 ore su 24; “stanze sicure” per i dipendenti da utilizzare durante le emergenze; vetri antisfondamento nelle aree reception, triage e accettazione o nei locali di servizio alla clientela. -Per prevenire le aggressioni che possono derivare dai tempi di attesa, potrebbero essere utili pannelli elettronici che indichino i tempi di attesa approssimativi. Inoltre, possono essere utili guide informative e videocassette sul viaggio del paziente attraverso il pronto soccorso -formazione sulla comunicazione il personale nei dipartimenti di emergenza. -limitare l’accesso tramite addetti alla sicurezza. |
| <p>Workpl ace violenc</p> | <p>Analisi caso- controllo</p> | <p>Lo scopo di questo studio è quello di</p> | <p>Episodi di violenza nei confronti di</p> | <p>Nel presente studio, l’insorgenza di violenza sul posto di lavoro tra gli infermieri del pronto soccorso è</p> |

| | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|---|
| <p>e against healthca re workers in Emergency Depart ments.</p> <p>D'Ettorre, G., Pellicani, V., & Vullo, A. (2019). Italia</p> | <p>trasversale nidificata</p> | <p>indagare la relazione tra turni di lavoro e violenza sul posto di lavoro rispetto agli infermieri che lavorano in pronto soccorso</p> | <p>infermieri impiegati in tre pronto soccorsi, nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2017</p> | <p>apparsa legata agli orari di lavoro a turni, compresi quelli notturni.</p> |
| <p>Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross- sectional study.</p> <p>Hamdan, M., & Abu Hamra, A. (2015). Palestina</p> | <p>Studio trasversale</p> | <p>Lo scopo di questo studio è quello di: 1. ottenere una visione approfondita della violenza sul posto di lavoro sperimentato dagli operatori nei dipartimenti di emergenza negli ospedali palestinesi. 2. esaminare i fattori di rischio demografici e occupazionali associati all'esposizione</p> | <p>Si tratta di uno studio trasversale che ha indagato tutti i tipi di violenza contro gli operatori del pronto soccorso, inclusi medici, infermieri e personale di ammissione/regi strazione durante l'anno precedente l'indagine.</p> | <p>Fattori di rischio: le aggressioni avvenute: il 25% è avvenuto al mattino, il 38,5% al pomeriggio e il 30,1% durante i turni notturni. Inoltre, il 61% è avvenuto in sala d'attesa, il 22,7% nelle sale di visita/trattamento e il 16% nei corridoi dei PS.</p> <p>Fattori di rischio legati al sistema del pronto soccorso: la mancanza di misure di prevenzione della violenza e atteggiamenti del personale.</p> <p>Fattori di rischio correlati al paziente e alla sua famiglia: aspettative non soddisfatte di pazienti/famiglie ansia/paura, l'influenza della malattia, malattia o dolore, mancanza di consapevolezza</p> |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|
| | | alla violenza nei pronti soccorsi. | | <p>delle persone e influenza di sostanze (droghe o alcol)</p> <p>Altri fattori di rischio</p> <p>maggior numero di visite di pazienti (>9.000 visite mensili) e tra i lavoratori più giovani (≤ 30 anni) (41,2%) e i meno esperti (meno di nove anni).</p> <p>Interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> -programmi educativi per il personale junior sulla prevenzione e la gestione della violenza. -migliorare le misure dissuasive: personale di sicurezza, telecamere, allarmi e sistemi di comunicazione, per proteggere i lavoratori dalla violenza. -Segnalare adeguatamente gli incidenti violenti -Garantire personale qualificato, ad es. assistente sociale, per fornire consulenza ai pazienti in PS e aiutarli a far fronte alla loro paura, ansia e stress. |
| <p>Multisite study of Aggressive Behavior Risk Assessment Tool in emergency departments.</p> <p>Kim, S. C., Kaiser, J., Bulson, J., Hosford, T., Nurski, A., Sadat, C., &</p> | <p>Studio prospettico di coorte</p> | <p>Questo studio mira a testare l'utilità dello strumento di valutazione del rischio di comportamento aggressivo (ABRAT) per lo screening dei pazienti in pronto soccorso.</p> | <p>Adulti e pediatrici di età ≥ 10 anni che hanno visitato 3 dipartimenti di emergenza nel Michigan tra il 1 maggio 2021 e il 30 giugno 2021. Gli infermieri del triage hanno completato la lista di controllo di 16 voci utilizzando le</p> | <p>l'ABRAT per i pronto soccorso sembra essere una lista di controllo semplice ma completa con un'elevata sensibilità e specificità per l'identificazione di pazienti potenzialmente violenti nei PS. La disponibilità di una tale lista di controllo di screening nell'EHR può consentire una rapida identificazione dei pazienti ad alto rischio e l'attuazione di misure di mitigazione mirate per proteggere il personale di emergenza e i pazienti.</p> <p>Altri strumenti di valutazione del rischio di violenza per un utilizzo potenziale in pronto soccorso sono la BVC (Broset Violence Checklist) e la STAMP. In questo caso la BVC,</p> |

| | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|
| Kalinowski, N. (2022). USA. | | | cartelle cliniche elettroniche (EHR). | utilizzata in origine in contesti psichiatrici presenta una bassa sensibilità per i contesti di emergenza. Per quanto riguarda la STAMP, la sua utilità non è stata testata per i pazienti del pronto soccorso; tuttavia, è stata suggerito dal Center for Disease Control and Prevention come strumento di valutazione del rischio di violenza. |
| Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R., & Valiee, S. (2020).Iran | Studio quasi sperimentale | Lo scopo di questo studio è quello di valutare gli effetti di un programma educativo, di una lista di controllo per la valutazione dei rischi (the Broset Violence Checklist BVC) e di un protocollo preventivo sulla violenza contro gli infermieri del dipartimento di emergenza. | La popolazione dello studio comprendeva gli infermieri laureati e non con 3 mesi di esperienza nel pronto soccorso. | Tutti i partecipanti hanno conseguito un work-shop di quattro ore, tenutosi in due giorni consecutivi. Durante il workshop è stato utilizzato un PowerPoint per spiegare il metodo di utilizzo della check list e il protocollo preventivo inclini alla violenza. La lista di controllo e il protocollo preventivo è stato allegato a tutte le cartelle cliniche. La check list è stata compilata ad ogni ricovero. Broset Violence Checklist (BVC): <u>Confuso</u> (appare evidentemente confuso e disorientato. Può non rendersi conto del tempo, del luogo e della persona. <u>Irritabile</u> (facilmente irritabile o irritato. Incapacità di tollerare la presenza degli altri.) <u>Esuberante</u> (comportamento palesemente “forte “o rumoroso. Ad esempio, sbatte le porte, grida quando parla, ecc. <u>Minaccia fisica</u> (quando c’è la precisa intenzione di minacciare fisicamente un’altra persona. Per esempio, l’assunzione di una posizione aggressiva, l’afferrare l’abbigliamento |

