



Università degli Studi di Padova
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**QUANDO IL PERSONALE SANITARIO E' VITTIMA
DELL'UTENZA: INDAGINE RISPETTO AI
FENOMENI DI VIOLENZA IN
PRONTO SOCCORSO**

RELATORE: Prof.ssa Colmanet Marzia

LAUREANDA: Rocca Malene
matricola 1048574

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO

CAPITOLO 1. IL RISCHIO DI VIOLENZE NEI LUOGHI DI LAVORO.....	pg. 1
1.1 Definizione di violenza sul lavoro e tipologie.....	pg. 1
CAPITOLO 2. IL RISCHIO DI VIOLENZA NEL PRONTO SOCCORSO.....	pg. 4
2.1 La violenza nei luoghi di cura.....	pg. 4
2.2 Fattori di rischio per le violenze in Pronto Soccorso.....	pg. 5
2.3 Under-reporting.....	pg. 6
CAPITOLO 3. INDAGINE.....	pg. 8
3.1 Obiettivo dello studio.....	pg. 8
3.2 Disegno di ricerca.....	pg. 8
3.3 Campione.....	pg. 9
3.4 Risultati.....	pg. 10
3.4.1 Caratteristiche del campione.....	pg. 10
3.4.2 Episodi subiti di violenze.....	pg. 11
3.4.3 Conseguenze delle violenze.....	pg. 17
3.4.4 Luoghi della violenza.....	pg. 21
3.4.5 Turni di rischio.....	pg. 21
3.4.6 Autori delle violenze.....	pg. 22
3.4.7 Formazione del personale su come affrontare le violenze.....	pg. 23
3.4.8 Violenze e training.....	pg. 23
CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	pg. 24
4.1 Soluzioni al problema.....	pg. 27
4.1.1 Metodi di accertamento del rischio potenziale di violenza.....	pg. 27
4.1.2 Sistemi di allarme e security.....	pg. 30
4.1.3 Schede di segnalazione.....	pg. 30

BIBLIOGRAFIA.....	pg..32
-------------------	--------

ALLEGATI

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL PERSONALE.....	pg..41
--	--------

ALLEGATO 2: GRAFICI.....	pg..45
--------------------------	--------

ALLEGATO 3.....	pg..51
-----------------	--------

RIASSUNTO

Il personale impiegato nel campo della sanità è esposto a numerosi fattori che possono arrecare danno sia alla sua salute che alla sua sicurezza. Tra questi vi è il rischio di incorrere in una esperienza di violenza, che può essere costituita da un'aggressione di natura verbale e/o fisica oppure da un evento criminoso di altra natura. Questo pericolo è stimato essere per una persona che lavora nel campo della sanità circa 16 volte maggiore rispetto a qualsiasi altro lavoratore. Nello specifico gli operatori più esposti risultano essere gli infermieri, con particolare enfasi per quelli operanti nei Pronto Soccorso. I motivi per cui tale contesto di cura è identificato come ambito di lavoro particolarmente vulnerabile sono riconducibili ad un complesso insieme di fattori di rischio (location e dimensione della struttura stessa, tipo di cure fornite, aspetti a carattere psico-emozionale, manifestazioni psicologiche quali tensione, stress, rabbia, paura di outcomes negativi come la morte oltre che sentimenti di perdita, dispiacere, confusione). Influenzano il tutto anche i lunghi tempi di attesa, che sono identificati come una delle cause scatenanti maggiori assieme all'overcrowding, cioè il fenomeno globale del sovraffollamento, e la gestione di pazienti con specifiche problematiche, come per esempio quelle mentali, che costituiscono ulteriori fattori di rischio più importanti per le violenze.

Scopo

Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di identificare quanti operatori sanitari siano stati vittima di violenza nel contesto feltrino, in particolare, le fonti di questa, le tipologie di abusi perpetrati, le conseguenze fisiche/psichiche/lavorative, i turni e i luoghi più a rischio e la formazione del personale sull'argomento.

Metodo

Non essendo presenti sistemi di reporting interni dei fenomeni di violenza, è stato studiato e somministrato a tutto il personale un questionario composto da 24 domande chiuse inerenti al fenomeno delle aggressioni da parte dei pazienti sul posto di lavoro. Sono state indagate quattro principali tipologie di violenza, cioè quella fisica, quella verbale, quella verbale-telefonica e le molestie sessuali.

Risultati

Dallo studio è emerso che il 94,3% ha subito almeno un fenomeno di violenza; le violenze verbali sono la tipologia maggiormente esperita (90,7%), seguite nell'ordine dalle fisiche (66,7%), dalle verbali-telefoniche (59,2%) ed infine dalle molestie sessuali (16,7%). Incidenze maggiori sono denunciate dagli uomini rispetto alle donne e dalle ausiliarie specializzate rispetto al resto del personale.

I fenomeni maggiormente denunciati sono gli sputi (58,3%), gli spintoni (55,6%) e i pizzicotti (41,7%) per gli abusi fisici; le offese/insulti per quelli verbali e verbali-telefonici (83,7% e 71,9%) ed infine le domande/parole a sfondo sessuale non desiderate per le molestie sessuali (100%).

Per quanto riguarda le conseguenze delle violenze subite, non risultano esserci ripercussioni significative sia in campo psicologico, che fisico, che lavorativo.

Rischio elevato viene attribuito alla sede extraospedaliera (44%), cioè quella dove vi sono meno barriere fisiche tra il perpetratore e la vittima.

Si segnala inoltre la pericolosità attribuita dal personale al turno pomeridiano mentre per le violenze sessuali è identificato un rischio maggiore nel turno notturno.

Notevoli sono i fenomeni causati da pazienti in stato di ebbrezza/sotto effetto di sostanze stupefacenti e ai famigliari o presunti tali che richiedono informazioni su un paziente al telefono. Nonostante la dimensione non trascurabile del problema, il 66,7% del personale afferma di non avere avuto nessuna formazione sull'argomento.