| | | | | |
|---|---------------------------|---|--|---|
| | | | | <p>di un'altra persona, l'alzata di un braccio, di una gamba, l'esecuzione di un pugno o la modellazione di un colpo di testa diretto ad un'altra persona.</p> <p><u>Minaccia verbale.</u></p> <p><u>Attacco di oggetti.</u></p> <p><u>Protocollo preventivo</u></p> <p>rispetto dello spazio personale, un approccio di squadra, il contatto verbale, un dialogo breve e semplice con il paziente, un'azione tempestiva, l'ascolto attivo e attento di ciò che dice il paziente. Inoltre, provare empatia e accettare il consenso o l'opposizione del paziente, regolamentare e stabilire limiti chiari con rispetto, riducendo il numero di familiari di emergenza che visitano il paziente.</p> |
| <p>A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses.</p> <p>Shi, L., Zhang, D., Zhou, C., Yang, L., Sun, T., Hao, T., Peng, X., Gao, L., Liu, W., Mu, Y., Han, Y., & Fan, L.</p> | <p>Studio trasversale</p> | <p>Lo scopo del presente studio era di esplorare le caratteristiche della violenza sul posto di lavoro che gli infermieri cinesi negli ospedali di livello terziario e di contea: nei 12 mesi da dicembre 2014 a gennaio 2016.</p> <p>Il secondo obiettivo è quello di identificare e analizzare i fattori di rischio</p> | <p>E' stato condotto analisi di regressione logistica binaria sui fattori di rischio per la violenza sul posto di lavoro tra gli infermieri del nostro campione e analizzato le ragioni dell'aggressività.</p> | <p>FDR (Fattori di rischio):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gli infermieri con frequenti contatti con i pazienti -FDR associato agli infermieri: età pari o inferiore ai 30 anni -I reparti di emergenza hanno un rischio più elevato che si verificano episodi di violenza - I risultati hanno anche mostrato che gli infermieri negli ospedali a livello di contea hanno maggiori probabilità di sperimentare episodi di violenza rispetto agli infermieri negli ospedali terziari. (Ciò può essere correlato al livello di istruzione dei pazienti e dei loro parenti negli ospedali a livello di contea. Inoltre, la significativa popolazione agricola in Cina ha maggiori probabilità di ricevere cure mediche negli ospedali a livello di |

| | | | | |
|---|---------------------|--|---|--|
| (2017). Cina | | per la violenza sul posto di lavoro e stabilire la base per future strategie di prevenzione. | | <p>contea, aumentando la probabilità di WPV.)</p> <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aumentare la consapevolezza dei pazienti potenzialmente violenti; mantenere una posizione corretta durante la comunicazione con i pazienti; mantenere una distanza di sicurezza; mantenere la postura corretta; e ascoltare attivamente. -Migliorare: i processi di trattamento medico, i tempi di attesa per i pazienti, gli atteggiamenti degli infermieri. -Le telecamere di sorveglianza e gli allarmi dovrebbero essere installati nei corridoi dei reparti ospedalieri, le luci dovrebbero essere sufficientemente luminose nelle aree di lavoro durante la notte. -<8 ore di lavoro sono un fattore protettivo contro la violenza per gli infermieri |
| <p>Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators?</p> <p>Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., van Vuuren, J., & McGillion, A. (2020). Australia</p> | Analisi descrittiva | <p>Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare e discutere le percezioni degli infermieri del Pronto Soccorso sugli autori di violenza e aggressione sul lavoro.</p> <p>L'obiettivo finale è progettare e attuare</p> | <p>Sono stati condotti due focus group con gli infermieri del Pronto Soccorso di un grande ospedale metropolitano in Australia. Nei focus group sono state identificate e discusse le percezioni degli infermieri sugli autori di</p> | <p>Sono state identificate sei categorie di autori distinte ma sovrapposte, all'interno di ciascuna categoria, è stato possibile identificare diversi gruppi di autori.</p> <p>Categoria 1: Violenza non correlata a un problema di salute.</p> <p>Questo gruppo eterogeneo di autori si riferisce a persone la cui violenza o comportamento aggressivo non può essere spiegato da un problema di salute sottostante. Potevano essere pazienti, ma più spesso erano passanti o membri della famiglia che venivano ripetutamente indicati come fonti persistenti di violenza. I partecipanti</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>interventi incentrati sull'autore che riducano e minimizzino questa violenza e contribuiscano a un ambiente di lavoro più sicuro.</p> | <p>violenza contro gli operatori sanitari.</p> | <p>hanno suggerito che i membri della famiglia potrebbero diventare violenti se si sentono frustrati, stressati, impotenti o autorizzati.</p> <p>Categoria 2: violenza correlata a problemi di salute mentale sottostanti</p> <p>Categoria 3: Violenza correlata a problemi di salute fisica di base.</p> <p>Un'importante categoria di perpetratori identificati erano i pazienti che sono diventati violenti a causa di una condizione medica sottostante, come delirio, sepsi o ipossia.</p> <p>Categoria 4: violenza correlata all'abuso di sostanze e alla dipendenza.</p> <p>In questa categoria sono stati individuati i fumatori; è stato notato che il loro comportamento (principalmente fumare dove non è consentito) e il loro atteggiamento (non disposti a fermarsi o muoversi) erano spesso di natura così aggressiva che i partecipanti li consideravano un gruppo separato di autori.</p> <p>L'alcol è stato percepito come un problema più grande di qualsiasi altra forma di abuso di sostanze in relazione al comportamento violento.</p> <p>Categoria 5: Violenza correlata a una complessità di problemi.</p> <p>Paziente aggressivo con problemi di salute mentale, lesioni cerebrali acquisite e abuso di sostanze.</p> <p>Categoria 6: Violenza correlata a visitatori/delinquenti ripetuti.</p> <p>Problemi aggiuntivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • È stato riconosciuto che il processo di triage all'interno del reparto causa un |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>collo di bottiglia e potrebbe creare una barriera metaforica tra il paziente e l'operatore sanitario. Ciò potrebbe esercitare una notevole pressione sulla persona in questo ruolo e potrebbe aumentare l'accumulo di tensione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I tempi di attesa sono fonte di frustrazione e irritazione. • Le barriere culturali • Il personale giovane e meno esperto • I social media, <i>l'instagram posting</i> |
|--|--|--|--|--|

3.5 Descrizione degli studi esclusi nella revisione

Nella tabella che segue (Tabella III) sono descritti gli studi selezionati ma in ultima analisi esclusi dalla revisione in quanto non rispondevano completamente ai criteri di inclusione specificati.

Tabella III – studi esclusi dalla revisione della letteratura

| Articolo titolo Autore, anno, paese | Disegno di studio | Obiettivo | Campione | Risultati |
|---|------------------------------|---|--|---|
| <p>Anti-violence measures developed by ILO and WHO: Analysis of the prevalence of workplace violence and the effects of implementation in a general hospital in China.</p> <p>Hu, Y., Luo, Q., Li, R., Zhang, M., Wang, Y., Su, P., Sun, J., Li, Y., Liu,</p> | <p>Sondaggio trasversale</p> | <p>Lo scopo principale di questo studio era comprendere la prevalenza della violenza sul posto di lavoro tra il personale medico di un ospedale in Cina e l'efficacia delle misure antiviolenza implementate.</p> | <p>un questionario sviluppato dall'Organizzazione internazionale del lavoro e dall'Organizzazione mondiale della sanità è stato somministrato in un ospedale terziario in Cina nel 2022 per indagare sul verificarsi di violenze</p> | <p>Interventi: Misure di sicurezza: - installare telecamere di sicurezza e fornendo agli operatori sanitari walkie-talkie -contatto tempestivo con il personale di sicurezza in luoghi pericolosi. -Sono stati aumentati il numero delle guardie, ai quali stati forniti bastoni elettrici e l'infrastruttura ospedaliera è stata rafforzata.</p> |

| | | | | |
|---|---------------------------|---|--|---|
| <p>Y., Chen, N., & Huang, Y. (2022). Cina</p> | | | <p>nell'ultimo anno.</p> | <p>-Accesso pubblico limitato -Aumento del personale o riduzione dei periodi di lavoro solitario. -Migliorare l'ambiente circostante: l'ambiente di lavoro era costituito da mobili in legno chiaro senza spigoli vivi fissati al pavimento in salotti o luoghi soggetti a violenza. Abbiamo anche sostituito le lampade danneggiate per mantenere un'illuminazione interna ed esterna brillante. -Adeguate formazione</p> |
| <p>"I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments - a qualitative study. Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). Germania</p> | <p>Studio qualitativo</p> | <p>L'attuale studio mira a esplorare le percezioni del personale ED in merito alle misure di prevenzione disponibili, la loro efficacia, le barriere e ulteriori esigenze in termini di prevenzione della violenza.</p> | <p>Sono state condotte, 27 interviste semi-strutturate telefonicamente con medici e infermieri che lavorano a diretto contatto con i pazienti nei pronto soccorso tedeschi</p> | <p>Nel presente studio è emersa la mancanza di linee guida complete per la prevenzione della violenza. Le linee guida erano, ad esempio, non disponibili, sconosciute o percepite come non utili nella forma attuale. Pertanto, devono essere sviluppate e messe a disposizione di tutti i dipendenti linee guida adattate alle esigenze dei contesti del pronto soccorso. In generale, i concetti per affrontare il sovraffollamento e i blocchi di uscita devono</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>essere implementati, poiché la ricerca precedente ha identificato il sovraffollamento come il principale fattore di rischio per la violenza nei pronto soccorso. Ciò richiede collaborazioni con diversi reparti ospedalieri, istituzioni psichiatriche e case di cura per trasferire i pazienti in tempo.</p> <p>l'implementazione di pratiche ambulatoriali vicine al PS è necessaria per prendere in carico pazienti meno malati. Allo stesso modo, si raccomanda l'istituzione di istituzioni specializzate per prendere in carico le persone con abuso di sostanze, al fine di ridurre il potenziale di comportamento aggressivo e il carico di lavoro per il personale del pronto soccorso.</p> |
|--|--|--|--|--|

4.1 Qualità metodologica degli studi

Tra quelli inclusi, solo tre articoli rispondevano interamente al quesito di ricerca primario (Kim et al.,2022; Cabilan et al.,2022; Sharifi et al.,2020).

La popolazione oggetto di studio è pressoché coerente in quasi tutti gli studi. È stato incluso un solo articolo (Shi et al.,2017) in cui, oltre ai professionisti dell'area di emergenza, sono coinvolti infermieri di altre Unità operative (anche se in numero minore).

La provenienza degli studi è eterogenea, la maggior parte degli studi sono condotti in Cina, Australia, nel Medio Oriente (Palestina, Arabia Saudita, Iran), USA e due studi condotti in Italia (D'Ettorre et al., 2018; D'Ettorre et al., 2019). Vi è quindi anche una diversità di fattori di rischio specifico ad ogni contesto: europeo ed extraeuropeo; si è cercato quindi di rendere i dati emersi il più possibili conformi al contesto italiano.

Tra i nove articoli inclusi le tipologie di studi sono:

- n.1 revisione della letteratura,
- n. 5 studi osservazionali/descrittivi,
- n.1 caso controllo,
- n.1 studio prospettico di coorte,
- n.1 studio quasi sperimentale.

Si dimostra quindi una carenza di articoli che sono posti al vertice della piramide delle evidenze: (revisioni sistematiche, metanalisi, studi clinici controllati randomizzati).

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

In seguito, sono state formulate delle tabelle di comparazione dei dati per determinare, ad ogni quesito posto, gli interventi e i risultati maggiormente sostenuti dalla letteratura.

La tabella sotto riportata (tabella IV) mette a confronto i fattori di rischio oggetto dello studio. I più frequenti sono: tempo di attesa (Hamdan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020; Shi et al., 2017; Spelten et al., 2020; D'Ettorre, et al., 2018.);

fattori legati al paziente come dolore, ansia e impatto della malattia (Hamdaan et al., 2015, Al Anazi et al., 2020, Spelten et al., 2020, D'Ettorre et al., 2018, D'Ettorre, et al., 2019), essere affetti da disturbi di salute mentale o sotto l'influenza di droghe (Hamdaan et al.,

2015; Spelten et al., 2020; D’Ettorre et al., 2018; Sharifi et al., 2020, D’Ettorre et al., 2022); l’età inferiore ai 30 anni e la poca esperienza del professionista (Hamdaan et al., 2015; Shi et al., 2017; Spelten, et al., 2020; D’Ettorre et al., 2018; Sharif et al., 2020), la mancanza di misure preventive (telecamere, sistemi di sicurezza ecc) (Hamdaan et al., 2015, Al Anazi et al., 2020; D’Ettorre et al., 2018); personale carente o inferiore (Al Anazi et al., 2020; D’Ettorre et al., 2018; D’Ettorre et al., 2019).

Tabella IV- I fattori di rischio che possono determinare gli atti violenti

| Quesito: Quali sono i fattori di rischio che possono determinare atti violenti verso gli infermieri? | Hamdaan et al., 2015 | Al Anazi et al., 2020 | Shi et al., 2017 | Spelten E, et al., 2020 | Cabilan et al., 2022 | Kim et al., 2022 | D’Ettorre et al., 2018 | Sharifi et al., 2020 | D’Ettorre et al., 2019 |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Tempo di attesa | P | P | P | P | A | A | P | A | A |
| Ansia/paura, l’influenza della malattia, dolore, mancanza di consapevolezza del personale. | P | P | A | P | A | A | P | A | P |
| Operatori sanitari giovani < 30 anni e meno esperti < 9 anni | P | A | P | P | A | A | P | P | A |
| Essere affetti da disturbi di salute mentale o sotto l’influenza di sostanze | P | A | A | P | A | A | P | P | P |
| Mancanza di segnalazione da parte degli operatori sanitari | P | P | A | A | A | A | P | A | A |
| Mancanza di misure preventive: personale di sicurezza, | P | P | A | A | A | A | P | A | A |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telecamere, sistemi di comunicazione | | | | | | | | | |
| Atteggiamenti inadeguati del personale | P | P | P | A | A | A | A | A | A |
| Mancanza di formazione del personale | P | P | A | A | A | A | A | A | A |
| Operatori con turno notturno | A | P | A | A | A | A | A | A | P |
| Mancanza di personale | A | P | A | A | A | A | A | A | P |
| Turni di lavoro >8 ore | A | A | P | A | A | A | A | A | P |
| Forza lavoro prevalentemente femminile | A | A | A | P | A | A | P | A | A |
| Capacità comunicative inadeguate da parte degli operatori | A | A | P | A | A | A | A | A | A |
| Impazienza dei pazienti e dei loro parenti | A | P | A | A | A | A | A | A | A |
| Mancanza di condivisione delle informazione con i pazienti | A | A | P | A | A | A | A | A | A |
| <u>Legenda:</u> P= Presente nello studio A= Assente nello studio | | | | | | | | | |

La tabella V mette a confronto i diversi interventi volti alla prevenzione della violenza riscontrati nei diversi articoli inclusi. I quattro interventi più frequenti sono: formazione sulla prevenzione e gestione della violenza (Hamdan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020; Shi et al., 2017; Spelten et al., 2020; D'Ettorre et al., 2018; Sharifi et al., 2020), telecamere, presenza di telecamere e/o sistemi di allarme ed incremento del personale di sicurezza (Hamdan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020, Shi et al., 2017; D'Ettorre et al., 2018), presenza di strumento di valutazione del rischio (Cabilan et al., 2022; Kim et al., 2022;

D'Ettorre et al., 2018; Sharifi et al., 2020), effettuazione della segnalazione da parte degli operatori sanitari (Hamdan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020; D'Ettorre et al., 2018).