Conclusione

In base ai risultati dello studio, si suggeriscono approfondimenti sul campo, in particolare quelli inerenti all'adozione di strumenti di reporting degli eventi violenti a carico del personale e di metodiche per il riconoscimento precoce dell'utente potenzialmente violento. Ciò può essere utile a stimare maggiormente l'entità del problema e i fattori rischio, permettendo così interventi mirati al setting in questione per la prevenzione e il management degli eventi stessi.

CAPITOLO 1. IL RISCHIO DI VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO

1.1 Definizione di violenza sul lavoro e tipologie

Ad oggi sul tema della violenza verso i lavoratori nei luoghi di lavoro, non vi sono definizioni comuni; generalmente comprende una larga fetta di comportamenti e viene classificata in fisica o diretta, che minaccia l'incolumità della persona, ed in non-fisica che comprende fenomeni di violenza verbale o molestia sessuale¹.

Alcuni autori affermano che essa è “il tentato o effettivo esercizio da parte di una persona di tutte le forze al fine di arrecare danno ad un lavoratore, tra cui qualsiasi dichiarazione minacciosa o comportamento che danno al lavoratore un ragionevole motivo di credere che lui o lei è in pericolo al lavoro”², piuttosto che “ogni situazione in cui gli impiegati sono abusati, minacciati o assaliti durante il loro impiego, includendo l'abuso fisico, verbale e psicologico, comportamenti minacciosi o intimidatori, così come la molestia sessuale o l'aggressione”³. Essa è anche “ogni incidente dove lo staff è abusato, minacciato o assalito in circostanze relative al suo lavoro [...] includendo una provocazione implicita o esplicita alla salute, al benessere o alla sicurezza”⁴.

In letteratura, inoltre, vengono identificati 3 principali tipo di violenza:

- *Violenza fisica*: definita come “l'uso intenzionale della forza da parte di una persona verso un'altra, senza una legittima giustificazione, risultante in un danno fisico o discomfort della persona”⁵. Un quadro più completo del fenomeno si ha da una definizione più dettagliata che la spiega come “l'uso intenzionale della forza fisica come il graffiare, lo spingere, lo spintonare, il lanciare oggetti, il mordere, il tirare i capelli, lo schiaffeggiare, il dare pugni, il colpire e l'uso di armi come pistole, coltelli ed altro”⁶;

1 Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. Occupational Environment Medicine, 2004, 61: 495-503; Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17; Nachreiner NM, Gerberich SG, McGovern PM, Church TP, Hansen HE, Geisser MS et al. *Impact of training on work-related assault*. Research in Nursing & Health, 2005, 28: 67-78

2 National Occupational Health and Safety Commission. *Program One Report: Occupational violence*. Meeting of NOSCH, March 1999

3 NSW Department of Health. *Zero tolerance: Policy and Framework Guidelines*. North Sydney: NSW Department of Health, 2003

4 Mayhew C, Chappel D. *Violence in the workplace*. Medical Journal of Australia, 2005, 183: 346-7

5 Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011

6 American Association of Colleges of Nursing. *Position statement. Violence as a public health problem*. Journal of Professional Nursing, 2000, 16: 63-9

- Violenza verbale: inquadrata come “l'uso di parole non appropriate che causano angoscia o che costituiscono minaccia”⁷. Più precisa è la definizione dove si puntualizza che l'abuso verbale è “un linguaggio crudele o di insulto, trattenute verbali con conseguente danno fisico o un attacco alle caratteristiche più personali come età, razza, etnia o orientamento sessuale”. È una forma di sopruso psicologico comune e globale⁸;
- Abuso telefonico: questo tipo di violenza viene fatto rientrare nella verbale, assieme alle urla, agli insulti, ai criticismi e ai forti rimproveri⁹. Altri autori, invece, la sondano in maniera staccata rispetto al gruppo più grande delle verbali, considerando il numero di intimidazioni e minacce subite tramite l'apparecchio telefonico a parte¹⁰;
- Molestia sessuale: la legge italiana la definisce come “ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale o qualsiasi altro comportamento basato sul sesso che offenda la dignità delle donne e degli uomini nel mondo del lavoro ivi inclusi atteggiamenti male accetti di tipo fisico, verbale o non verbale. La caratteristica essenziale sta nel fatto che si tratta di un atto indesiderato da parte di chi lo subisce e che spetta al singolo individuo stabilire quale comportamento egli possa tollerare e quale sia da considerarsi offensivo”¹¹, mettendo in evidenza come il livello di “tolleranza” sia personale e non generalizzabile.

Molti autori suggeriscono che esiste un ciclo della violenza ed è possibile coglierne l'origine attraverso l'osservazione di comportamenti definiti pre-violenti premonitori di un possibile atto di aggressione. Vi è infatti un periodo nel quale il potenziale aggressore manifesta un aumento della tensione con conseguente aumento della rabbia, successivamente egli diventa resistente all'autorità per poi risultare conflittuale e a volte violento. Durante questo ciclo sono tangibili alcuni comportamenti pre-violenti tipici, tra i quali 6 sono i più comuni. Questi sono: la confusione, l'irritabilità, la chiassosità, le

7 Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011

8 McIntyre M. *The workplace environment*. In: McIntyre M, Thomlinson E, editors. *Realities of Canadian nursing, professional practice and power issues*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 304-21; Ferns T. *Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and ED*. *Accident Emergency Nursing*, 2005(a), 13: 238-46

9 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. *Violence towards ED nurses by patients*. *Accident Emergency Nursing*, 2004, 12: 67-73

10 Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2000, 18 (2): 8-17

11 Ministero dell'Interno Italiano. *Molestie sessuali sui luoghi di lavoro: che cos'è- codice di condotta*. Disponibile al sito www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/pari_opportunita/app_notizia_19060.html. Consultato il 14 settembre 2015

minacce fisiche e verbali e le manifestazioni di rabbia contro gli oggetti. Altri campanelli di allarme sono costituiti dai comportamenti provocativi o di rabbia, dal camminare avanti e indietro, dal parlare ad alta voce, dalla postura tesa e dai cambi frequenti di posizione¹². Per questo motivo alcuni autori ritengono che l'abuso verbale spesso non sia altro che il preambolo della violenza fisica, ciò sostenuto anche dal fatto che spesso le due forme coesistono¹³.