Gli altri interventi comprendono: aumento del personale e riduzione del carico di lavoro (Shi, et al., 2017; Spelten et al., 2020), adozione di nuove politiche volte alla tutela del personale sanitario (Hamdan et al., 2015, Al Anazi et al., 2020), garantire maggiore comfort nelle sale di attesa, limitare l'accesso ai visitatori (D'Ettorre et al., 2018), garantire ai professionisti di svolgere il turno notturno non più di due volte a settimana o otto mensili (D'Ettorre et al., 2019).

Tabella V-Interventi per prevenire le aggressioni

| Quesito: Quali interventi si possono mettere in atto al fine di prevenire le aggressioni in pronto soccorso? | Hamdan et al., 2015 | Al Anazi et al., 2020 | Shi et al., 2017 | Spelten et al., 2020 | Cabilan et al., 2022 | Kim et al., 2022 | D'Ettorre et al., 2018 | Sharif et al., 2020 | D'Ettorre et al., 2019 |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Segnalazione da parte degli operatori sanitari | P | P | A | A | A | A | P | A | A |
| Telecamere, sistemi di allarme, aumento del personale di sicurezza | P | P | P | A | A | A | P | A | A |
| Formazione sulla prevenzione e gestione della violenza | P | P | P | P | A | A | P | P | A |
| Aumentare il personale sanitario e ridurre il carico di lavoro | A | P | P | A | A | A | A | A | A |
| Nuove politiche volte alla tutela del personale sanitario | P | P | A | A | A | A | A | A | A |
| Migliorare gli atteggiamenti degli infermieri e migliorare le loro | A | A | P | A | A | A | P | P | A |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| competenze comunicative e di de escalation | | | | | | | | | |
| Implementare uno strumento di valutazione del rischio | A | A | A | A | P | P | P | P | A |
| Rendere più confortevoli le sale di attesa | A | A | A | A | A | A | P | A | A |
| Limitare l'accesso ai visitatori nelle aree di trattamento | A | A | A | A | A | A | P | A | A |
| Evitare turni notturni più di due volte a settimana o otto mensili | A | A | A | A | A | A | A | A | P |
| <u>Legenda:</u> P= Presente nello studio A= Assente nello studio | | | | | | | | | |

In risposta all'ultimo quesito, ovvero quello di ricercare in letteratura gli strumenti di valutazione utili per la prevenzione delle aggressioni, sono state identificate le seguenti scale sintetizzate, poi, nella Tabella VI: STAMPEDAR (Staring and eye contact, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, Pacing Emotions, Disease processes, Assertive, Resources) (D'Ettorre et al., 2018), ABRAT (Aggressive Behavior Risk Assessment Tool) (Kim et al., 2022), QOVPROA (Queensland Occupational Violence Patient Risk Assessment tool) (Cabilan et al., 2022), BVC (Broset Violence Checklist) (Sharifi et al., 2020).

STAMPEDAR racchiude 9 fattori e comportamenti che gli infermieri hanno segnalato come indicativi della probabilità che si verifichi un evento violento. I primi cinque fattori sono raggruppati nell'acronimo STAMP (sguardo fisso, tono della voce, l'ansia, il mormorio ed il ritmo. I restanti quattro fattori comprendono le emozioni, processo patologico, comportamento assertivo/non assertivo e le risorse; questi fattori compongono l'altro acronimo EDAR.

Sebbene lo strumento non consenta di prevedere se il paziente diventerà violento o meno STAMPEDAR è efficace per avvisare gli operatori sanitari di pronto soccorso sui precursori comportamentali della violenza (ad esempio, sguardo fisso, tono e volume della voce, assertività, emozioni, processo patologico) (D'Ettore et al., 2018).

L'ABRAT è composta da 16 item. I primi dieci item sono stati precedentemente sviluppati e testati nelle unità operative medico/chirurgiche. Una storia di aggressione, un comportamento aggressivo/minaccioso, l'agitazione, l'ansia, la confusione, le urla, un linguaggio verbale caratterizzato da borbottii, uno sguardo visivo fisso e segni/sintomi di mania; sono i 10 item in questione che possono predire una eventuale aggressione.

In questo studio sono stati aggiunti altri 6 item specifici per il dipartimento di emergenza: anamnesi di abuso di droghe/alcool, anamnesi di malattia mentale, allucinazioni, fermo di polizia, segni di intossicazione/uso di droghe. Ciascun elemento è stato valutato con su una scala a due punti (presenza= 1; assenza= 0). In base ai punteggi sono state formulate le seguenti categorie di rischio: rischio alto (punteggi ≥ 4), rischio medio (punteggi 1-3), rischio basso (punteggio 0). Gli infermieri di triage hanno utilizzato questa scala di valutazione di routine a tutti i pazienti con accesso diretto al pronto soccorso, mentre per i pazienti che giungevano in P.S tramite l'ambulanza l'ABRAT è stata compilata successivamente, durante l'accertamento infermieristico iniziale in pronto soccorso. Per compilare in tutte le sue parti l'ABRAT sono necessari circa due minuti, per questo motivo non è stata percepita come una valutazione gravosa per gli infermieri. In conclusione, questo studio su più di 10.000 pazienti ha dimostrato l'utilità di ABRAT per i dipartimenti di emergenza con una elevata sensibilità e specificità per l'identificazione dei pazienti potenzialmente violenti. La disponibilità di tale check list può consentire una rapida identificazione dei pazienti ad alto rischio e l'implementazione di misure di mitigazione mirate per proteggere il personale di emergenza e i pazienti.

L'AUC per l'ABRAT era 0,91 (95% CI, 0,87-0,95; $P < 0,001$), che indica un'elevata capacità discriminante. Ciò indica che l'ABRAT per i PS identificherebbe correttamente l'84,3% dei pazienti violenti (vero positivo) identificando correttamente il 95,3% dei pazienti non violenti (vero negativo) (Kim et al., 2022).

La QOVPRO (Queensland Occupational Violence Patient Risk Assessment Tool) è composta da 34 item raggruppati in 3 domini: anamnesi del paziente, comportamento e presentazione clinica. Gli item che sono inclusi nella storia del paziente sono: eventuali crimini commessi, presentazioni frequenti in PS, ricovero involontario, malattia mentale, storia precedente di aggressione (include violenza domestica o abusi su persone anziane), abuso di sostanze. Gli item del secondo dominio, ovvero quello del comportamento includono: rabbia, ansia, pugno chiuso, essere esigente, insoddisfatto/infelice o frustrato, stressato, sguardo fisso, comportamento intimidatorio, atteggiamento irrazionale o cattivo, irritabile, borbottio, irrequietezza, resistenza alle cure, tono di voce (ad esempio, sarcasmo e umiliante), uso di un linguaggio minaccioso. Infine, gli ultimi item presenti nel dominio presentazione clinica sono: intossicazione da alcol o droga, stato cognitivo alterato (confusione e demenza), portato dalla ambulanza, portato dalla polizia, richiesta di farmaci, pazienti di genere femminile, pazienti maschi, pazienti con problemi di salute mentale non complianti all'assunzione di farmaci, adulti anziani, dolore o *discomfort*, genitori di bambini piccoli, tendenze suicidarie o autolesionistiche, età giovane.

A complemento di questi domini ci sono caratteristiche qualificanti che possono essere utilizzate per indurre il valutatore a discriminare la presenza o l'assenza di un dominio di rischio. La presenza è contrassegnata "sì", con un valore corrispondente di 1. L'assenza è contrassegnata "no", con un valore corrispondente di 0. I valori vengono sommati, in modo che le valutazioni di rischio possano essere calcolate e giudicate come 0 = rischio basso, 1 = rischio moderato e 2-3 = alto rischio.

La valutazione del rischio moderato aveva una sensibilità del 61% e una specificità del 91%, mentre la valutazione del rischio alto aveva una sensibilità del 37% e una specificità del 97%. L'affidabilità inter-valutatore variava da 0,67 a 0,75 ($p < .01$), suggerendo un accordo moderato (Cabilan et al., 2022).

La Broset Violence Checklist (BVC) è costituita da sei elementi e può essere compilata per il paziente o per il suo accompagnatore: confusione (appare evidentemente confuso e disorientato; può non rendersi conto del tempo, del luogo e della persona), irritabilità (facilmente irritabile o irritato, incapacità di tollerare la presenza degli altri),

comportamento esuberante e minacce verbali (comportamento palesemente “forte “ o rumoroso, ad esempio, sbatte le porte, grida quando parla, ecc.), minacce fisiche (quando c’è la precisa intenzione di minacciare fisicamente un’altra persona).

È stato assegnato un punteggio pari a uno se il fattore nell’item era presente e un punteggio pari a zero in caso contrario. I risultati sono stati divisi in tre punteggi: basso rischio di violenza (zero), moderato rischio di violenza (punteggio uno o due), alto rischio di violenza (punteggio superiore a due).

Se si è ottenuto un punteggio di 1 o superiore a 1 è stato applicato il protocollo preventivo. Quest’ultimo prevede i seguenti interventi: rispettare la distanza personale, adottare un approccio di squadra, parlare con il paziente in modo breve e semplice, ascoltare attentamente e attivamente ciò che dice il paziente, provare empatia e accettare gli accordi e i disaccordi del paziente.

La check list ha ridotto significativamente gli episodi di violenza. Il punteggio medio della violenza prima dell’intervento era 8,4 e dopo l’intervento era 2,7, una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$). Inoltre, sono state riscontrate differenze significative nella frequenza media degli abusi verbali ($p < 0,0001$), nella valutazione della sicurezza sul posto di lavoro ($p = 0,006$), nella paura di infortuni ($p < 0,02$) e nel tipo di reazione alla violenza ($p < 0,01$) prima e dopo l’intervento tra gli infermieri (Sharifi et al., 2020).

Kim et al. (2022) hanno testato questa check list, dimostrando che la sensibilità e la specificità erano rispettivamente del 45,7% e del 99,4%. La bassa sensibilità del BVC indica che più della metà dei pazienti violenti è stata persa.

Tabella VI- strumenti di valutazione per identificare il rischio di violenza

| Esistono strumenti/scale di valutazione validate del rischio di violenza in pronto soccorso? | Cabilan et al., 2022 | Kim et al., 2022 | D'Ettorre et al., 2018 | Sharifi et al., 2020 |
|---|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| QOVPROA (Queensland Occupational Violence Patient Risk Assessment) | P | A | A | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| tool) | | | | |
| ABRAT (Aggressive Behavior Risk Assessment Tool) | A | P | A | A |
| STAMPEDAR (Staring and eye contact, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, Pacing, Emotions, Disease processes, Assertive, Resources) | A | A | P | A |
| BVC (Broset Violence Checklist) | A | P | A | P |
| <u>Legenda:</u> P= Presente nello studio A= Assente nello studio | | | | |

5.1 Discussione

Dall'analisi della letteratura sono emersi diversi fattori che, anche combinati tra loro, potrebbero innescare situazioni in cui si manifesta aggressività in PS.

Si può affermare che uno dei fattori di rischio più importanti per le aggressioni è il tempo d'attesa (Al Anazi et al., 2020; Spelten et al., 2020; D'Ettore, et al., 2018; Shi et al., 2017; Hadaan et al. 2015). Infatti, non a caso, più della metà delle aggressioni avviene all'interno di questi luoghi (Abu Hamra, 2015) perché l'attesa stessa è fonte importante di frustrazione e irritazione per l'utente (Spelten et al., 2020) soprattutto se è prolungata, se mancano informazioni e consapevolezza (D'Ettore et al. 2018; Shi et al. 2017) e quando vi è impazienza da parte dell'utente di avere al più presto una risposta al problema di salute (Al Anazi et al., 2020). Il triage è un momento cruciale in questa fase, in quanto crea un "collo di bottiglia" che aumenta la tensione dell'operatore e potrebbe favorire l'innescarsi dell'aggressività (Spelten et al., 2020).

L'insoddisfazione per i tempi di attesa è segnalata come fattore scatenante della violenza in numerosi studi; infatti, le attese possono continuare anche dopo che i pazienti sono stati ammessi alla visita, per esempio per ritardi nei risultati dei test, per le visite specialistiche o in attesa del trasferimento in un reparto (Pich et al., 2017). Ad aumentare questa tensione possono aggiungersi gli atteggiamenti inadeguati del personale (Hadaan et al., 2015; Shi et al., 2017; Al Anazi et al., 2020).

Anche il dolore, l'ansia e l'impatto della malattia possono essere significativi per la comparsa di comportamenti violenti (Hadaan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020; Spelten et al., 2020; D'Ettore et al., 2019). In questo caso, fornire informazioni e controllare il dolore non solo ha ridotto le esperienze negative relative al tempo di attesa percepito, ma ha anche migliorato la qualità dell'assistenza sperimentata (Bos et al. 2015).

Spelten et al. (2020) nella loro analisi evidenziano che il PS, rispetto agli altri reparti, presenta altri fattori di rischio peculiari per l'innescarsi di comportamenti violenti, come avere una popolazione di pazienti eterogenea, la non conoscenza dell'utente da parte del personale e il livello di stress già elevato nell'utente nel momento che si presenta in PS. Non bisogna dimenticare che anche i parenti potrebbero diventare violenti nel caso vivano situazioni di frustrazione, stress, impotenza o si sentano "autorizzati" a comportarsi in

modo violento. È interessante distinguere gli “imitatori” ovvero quei pazienti che mettono in atto comportamenti aggressivi perché hanno avuto l'impressione che altre persone in PS “se la siano cavata” con questo atteggiamento ottenendo un trattamento preferenziale. D'altra parte, anche gli operatori vivono a volte la presenza dei familiari nell'area di trattamento come una minaccia alla loro sicurezza, pertanto allo scopo di garantire maggiore tranquillità, D'Ettore et al. (2018) ritiene che sia importante limitarne l'accesso in tali aree e riservandolo a situazioni in cui è effettivamente necessario.

Anche i disturbi di salute mentale, la demenza, il delirio, la sepsi, l'ipossia (D'Ettore et al., 2019; Spelten et al. 2020) e essere sotto l'influenza di sostanze (D'Ettore, et al., 2019; Spelten et al., 2020), possono essere fattori di rischio per lo sviluppo di agitazione psicomotoria che può sfociare poi in comportamento aggressivo (D'Ettore et al., 2019).

Nel caso specifico delle dipendenze e salute mentale, uno degli aspetti predittivi è il comportamento che questi utenti adottano, ad esempio il fatto fumare dove non è consentito o non stare fermi quando richiesto. Tra le dipendenze, l'abuso di alcol è stato percepito come il problema più importante in relazione al comportamento violento (Spelten et al., 2020). Questo perché l'alcol porta ad un'alterata capacità di giudizio, a bassi livelli di tolleranza in situazioni frustranti e ha un effetto disinibitore sul comportamento che può portare a risposte esagerate o inappropriate (Pich et al., 2017).