12 Almvik R, Woods P. *Short term risk prediction: the Broset violence checklist*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003, 10: 231-8; Kao LW, Moore GP. *The violent patient: clinical management, use of physical and chemical restraints, and medicolegal concerns*. Emergency Medicine Practice, 1999, 1 (6): 1-24

13 Mahoney BS. *The extent, nature and response to victimization of Emergency nurse in Pennsylvania*. Journal of Emergency Nursing, 1991, 17 (5): 282-94; Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. *Patient-related violence against Emergency Department nurses*. Nursing and Health Sciences, 2010, 12: 268-74

CAPITOLO 2. IL RISCHIO DI VIOLENZA NEL PRONTO SOCCORSO

2.1 La violenza nei luoghi di cura

Il personale che opera in campo sanitario è esposto a numerosi fattori dannosi sia per la salute che per la sicurezza tra cui quello di incorrere in una esperienza di violenza che può consistere in una aggressione di natura verbale e/o fisica oppure in un evento criminoso di altro genere che può portare a lesioni personali anche importanti, fino al decesso¹⁴. E' stato infatti calcolato che una persona che lavora nel campo della sanità è esposto circa 16 volte di più a questo pericolo rispetto a qualsiasi altro lavoratore¹⁵. Entrando nello specifico, gli infermieri sono classificati come la categoria più a rischio con una suscettibilità 3 volte maggiore rispetto agli altri professionisti, con particolare enfasi per quelli operanti nei Pronto Soccorso¹⁶.

E' stimato che circa il 70% degli infermieri subiscono giornalmente violenza, per lo più a causa del loro stretto contatto con i pazienti e con i parenti durante il loro lavoro. Questa vicinanza che l'infermiere ha con il paziente e lo stretto rapporto che si crea tra la due entità espone altresì questa figura professionale ad un rischio marcato di subire delle forme di molestia sessuale¹⁷. La maggiore incidenza di episodi di violenza perpetrati a carico di operatori sanitari nelle strutture ospedaliere si ha nei reparti psichiatrici, in quelli di geriatria, di lungodegenza, di ortopedia-traumatologia, nel nursing di comunità, nei Pronto Soccorso e nei servizi di emergenza-urgenza¹⁸.

Gli atti di violenza verso gli operatori sanitari sono considerati degli eventi sentinella in quanto segnali di situazioni di rischio o di vulnerabilità. Nel mese di aprile 2015 è stato pubblicato il 5° Rapporto “Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella” (settembre 2005-dicembre 2012) del Ministero della Salute, che identifica alla voce numero 12 come eventi avversi di particolare gravità gli “Atti di violenza a danno di operatore”, dove si

14 De Simone L. *La violenza verso gli operatori del Pronto Soccorso*. L'infermiere, IPASVI, 2011, 4

15 McPhaul KM, Lipscomb JA. *Workplace violence in health care: recognized but not regulated*. The Online Journal of Issues Nursing, 2004, 9, Retrieved August 10, 2015, from <http://www.nursingworld.org/ojin/>

16 Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007: 535-541

17 Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. *Violence against general practitioners in Turkey*. Journal of Interpersonal Violence, 2010, 24: 1980-95

18 Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4; Farrell GA, Bobrowski C, Bobroski P. *Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study*. Journal of Advanced Nursing, 2006, 55: 778-87; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. *Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong*. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9

evince che nel periodo in esame sono stati denunciati, in Italia, 165 episodi di questo tipo, l'8,6% del totale delle segnalazioni¹⁹.

2.2 Fattori di rischio per le violenze in Pronto Soccorso

I Pronto Soccorso sono identificati come ambiti di lavoro particolarmente vulnerabili ad episodi di violenza da parte dell'utenza verso il personale sanitario a causa di un complesso insieme di fattori di rischio differenti in base a location e dimensioni della struttura, nonché al tipo di cure fornite²⁰.

I fattori potenzialmente attivanti la violenza vengono ricondotti in letteratura:

- all'accessibilità 24 ore su 24 a questo servizio con un ampio numero di ingressi quotidiani diretti senza preventiva mediazione di alcun specialista;
- alla natura non aspettata della malattia che spinge l'utenza in questo luogo a incorrere in manifestazioni oltre che di tipo fisico (traumi, dolore, discomfort) a manifestazioni psicologiche (tensione, stress, rabbia, paura di outcomes negativi come la morte) oltre che sentimenti di perdita, dispiacere, confusione²¹. La violenza si può qui scatenare in quanto si manifestano delle situazioni ad alto contenuto emotivo dove alti sono i valori di ansia con conseguente indebolimento del pensiero, del comportamento e della comunicazione²²;
- all'ambiente caratterizzato soventemente da spazi ristretti, dalla mancanza della privacy richiesta, dalla sua intrinseca dinamicità e dalla frequente carenza di personale addetto alla sicurezza o dalla sua inadeguata preparazione. Va considerato inoltre l'ambiente spesso altamente tecnologico ed intriso dalla pressione esercitata dal tempo e dall'incertezza²³;
- ai lunghi tempi di attesa, identificati come una delle cause scatenanti maggiori²⁴ assieme all'overcrowding, cioè il fenomeno del sovraffollamento diffuso

19 Ministero della Salute Italiano, <http://www.salute.gov.it>, consultato il 12.09.2015

20 Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203

21 Reever MM, Lyon DS. *Emergency Room communication issues: Dealing with crisis*. Topics in Emergency Medicine, 2002, 24 (4): 62-6

22 Brunetti L, Bambi S. *Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale*. Professioni Infermieristiche, Aprile-Giugno 2013, 66 (2): 109-16; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. *Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong*. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9

23 Gillespie M, Melby V. *Burnout among nursing staff in Accident and Emergency and acute medicine: a comparative study*. Journal of Clinical Nursing, 2003, 12: 842-51; Kwok RP, Law YK, Li KE et al. *Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong*. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9

24 Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. *Incidence and related factors of violence in Emergency Departments- A study of nurses in Southern Taiwan*. Journal of the Formosan Medical Association, 2007, 106 (9): 748-58

internazionalmente²⁵;

- alla gestione di pazienti spesso con problematiche di carattere mentale che risultano essere più vulnerabili a ciò, costituendo così una delle categorie con rischio maggiore per le violenze²⁶.