Infine, possono determinare un rischio maggiore di violenza un'età inferiore a 30 anni, la minor esperienza professionale e comunicativa (Shi et al., 2017; Spelten et al., 2020; Pich et al., 2017) e la presenza di personale prevalentemente femminile (Spelten et al., 2020; D'Ettore et al., 2018). Per quanto riguarda le aggressioni al personale sanitario registrate nel 2021, infatti, quasi i $\frac{3}{4}$ erano verso il genere femminile (Ministero della Salute, 2021).

Dunque, migliorare la comunicazione e la relazione efficace tra professionisti e utenti sembra essere uno degli elementi principali (Shi et al., 2017). Anche uno studio elaborato in ambito di salute mentale (Gudde et al., 2015) ha dimostrato che gli eventi aggressivi si innescano quando gli utenti percepiscono di essere ignorati e non presi veramente in carico. Alcuni pazienti identificano, addirittura, l'atteggiamento inadeguato di alcuni professionisti come causa del conflitto (mancanza di saluto iniziale, scarso contatto visivo, mancanza di collaborazione per risolvere i conflitti, il trattamento spersonalizzato, l'uso di un linguaggio eccessivamente tecnico, il sentirsi ignorato, l'assenza di informazioni dettagliate sul processo terapeutico e la sensazione di mancanza di ascolto). Le misure

preventive dovrebbero, dunque, concentrarsi sul miglioramento dell'empatia e del linguaggio (Paloma et al., 2023).

Per ottenere tutto questo è necessario investire su una formazione che adotti come metodo didattico la simulazione e che coinvolga negli scenari tutti i professionisti che ruotano intorno al paziente di PS (D'Ettore et al., 2018). A supporto di ciò, Wu et al. (2015) dichiarano che la formazione basata solo su lezioni frontali è risultata meno efficace rispetto ai programmi di formazione basati su metodi di apprendimento interattivi e dinamici (Wirth et al., 2021)

I programmi di prevenzione e formazione alla gestione della violenza sul posto di lavoro offrono la possibilità di migliorare significativamente anche l'autoefficacia di coping occupazionale e la fiducia degli infermieri che si ritrovano ad affrontare pazienti aggressivi. Il miglioramento dell'ansia e della paura può riflettere un cambiamento di atteggiamento positivo e una maggiore fiducia e autoefficacia (Cannavò et al., 2019).

La riduzione dell'escalation dei pazienti violenti ha contribuito ad eliminare o ridurre al minimo i potenziali rischi di violenza (D'Ettore et al., 2018). Lo studio di Sharifi et al. (2020) individua alcuni interventi per ridurre l'escalation come: utilizzare un ascolto attivo e attento di ciò che il paziente dice, provare empatia e accettare il consenso o l'opposizione del paziente, regolamentare e stabilire limiti chiari con rispetto, identificare i bisogni e i sentimenti del paziente, evitare le provocazioni.

Un aspetto molto importante è rappresentato dalla mancata denuncia da parte degli operatori sanitari aggrediti (D'Ettore et al., 2018; Hamdan et al., 2015, Al Anazi et al., 2020). Le ragioni di tale atteggiamento possono essere riconducibili alla preoccupazione per le conseguenze negative come la vendetta da parte degli aggressori, la mancata conoscenza delle procedure di segnalazione, la convinzione che la denuncia sia inutile poiché priva di sanzione (Hamdan et al., 2015; Al Anazi et al., 2020).

Anche in questo frangente è risultata importante la formazione che si è rivelata efficace nell'aumentare le segnalazioni degli episodi di violenza sul posto di lavoro; infatti, dopo il programma educativo per la violenza sul posto di lavoro gli operatori sanitari hanno mostrato una maggior compliance nel denunciare gli episodi violenti. La segnalazione degli eventi aggressivi è un elemento utile perché attraverso l'analisi degli incidenti, comprese le caratteristiche degli aggressori e delle vittime, di ciò che è accaduto prima e durante l'incidente e dei dettagli rilevanti della situazione e delle sue conseguenze, è

possibile identificare fattori di rischio sconosciuti, carenze o fallimenti nelle procedure e mettere in atto strategie per la prevenzione del ripetersi di queste situazioni.

La letteratura evidenzia poi, alcune strategie da mettere in atto che riguardano le politiche volte alla tutela del personale sanitario (Al Anazi et al., 2020).

È noto, per esempio, esserci una relazione tra gli infortuni correlati alla violenza e i turni notturni (D'Ettore et al. 2018; Al Anazi et al., 2020). Il lavoro a turni interrompe il ritmo circadiano degli operatori sanitari, e aumenta non solo loro possibilità di sviluppare malattie fisiche, ma la stanchezza predispone a condizioni favorevoli alla violenza. Si sottolinea quindi la necessità di interventi organizzativi volti ad evitare turni notturni più di due volte a settimana oppure otto al mese, con l'obiettivo di minimizzare l'insorgenza della violenza sul posto di lavoro (D'Ettore et al. 2018). Inoltre, rimanendo sui fattori di rischio organizzativi i risultati dello studio di Shi et al. (2017) ha dimostrato chiaramente che < 8 ore di lavoro sono un fattore protettivo contro la violenza verso gli infermieri.

Al Anazi et al. (2020) afferma, inoltre, che anche l'aumento del personale e la riduzione del carico di lavoro, potrebbero prevenire la violenza correlata ai lunghi tempi di attesa, in quanto risultano essere elementi favorevoli una rapida soddisfazione dei bisogni assistenziali. Un aspetto non trascurabile, poi, è la gestione efficace dell'attesa, che costituisce un punto cruciale per il miglioramento dell'informazione ed il benessere dell'utente. Fornire le stime dei tempi di attesa in tempo reale, far visionare l'andamento dell'affollamento del PS attraverso pannelli elettronici, distribuire guide informative e videoregistrazioni, in azione sinergica con una comunicazione efficace tra utente e professionista, possono rappresentare interventi efficaci (D'Ettore et al., 2018). A questo proposito Fontova-Almató et al. (2015) hanno messo in evidenza che quando la percezione di tempo di attesa è inferiore, la soddisfazione è maggiore e che gli utenti informati sul tempo di attesa stimato mostrano una soddisfazione maggiore rispetto a quelli non informati.

Inoltre, spiegare sempre i motivi dell'attesa con frequenti aggiornamenti sulla situazione, dedicare appositamente un operatore alle relazioni con l'utenza in sala di attesa, utilizzare procedure scritte (distinte per le fasi di ingresso, triage, comunicazione, privacy, attesa e uscita), favorire le scelte dei pazienti, assecondandone le richieste più semplici possono essere delle strategie volte alla gestione dell'utenza. Rassicurazione, disponibilità, rispetto,

sostegno e sensibilità sono dei comportamenti indispensabili nella relazione con gli utenti al fine di ridurre il rischio di violenza (Ramacciati, 2012).

Anche la presenza di sistemi di allarme può rappresentare un altro intervento da prendere in considerazione per migliorare la sicurezza sia per il personale che per gli utenti. In particolare, nello studio di D'Ettore et al. (2018) sono state individuate le principali misure da adottare: sistemi di allarme e altri dispositivi di sicurezza, pulsanti antipanico, allarmi portatili, telecamere a circuito chiuso per le aree ad alto rischio 24 ore su 24, “stanze sicure” per i dipendenti da utilizzare durante le emergenze, vetri antisfondamento nelle aree di reception.