Altri determinanti sono identificati nelle caratteristiche proprie degli infermieri che qui lavorano. Infatti questi si devono interfacciare ed entrare in relazione con persone vulnerabili; devono prendersi cura di un'utenza di passaggio e multiculturale e sono chiamati ad operare mantenendo l'equilibrio tra le necessità di assegnare delle priorità agli interventi che svolgono, l'agire in modo rapido sul profilo diagnostico-terapeutico-assistenziale e il garantire una risposta sanitaria di qualità mantenendo sempre elevato il profilo di umanizzazione delle cure.

Il fenomeno della violenza verso il personale sanitario inoltre non interessa solo la persona assistita ma si estende a familiari e caregiver, anche essi talvolta in difficoltà nel gestire le loro rabbie, paure o frustrazioni²⁷.

L'insieme di questi fattori e le loro interazioni mettono in difficoltà i comportamenti umani ed impattano sulla capacità personale di ognuno di controllare i propri comportamenti e le proprie emozioni²⁸ sfociando verso episodi di violenza fisica estrema.

L'aspetto paradossale del fenomeno di aggressione in Pronto Soccorso è che l'utente violento ne trae beneficio a scapito degli altri pazienti, a causa della tendenza del personale a visitarlo appena possibile. Altro fenomeno preoccupante rilevato in questo setting è che gli utenti aggressivi tendono, in un certo modo, ad “attivare” le altre persone in attesa²⁹. In un contesto che può risultare altamente stressogeno l'insofferenza ed il disagio di una persona possono infatti influenzare in modo negativo chi sta vivendo la stessa situazione.

2.3 Under-reporting

A fronte di episodi di violenza subiti e denunciati la letteratura riporta, come un problema di notevole consistenza³⁰, anche il fenomeno della sotto denuncia (under-reporting).

25 Brunetti L, Bambi S. *Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale*. Professioni Infermieristiche, Aprile-Giugno 2013, 66 (2): 109-16

26 Appelbaum PS. *Violence and mental disorders: Data and public policy*. The American Journal of Psychiatry, 2006, 163 (8): 1319-21

27 Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4

28 Reeve MM, Lyon DS. *Emergency Room communication issues: Dealing with crisis*. Topics in Emergency Medicine, 2002, 24 (4): 62-6

29 Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4; Ramacciati N, Ceccagnoli A. *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo*. Scenario, 2012, 29 (2): 32-8

30 Mercer Ray M. *The Dark Side of the Job: violence in the Emergency Department*. Emergency Nursing Association, 2007, 33: 257-61

In uno studio italiano condotto nel 2013 (in relazione ai tre anni precedenti) a Perugia emerge che il 62,9% degli aggrediti non ha denunciato nessuna delle violenze subite, segno che questo fenomeno è di notevole importanza anche nel nostro paese³¹. In campo internazionale, si stima una non-denuncia dal 20% dei casi al 90%³². La maggior parte degli infermieri non ha mai o raramente fatto report sulle violenze subite, forse come risultato di un'abitudine o normalizzazione di questi atti nel contesto lavorativo, considerando il rischio di comportamenti aggressivi come implicito della professione³³. Spesso si instaura nell'operatore sanitario un sentimento di tolleranza, maggiore se il paziente ha patologie a suo carico o una riduzione della capacità di intendere e di volere, anche a causa di alcool o droghe, che possono avere innescato la violenza. Si tende quindi a giustificare il paziente per la sua sofferenza o patologia degenerativa oppure per il fatto che si ritiene non volesse realmente commettere l'azione³⁴ o perché alla fine ci si è spiegati con l'utente violento oppure il tutto si è risolto³⁵. Si ha quindi una sorta di empatia verso il paziente o familiare aggressivo che fa sì che non scatti la denuncia. La vittima tende a considerare quindi meno grave un'aggressione subita durante il lavoro rispetto al medesimo incidente occorso come privato cittadino³⁶.

Se ne deduce quindi la difficoltà nello stimare la reale dimensione del problema e si ritiene che la maggior parte dei dati raccolti dagli studi in paesi di tutto il mondo siano solo la punta di un iceberg³⁷ data questa significativa presenza dell'under-reporting che nasconde l'entità del fenomeno.

Va altresì rilevato che la mancata denuncia o segnalazione di episodi di violenza subiti possa essere legata al fatto che in molti contesti non esiste o non è predisposto uno strumento di report³⁸.

31 Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. *Violence towards nurses in the Triage Area*. Scenario, 2013, 30 (4), 4-10

32 Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17; Mayhew C, Chappel D. *Violence in the workplace*. Medical Journal of Australia, 2005, 183: 346-7

33 Erickson L, Williams-Evans SA. *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults*. Journal of Emergency Nursing, 2000, 26 (3): 210-5; Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4

34 Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4; Harulow S. *Ending the silence on violence*. Australian Nursing Journal, 2000, 7 (10), 26-9

35 Bureau of Labor Statistics. *National census of fatal occupational injuries, 1993-2002*. Washington, DC: US Department of Labor, 2002; Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. *Patient-related violence against Emergency Department nurses*. Nursing and Health Sciences, 2010, 12: 268-74; Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. *Violence towards nurses in the Triage Area*. Scenario, 2013, 30 (4), 4-10

36 Eslamian J, Fard SH, Tavalok K, Yazdani M. *The effect of Angers management by nursing staff on violence rate against the in the emergency unit*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2010, 15 (Special Issue): 337-42; Mercer Ray M. *The Dark Side of the Job: violence in the Emergency Department*. Emergency Nursing Association, 2007, 33: 257-61

37 Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4

38 Rippon TJ. *Aggression and violence in health care professions*. Journal of advanced nursing, 2000, 31, 452-60

CAPITOLO 3. INDAGINE

3.1 Obiettivo dello studio

Obiettivo dello studio è quello di indagare la dimensione del fenomeno nella realtà del Pronto Soccorso di Feltre principalmente in termini di frequenza e tipologia delle violenze, conseguenze fisiche, psicologiche e lavorative, luoghi e turni a maggiore rischio per il personale e utenti costituenti un pericolo per lo stesso.