Dal momento che la violenza in PS è potenzialmente prevenibile (Kim et al., 2022), è necessario avere a disposizione strumenti di screening validati per poter identificare gli utenti potenzialmente violenti e poter mettere in atto le misure preventive così come indicato anche dalle Linee guida (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2021; Cabilan et al., 2022; Kim et al., 2022; Sharifi et al., 2020; D'Ettore et al., 2019). Dall'analisi della letteratura sono emersi 4 strumenti per prevedere lo sviluppo di comportamenti violenti che sono ABRAT (Kim et al., 2022), STAMPEDAR (D'Ettore et al., 2018), QOVPRAO (Cabilan et al., 2022) e BVC (Sharifi et al., 2020; Kim et al., 2022). STAMPEDAR, efficace per avvisare gli operatori sanitari di pronto soccorso sui precursori comportamentali della violenza, non ha ottenuto una vera e propria validazione (D'Ettore et al., 2018), QOVPRAO (Cabilan et al., 2022) e BVC, adeguate per il pronto soccorso, non hanno ottenuto punteggi idonei di specificità e sensibilità (Sharifi et al., 2020).

Allo stato attuale, la scala ABRAT è l'unica validata che ha dimostrato un'elevata sensibilità e specificità per l'identificazione di pazienti potenzialmente violenti in PS. È uno strumento, inoltre, ad uso infermieristico, di semplice e veloce utilizzo (tempo di richiesto 2 minuti) e allo stesso tempo completo (Kim et al. 2022).

Sammut et al. (2023) sottolineano che in letteratura sono descritti molteplici strumenti e questi potrebbero rivestire un ruolo importante nel ridurre gli episodi di violenza in PS. Tuttavia, i test limitati sulle loro proprietà psicometriche, accettabilità, fattibilità e utilizzabilità nei reparti di emergenza fanno sì che non sia possibile affermare quale strumento sia migliore rispetto ad un altro finché non verranno condotte ulteriori ricerche.

5.2 Limiti dello studio

Un limite da considerare di questa tesi è la qualità metodologica degli studi inclusi; infatti, vi è un numero poco significativo degli studi ritenuti ai livelli più elevati secondo la gerarchizzazione delle fonti scientifiche.

Inoltre, non è stato posto il vincolo temporale posto dalla letteratura, ovvero ricercare articoli con una retrocessione di 5 anni in quanto sono stati reperiti gli articoli pubblicati entro i 10 anni, per una possibile influenza dei risultati degli articoli del periodo pandemico.

Un altro limite da tenere in considerazione è che la maggior parte degli studi sono stati condotti in un contesto socio-culturale molto distante da quello italiano: molti articoli sono stati condotti in Medio oriente, altri in USA e Canada e solo due articoli sono stati condotti in Italia; quindi oltre al contesto vi è anche una diversità di fattori inerenti alla cultura e alle leggi vigenti.

La violenza nei PS è un fenomeno che incide negativamente sulla salute e sulla sicurezza dell'utente, degli altri utenti, degli accompagnatori e del personale. Può, inoltre, ridurre la qualità delle cure fornite, la percezione della qualità dei servizi e provocare un forte impatto negativo sull'esperienza complessiva di cura (NICE, 2015), oltre che avere delle ricadute sulla sicurezza degli operatori sanitari (Al Anazi et al., 2020). La risoluzione del problema è complessa poiché molteplici sono le cause, gli attori e i contesti connessi all'evento (Persiani et al., 2023).

Per contrastare il fenomeno, dunque, risulta prioritario adottare un approccio multicomponente, orientato principalmente alla prevenzione.

Le direzioni aziendali dovrebbero farsi carico del problema su più piani che prevedano ad esempio l'elaborazione di politiche e procedure, la formazione e sensibilizzazione del personale e la gestione organizzativa delle risorse.

La sensibilizzazione al problema deve coinvolgere anche i cittadini in qualità di fruitori del servizio.

6.1 Implicazioni per la pratica

È importante innanzitutto apportare le modifiche strutturali e ambientali necessarie a rendere più gradevole e sicura l'attesa, soprattutto negli spazi dove si verificano maggiormente le aggressioni, e cioè nelle sale d'attesa (Abu Hamra, 2015) e al triage (Spelten et al., 2020). Si potrebbe ad esempio disporre di pannelli informativi che esemplifichino il percorso assistenziale di ciascun utente, assicurare la presenza di personale di assistenza nella sala di attesa, garantire una zona ristoro facilmente accessibile, mantenere un microclima ottimale. Laddove i sistemi di sicurezza risultino insufficienti la letteratura suggerisce l'utilizzo di telecamere, di sistemi di allarme e di personale addetto alla sicurezza. Dal punto di vista organizzativo è necessario un aumento del personale per garantire un turnover accettabile e per avere la possibilità di far fronte ai bisogni dei pazienti (Hamdan et al., 2015, Al Anazi et al., 2020, Shi et al., 2017, D'Ettore, et al., 2018).

Fondamentale, risulta la formazione del personale, allo scopo di migliorare il riconoscimento e la gestione del paziente potenzialmente violento e, indirettamente, lo sensibilizza a denunciare gli eventi di aggressione. La segnalazione degli eventi in apposite schede è un fattore cruciale per capire effettivamente le dimensioni del fenomeno, ancora sottostimato, e mettere in atto opportune strategie preventive sulla base dell'analisi dell'evento.

Questo può essere favorito anche dall'utilizzo di una scala di valutazione del rischio di aggressione (come ad esempio ABRAT), il cui utilizzo aumenta la segnalazione degli eventi, migliora la consapevolezza, oltre che essere d'aiuto al professionista nel riconoscimento delle persone a rischio (Persiani et al., 2023).

Vi è la necessità, infine, di procedure che migliorino il lavoro d'equipe e la comunicazione. Per questo, quando non si riesce a ristabilire autonomamente la situazione difficile, potrebbe essere interessante l'approccio operativo su 3 step d'intervento proposto da Ramacciati & Ceccagnoli (2012), che prevede, dapprima l'attivazione del "mediatore" e cioè un "infermiere con preparazione nella comunicazione efficace ed affinate abilità relazionali", poi come secondo livello, l'attivazione della Vigilanza, "con funzione prevalentemente dissuasiva", ed infine, se tutto ciò non è stato efficace, il terzo livello d'intervento consiste nell'allertamento delle Forze dell'Ordine. La procedura prevede anche la compilazione della scheda di registrazione dell'evento per il monitoraggio del fenomeno.

6.2 Implicazioni per la ricerca

In letteratura troviamo molti interventi utilizzati per la prevenzione però sono basati sul singolo fattore di rischio per questo sarebbe interessante comprendere l'efficacia degli interventi inseriti in approcci multicomponenti, per garantire un approccio globale non frammentario.

La letteratura suggerisce che l'implementazione di scale di valutazione possa prevenire gli atti aggressivi per questo è necessario procedere alla validazione degli strumenti presenti in letteratura al fine di scegliere quello più efficace.

BIBLIOGRAFIA

Abbot, A., & Brinkmann, J. (2017). Workplace violence against healthcare providers. O&P Edge. Disponibile online in: <https://opedge.com/workplace-violence-against-healthcare-providers/#>

Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *The Pan African medical journal*, 26, 21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.21.10837>

Al Anazi, R. B., AlQahtani, S. M., Mohamad, A. E., Hammad, S. M., & Khleif, H. (2020). Violence against Health-Care Workers in Governmental Health Facilities in Arar City, Saudi Arabia. *TheScientificWorldJournal*, 2020,6380281. <https://doi.org/10.1155/2020/6380281>

Al-Qadi M. M. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International emergency nursing*, 52, 100905. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100905>

Bagnasco et al. (2022). Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro durante la pandemia COVID-19: studio osservazionale descrittivo analitico multicentrico (Studio CEASE-IT). *L'infermiere*, 59:2:e29-e44

Baydin, A., & Erenler, A. K. (2014). Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *International journal of emergency mental health*, 16(2), 288–290. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000112>

Binmadi, N. O., & Alblowi, J. A. (2019). Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC oral health*, 19(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0974-3>

Bos, N., van Stel, H., Schrijvers, A., & Sturms, L. (2015). Waiting in the Accident and Emergency Department: Exploring Problematic Experiences. *Southern medical journal*, 108(10), 613–620. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000350>

Cabilan, C. J., McRae, J., Learmont, B., Taurima, K., Galbraith, S., Mason, D., Eley, R., Snoswell, C., & Johnston, A. N. B. (2022). Validity and reliability of the novel three-item occupational violence patient risk assessment tool. *Journal of advanced nursing*, 78(4), 1176–1185. <https://doi.org/10.1111/jan.15166>

Caillier, J. G. (2021). The Impact of Workplace Aggression on Employee Satisfaction With Job Stress, Meaningfulness of Work, and Turnover Intentions. *Public Personnel Management*, 50(2), 159-182. <https://doi.org/10.1177/0091026019899976>

Chapman, R., Perry, L., Styles, I., & Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 18(8), 476–483. <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.8.41810>

Cannavò, M., La Torre, F., Sestili, C., La Torre, G., & Fioravanti, M. (2019). Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *La Clinica terapeutica*, 170(2), e110–e123. <https://doi.org/10.7417/CT.2019.2120>

D'Ettoire, G., Pellicani, V., Mazzotta, M., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(4-S), 28–36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>

D'Ettoire, G., Pellicani, V., & Vullo, A. (2019). Workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. A case-control study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(4), 621–624. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4.7327>

Duan, X., Ni, X., Shi, L., Zhang, L., Ye, Y., Mu, H., Li, Z., Liu, X., Fan, L., & Wang, Y. (2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover

intention: the mediating role of social support. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3>

Ferretti, F., Gualtieri, G., Carabellese, F., Gusinu, R., Masti, A., Pozza, A., & Coluccia, A. (2021). Aggression toward healthcare workers: The effect of indirect victimization on burnout dimension. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(8), 1113-1123.

Fontova-Almató, A., Juvinyà-Canal, D., & Suñer-Soler, R. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes [Influence of waiting time on patient and companion satisfaction]. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 30(1), 10–16.

Giménez Lozano, J. M., Martínez Ramón, J. P., & Morales Rodríguez, F. M. (2021). Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3280. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063280>

Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R., & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 449–462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>

Haar RJ, Read R, Fast L, Blanchet K, Rinaldi S, Taithe B, Wille C, Rubenstein LS. (2021). Violence against healthcare in conflict: a systematic review of the literature and agenda for future research. *ConflHealth*. 2021 May 7;15(1):37. doi: 10.1186/s13031-021-00372-7.

Hedayati Emam, G., Alimohammadi, H., Zolfaghari Sadrabad, A., & Hatamabadi, H. (2018). Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross Sectional Study. *Emergency (Tehran, Iran)*, 6(1), e7.

Hamdan, M., & Abu Hamra, A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 13, 28. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2>

Hedayati Emam, G., Alimohammadi, H., Zolfaghari Sadrabad, A., & Hatamabadi, H. (2018). Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross Sectional Study. *Emergency (Tehran, Iran)*, 6(1), e7.

Hu, Y., Luo, Q., Li, R., Zhang, M., Wang, Y., Su, P., Sun, J., Li, Y., Liu, Y., Chen, N., & Huang, Y. (2022). Anti-violence measures developed by ILO and WHO: Analysis of the prevalence of workplace violence and the effects of implementation in a general hospital in China. *Frontiers in public health*, 10, 1049832. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1049832>

Kim, S. C., Kaiser, J., Bulson, J., Hosford, T., Nurski, A., Sadat, C., & Kalinowski, N. (2022). Multisite study of Aggressive Behavior Risk Assessment Tool in emergency departments. *Journal of the American College of Emergency Physicians open*, 3(2), e12693. <https://doi.org/10.1002/emp2.12693>

Lauretta Luck; Debra Jackson; Kim Usher (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. , 59(1), 11–19. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x

Massimo Biondi. (2015). Comunicazione con il paziente: Metodo END, “empatia, normalizzazione, deescalation” in crisi ed emergenza. Roma. Alpes,; pp. 150-151,152,154-156.

McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 90–96. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02583.x>

Ministero della salute. (2019). Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.

Disponibile online in:

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3145

Ministero della salute. (2007). Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, N.8. Disponibile online in:

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721

National Institute for Occupational Safety [NIOSH]. (2002). Violence Occupational Hazards in Hospitals. Disponibile online in: <http://www.cdc.gov.niosh>

Najafi F, Dalvandi A, Rahgozar M. (2014). Workplace violence against Iranian nurses : a systematic review. *J Health Promotion Manag* 3(2).

http://jhpm.ir/browse.php?a_id=243&sid=1&slc_lang=en

NICE, Guidelines (2005) -Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings

NICE Guidelines (2015) -Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings

Occupational Safety and Health Administration [OSHA]. (2016). Occupational Safety and Health Administration Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>. Accessed September 14 2021.

López-Ros, P., López-López, R., Pina, D., & Puente-López, E. (2023). User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*, 9(9), e19495. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19495>

Persiani, B., Cesari, C., Tini, V., Trapassi, S., Rosati, M., D'Ambrosio, F., & Righi, L. (2023). Strumenti per la valutazione del rischio di violenza in pronto soccorso: una revisione narrativa della letteratura. *Scenario® - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 40(2). <https://doi.org/10.4081/scenario.2023.558>

Phillips JP. (2016). Workplace violence against health Care Workers in the United States. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMr a1501998>.

Pich, J. V., Kable, A., & Hazelton, M. (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 20(3), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.005>,

Pompeii, L., Benavides, E., Pop, O., Rojas, Y., Emery, R., Delclos, G., Markham, C., Oluyomi, A., Vellani, K., & Levine, N. (2020). Workplace Violence in Outpatient Physician Clinics: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6587. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186587>

Rafeea, F., Al Ansari, A., Abbas, E. M., Elmusharaf, K., & Abu Zeid, M. S. (2017). Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. *Open access emergency medicine: OAEM*, 9, 113–121. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S147982>

Ramacciati, N., & Ceccagnoli, A. (2018). Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. *Scenario® - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 29(2), 32–38. <https://doi.org/10.4081/scenario.2012.167>

Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments - a qualitative study. *BMC health services research*, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z>

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr, Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The western journal of emergency medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Sammut, D., Hallett, N., Lees-Deutsch, L., & Dickens, G. L. (2023). A Systematic Review of Violence Risk Assessment Tools Currently Used in Emergency Care Settings. *Journal of emergency nursing*, 49(3), 371–386.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.11.006>

Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R., & Valiee, S. (2020). Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *International emergency nursing*, 50, 100813. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100813>

Shi, L., Zhang, D., Zhou, C., Yang, L., Sun, T., Hao, T., Peng, X., Gao, L., Liu, W., Mu, Y., Han, Y., & Fan, L. (2017). A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ open*, 7(6), e013105. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013105>

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., van Vuuren, J., & McGillion, A. (2020). Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? *PloS one*, 15(4), e0230793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230793>

Taylor, J. L., & Rew, L. (2011). A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 20(7-8), 1072–1085. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x>

Vincent-Höper, S., Stein, M., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2020). Workplace Aggression and Burnout in Nursing-The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3152. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093152>

Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

World Health Organization WHO (2016) Attacks on health care. Disponibile online in: <https://www.who.int/activities/responding-to-attacks-on-health-care>. Accessed 10 Jan 2023.