3.2 Disegno di ricerca

Nel mese di Settembre 2015 al personale dell'Unità Operativa del Pronto Soccorso dell'ULSS 2 di Feltre è stato somministrato un questionario composto da 24 domande inerenti al fenomeno delle aggressioni da parte dei pazienti sul posto di lavoro [allegato 1]. Per la costruzione delle domande ci si è riferiti a studi precedenti e a questionari già presenti in letteratura³⁹. I campi da sondare e le opzioni di risposta sono state scelte adattandole al contesto in oggetto, anche con il parere dell'Infermiere Capo Sala.

Sono state rivolte sia domande chiuse a carattere socio-demografico come età, sesso, livello di istruzione, qualifica, anni di lavoro in totale ed effettivi in Pronto Soccorso, ed altre domande di carattere prettamente inerente al fenomeno in questione quali:

- la frequenza e la tipologia delle violenze: rispettando la classificazione dei fenomeni riscontrati in letteratura si è chiesto di indicare oltre al numero di episodi subiti anche la tipologia distinguendo la violenza in fisica, verbale, verbale-telefonica e molestie sessuali. Per ogni tipologia di violenza sono stati definiti i comportamenti violenti lasciando la possibilità di indicare più risposte [tabella I];

Tipologia di violenza	Comportamenti descritti
FISICA	Calci, spintoni, schiaffi/pugni, essere respinti, pizzicotti, graffi, tagli o lesioni con armi bianche, spari, lancio di oggetti, tentata aggressione, sputi
VERBALE e VERBALE-TELEFONICA	Urla, offese, insulti, minacce
MOLESTIE SESSUALI	Domande/parole a sfondo sessuale non gradite, palpeggiamenti

Tabella I. Tipologie di violenza e comportamenti descritti (ogni tipologia prevede anche la voce “altro da specificare”)

³⁹ Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007: 535-541; De Simone L. *La violenza verso gli operatori del Pronto Soccorso*. L'infermiere, IPASVI, 2011, 4; Rose M. *A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department*. Journal of Emergency Nursing, 1997, 23 (3), 214-9; Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203

- i danni fisici eventualmente riportati con relativa assenza dal lavoro anche in termini temporali;
- la presenza e la qualità delle ripercussioni psicologiche quali abbattimento, ansia, bassa autostima, colpevolezza, disappunto, disgusto, disperazione, fallimento, odio, paura, rabbia, senso di impotenza, sfiducia verso le proprie competenze professionali, stupore, tristezza e altro da specificare;
- la presenza e la qualità delle sequele lavorative quali difficoltà/calo di concentrazione nelle cure verso l'utente aggressivo, difficoltà/calo di concentrazione per l'intero turno, comportamento di evitamento tale da compromettere l'esecuzione delle proprie mansioni, delega delle proprie mansioni verso l'utente aggressivo ad un collega, paura nell'attuare l'assistenza all'utente e altro da specificare;
- la sede della violenza;
- la tipologia di utenti che la hanno perpetrata;
- i turni considerati più a rischio;
- l'eventuale testimonianza di fenomeni subiti da colleghi;
- la necessità di forme di aiuto e la natura di questo;
- gli eventuali corsi fatti dal personale per affrontare il problema e il percepito dell'operatore sulla loro utilità.

3.3 Campione

Il questionario è stato somministrato all'intero personale dell'Unità Operativa, per un totale di **54** persone divise nelle professionalità riportate in tabella II.

Personale	N.	%
Infermieri	24	44,4
Assistente di sala	1	1,9
Medici	10	18,5
Operatori tecnici specializzati (autisti)	12	22,2
Ausiliari specializzati	7	13,0
TOTALE	54	100

Tabella II. Personale del Pronto Soccorso di Feltre (settembre 2015)

Non sono stati inseriti criteri di esclusione in quanto l'indagine è mirata ad avere un quadro completo del fenomeno, senza focalizzarsi su una categoria professionale come avviene nella maggior parte degli studi pubblicati in letteratura.

Hanno risposto al questionario **53** operatori sanitari (98,1%). Lo studio è stato quindi eseguito in un campione composto per il 45,3% da infermieri, per il 18,9% da medici, per il 22,6% da operatori tecnici specializzati (autisti), per l'11,3% da ausiliari specializzati e da 1 assistente di sala (1,9% del totale). Per garantire la privacy e non permettere che le risposte potessero essere associate ad uno dei professionisti, nell'elaborazione dei dati l'assistente di sala è stato conteggiato come infermiere, poiché in possesso della qualifica, portando così la categoria al 47,1% del totale [allegato 2, grafico 1].

I dati sono stati poi elaborati in forma anonima usando il programma Open Office Calc.

3.4 Risultati

3.4.1 Caratteristiche del campione

Età

Il campione ha un'età compresa tra i 27 (infermiera donna) e i 59 anni (infermiere maschio e operatore tecnico), con una media di **46,7 anni**. Le donne sono in media più giovani degli uomini (43,5 anni contro 48,5).

E' stata studiata anche la distribuzione per classi di età, sintetizzata in tabella III.

	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	totale
Campione	5,7%	5,7%	13,2%	15,1%	24,5%	18,9%	16,9%	100%
Donne	5,3%	15,8%	15,8%	21,0%	15,8%	21,0%	5,3%	100%
Uomini	5,9%	3,0%	8,8%	11,8%	29,4%	17,6%	23,5%	100%

Tabella III. Distribuzione per classi di età del campione

Sesso

Il personale infermieristico è composto per il 36% da donne e per il 64% da uomini, quello medico dal 40% di donne e il 60% di uomini, mentre gli operatori tecnici specializzati sono per il 100% uomini e gli ausiliari specializzati per il 100% donne. Nel totale il **35,8%** è donna e il **64,2%** uomo [grafico 2].

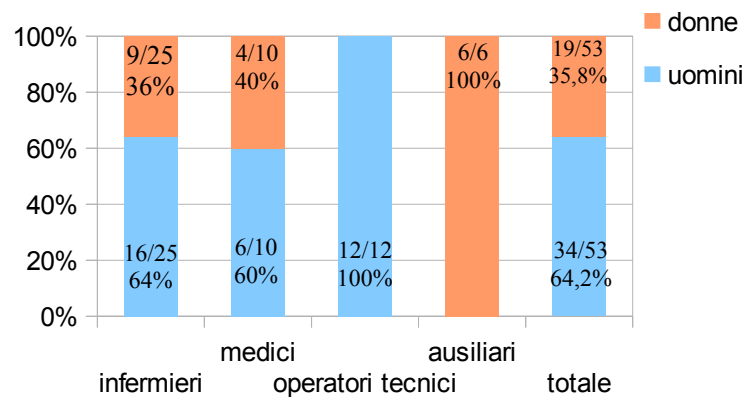


Grafico 2. Suddivisione del personale per sesso

Livello di istruzione

Per quanto riguarda gli infermieri, il 56% possiede il diploma di scuola regionale, il 24% la laurea di primo livello e l'8% la associa ad un master. La maggior parte degli operatori tecnici ed ausiliari possiede un diploma di scuola regionale, rispettivamente nel 58,3% e nel 66,6%. I medici sono per il 90% in possesso della laurea specialistica, mentre il 10% del dottorato di ricerca.

Esperienza lavorativa e in Pronto Soccorso

L'esperienza media di lavoro per il campione è di **19,3 anni**, mentre quella specifica in Pronto Soccorso è di **13,4 anni**. La categoria con meno esperienza è quella degli ausiliari (11,4 anni), quella con maggiore gli operatori tecnici (14,9 anni). Medici e infermieri hanno un'esperienza media rispettivamente di 12,8 e 13,5 anni.

3.4.2 Episodi subiti di violenze

Dallo studio emerge che la dimensione rapportata al totale di chi ha sperimentato almeno una volta un atto di abuso è risultata essere del **94,3%** (il **96%** degli infermieri, il **91,7%** degli operatori tecnici, il **100%** delle ausiliarie e il **90%** dei medici). Netta prevalenza risultano averla gli uomini rispetto alle donne, con il **97,1%** del personale contro l'89,5% [grafico 3].

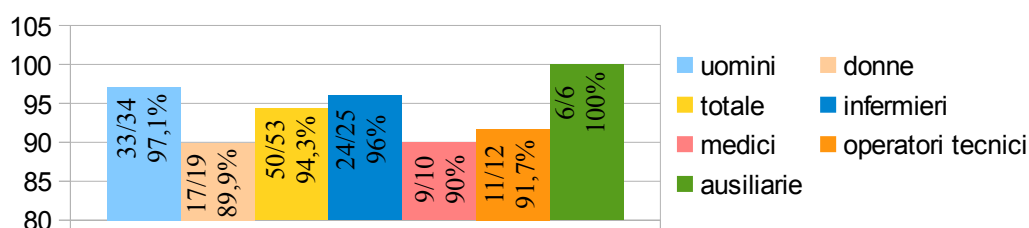


Grafico 3. Persone che hanno subito almeno una volta un fenomeno di violenza

La tabella IV riassume il numero di persone per categoria e nel totale che hanno subito almeno una volta il fenomeno di violenza indicato a lato. Viene indicata anche la divisione per sesso.

Personale sanitario	FENOMENI DI VIOLENZA				
	Numero	Violenza fisica	Violenza verbale	Violenza verbale telefonica	Molestie sessuali
INFERMIERI	24	19	24	16	4
Uomini	16 (100%)	13	16	11	1
Donne	8	6	8	5	3
OPERATORI TECNICI	11	7	11	7	2
AUSILIARI	6	5	5	1	1
MEDICI	9	5	9	8	2
Uomini	6 (100%)	3	6	5	0
Donne	3	2	3	3	2
TOTALE	50	36	49	32	9
Uomini	33	23	33	23	3
Donne	17	13	16	9	6

Tabella IV. Numero di persone che hanno subito violenza

L'**81,1%** del personale è stato testimone di un fenomeno di violenza a carico di un collega.

TIPOLOGIE DI VIOLENZA

Violenza fisica

Dallo studio effettuato, è emerso che il **66,7%** di tutto il personale sanitario operante nel Pronto Soccorso ha subito almeno un fenomeno di violenza fisica in questo contesto

durante la sua carriera lavorativa, cioè il 68,4% delle donne e il 67,6% degli uomini [allegato 2, grafico 4]. Nello specifico ciò ha interessato il **76%** degli infermieri, il **58,3%** degli operatori tecnici specializzati, l'**83,3%** delle ausiliarie e il **50%** del personale medico. Per quanto riguarda la frequenza, il 50% ha indicato di aver subito 1-3 fenomeni, il 41,6% 4-9 episodi, il 5,6% 10-15 eventi ed infine il 2,8% (1 autista) ne ha indicati più di 15 [grafico 5].

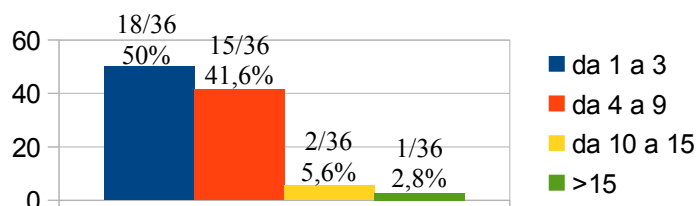


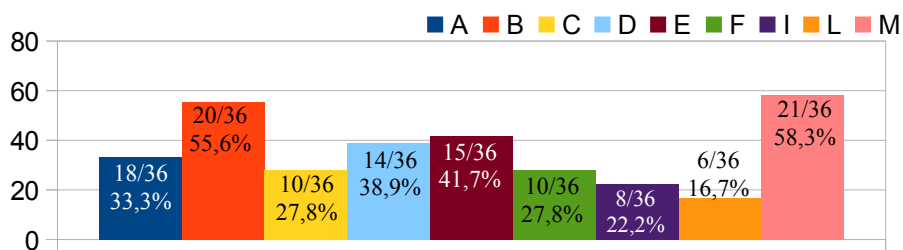
Grafico 5. Frequenza dei fenomeni di violenza fisica

La maggior parte dei fenomeni sono stati a carico di infermieri.

Tipologie di violenza fisica subite

Oltre che alla frequenza, è stata studiata anche la tipologia delle violenze subite.

Si è visto che la violenza fisica è stata, sul totale del campione, nel 16,7% dei casi tentata aggressione, nel 22,2% lancio di oggetti, nel 27,8% schiaffi/pugni e graffi, nel 33,3% calci e nel 38,9% essere respinti. I tre fenomeni più frequenti sono stati i pizzicotti (41,7%), gli spintoni (55,6%) e gli **sputi**. Questi ultimi sono le aggressioni più subite con un **58,3%**. Non sono stati denunciati tagli o lesioni con armi bianche, spari o altri fenomeni (una persona indica un inseguimento, ma in un altro Pronto Soccorso e quindi non rilevante nello studio) [grafico 6].



Legenda= A: calci; B: spintoni; C: schiaffi/pugni; D: essere respinti; E: pizzicotti; F: graffi; G: tagli o lesioni con armi bianche; H: spari; I: lancio di oggetti; L: tentata aggressione; M: sputi

Grafico 6. Fenomeni di violenza fisica subiti (G-H con frequenza pari a 0)

Studiando per categoria professionale, gli infermieri riferiscono maggiormente **spintoni** (73,7%), gli operatori tecnici calci e **spintoni** (57,1%), gli ausiliari pizzicotti e **sputi** (60%) e i medici sputi e **l'essere respinti** (60%).

I fenomeni più subiti dagli uomini nel totale sono i **calci** (60,9%; per i medici invece è **l'essere respinto** con il 100%), mentre per le donne sono gli **sputi** (76,9%).

Violenza verbale

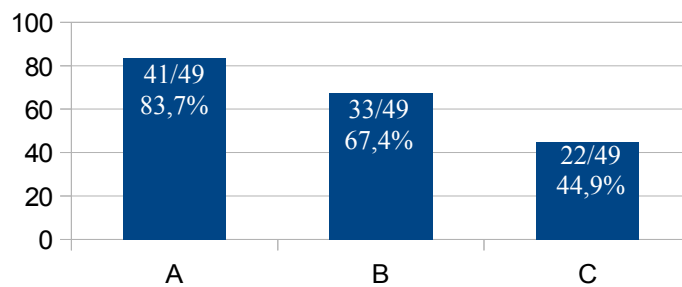
Altri dati che emergono dall'indagine, rivelano che ben il **90,7%** del totale ha subito almeno una volta un fenomeno di violenza verbale. Nello specifico ciò ha toccato l'84,2% delle donne e il 97,1% degli uomini. Spicca subito il fatto che il **96%** degli infermieri ne sia stato vittima e notevole è anche il numero di operatori tecnici (**91,7%**). Incidenza poco più bassa è quella dei medici (**90%**), mentre le ausiliarie sono la categoria che ha subito relativamente meno (**83,3%**) [allegato 2, grafico 7].

Soffermandoci sulla frequenza dei fenomeni, si è visto che il 30,6% del personale che ha subito questo tipo di violenza ha indicato 1-3 episodi, il 26,5% 4-9 eventi, il 18,4% 10-15 incidenti ed infine il 24,5% più di 15 [allegato 2, grafico 8].

Anche in questo caso gli infermieri hanno registrato la maggior incidenza di fenomeni.

Tipologie di violenza verbale subite

Si è andati successivamente a studiare quali siano state le violenze verbali subite dal personale. Anche in questo caso sono state proposte delle tipologie come le urla contro la propria persona, le offese verbali o gli insulti e le minacce. Tutte le categorie hanno subito almeno una volta tutte le opzioni proposte, tranne gli ausiliari che non hanno denunciato nessuna minaccia. La natura della violenza verbale è stata costituita per un **83,7%** da **offese o insulti**, per un 67,4% da urla contro la propria persona e per un 44,9% da minacce [grafico 9].



Legenda= A: offese verbali o insulti; B: urla contro la propria persona; C: minacce
 Grafico 9. Fenomeni di violenza verbale subiti

Analizzando il fenomeno per categoria, si nota che le **offese verbali** e gli **insulti** sono la tipologia più subita da infermieri, operatori tecnici e medici (rispettivamente nel 91,7%, 81,8% e 88,8% dei casi); per gli ausiliari invece la si identifica nelle **urla** contro la propria persona (100% dei casi). Dividendo lo studio in uomini e donne, si ricava che le offese verbali e gli insulti siano presenti in ambo i sessi, rispettivamente per un 76,4% e 84,8% del personale.

Correlazione tra violenza verbale e fisica

Partendo dalle teorie di alcuni autori⁴⁰ dove si afferma la correlazione tra violenza verbale e fisica, cioè che la seconda non sia altro che il risultato della prima, si è andati a studiare quante persone avessero subito solo l'una o l'altra e quante entrambe.

È emerso che il **67,7%** degli uomini e il **70,9%** delle donne, ha subito violenza verbale e fisica (eventualmente anche combinate con la telefonica e le molestie sessuali). Solo un'ausiliaria afferma di aver subito solo violenza fisica, ma si deve tenere conto che non ha dato risposta se avesse o meno subito le altre violenze [allegato 4, grafico 10]. Si deduce quindi che il personale non ha mai subito violenza fisica isolata dalla verbale, confermando così la teoria.

Violenza verbale-telefonica

Nello studio della violenza verbale-telefonica sono stati applicati gli stessi criteri usati per quella verbale.

Si ricava che il **59,2%** del personale ha esperito almeno una volta violenza verbale-telefonica, costituito dal 47,4% di personale femminile e dal 67,6% di quello maschile.

⁴⁰ Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011; Mahoney BS. *The extent, nature and response to victimization of Emergency nurse in Pennsylvania*. Journal of Emergency Nursing, 1991, 17 (5): 282-94

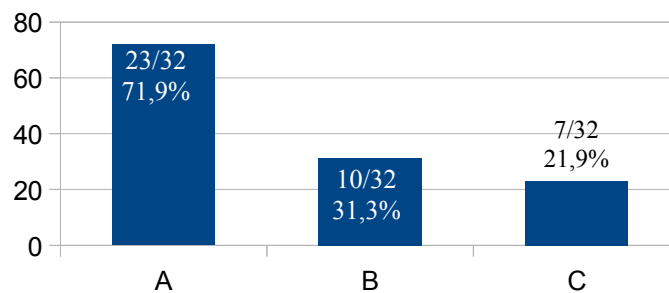
In questo caso la classe più colpita è quella dei medici (**80%**). Molto più basse le percentuali di infermieri (64%), operatori tecnici (58,3%) e ausiliarie (6,7%).

Per quanto riguarda i dati per sesso, non vi sono differenze di riguardo. Si veda il grafico 11 in allegato 2 per i dati in dettaglio.

Guardando in modo più approfondito la frequenza dei fenomeni subiti, il 75% ha indicato da 1 a 3 fenomeni, il 15,6% da 4 a 9, il 3,1% da 10 a 15 e il 6,3% >15 (1 medico e 1 infermiere maschi).

Tipologie di violenza verbale-telefonica subite

Dallo studio delle tipologie di violenza subita, emerge che una netta maggioranza, cioè il **71,9%** ha esperito **offese verbali** o **insulti** al telefono. Seguono poi le urla contro la propria persona (31,3%) e le minacce (21,9%), rispecchiando così lo stesso ordine di incidenza delle violenze verbali. Nessuno ha indicato altri fenomeni [grafico 12].



Legenda= A: offese verbali o insulti; B: urla contro la propria persona; C: minacce
Grafico 12. Fenomeni di violenza verbale-telefonica subiti

Le minacce telefoniche sono state esperite soltanto da medici e infermieri, categorie che hanno subito anche le altre due tipologie. Le ausiliarie risultano aver provato, al telefono, soltanto le offese verbali e gli insulti.

Molestie sessuali

E' stato rilevato che il **16,7%** del personale ha subito molestie sessuali. Il 16% degli infermieri, il 16,7% degli operatori tecnici e delle ausiliarie e il 20% dei medici ne ha denunciato almeno un fenomeno. È quindi un evento relativamente poco frequente ma ben distribuito fra il personale [allegato 2, grafico 13]. Se si analizza la divisione per sesso, queste colpiscono maggiormente le donne (31,7%) rispetto agli uomini (8,8%).

Per quanto riguarda la frequenza, nel 77,8% dei casi segnalati è compresa tra 1 e 3, mentre

per l'11,1% tra 4 e 9 e tra 10 e 15 (entrambe identificate da medici donne).

La tipologia è nel **100%** dei casi **domande o parole a carattere sessuale non desiderate**.

Il turno di rischio identificato da queste persone, è per la maggior parte la notte (22-06) con un 55,5%.

3.4.3 Conseguenze delle violenze

Danni fisici

Studiando le persone che hanno subito violenza fisica almeno una volta, l'**80,6%** non ha riportato danni fisici, mentre il 13,8% delle vittime risponde in maniera affermativa (il 5,6% non risponde). Di questi ultimi il 60% sono infermieri e il 40% medici. Non vi sono stati fenomeni a carico di operatori tecnici e ausiliari [allegato 2, grafico 14]. Il 60% di queste vittime sono uomini, il 40% donne.

Del personale che ha subito danni a carattere fisico, il 20% (1 infermiere maschio) ha dovuto assentarsi dal posto di lavoro, in particolare per un periodo di 1-5 giorni. A carico di questa persona si segnalano calci, spintoni, schiaffi e pugni, l'essere respinti, pizzicotti, graffi, lancio di oggetti, tentata aggressione e sputi.

Sequela psicologiche

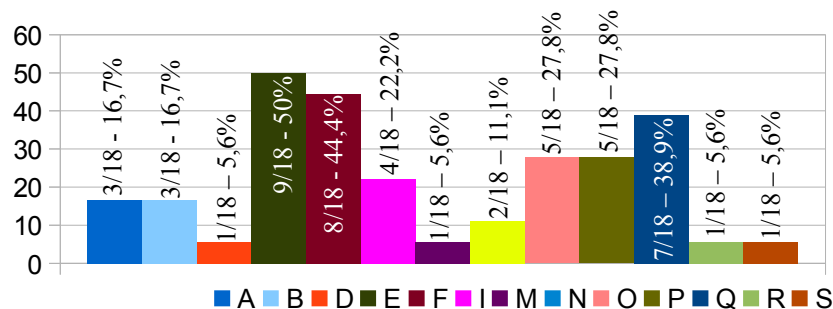
Oltre alle conseguenze sul piano fisico, sono state indagate anche quelle psicologiche. Sono stati proposti come possibili sentimenti l'abbattimento, l'ansia, la bassa autostima, la colpevolezza, il disappunto, il disgusto, la disperazione, il fallimento, il senso di impotenza, l'odio, la sfiducia verso le proprie competenze professionali, la paura, la rabbia, lo stupore, la tristezza e altro da specificare.

Dallo studio emerge che la maggior parte di chi ha subito o visto almeno un fenomeno di violenza non ha avuto sequela psicologiche (58,8%) (il 5,9% non risponde) e ciò avviene in modo trasversale in tutte le categorie professionali, tranne che per gli infermieri uomini che mostrano una controtendenza (il 62,5% ha avuto una qualche ripercussione psicologica).

Del totale di chi ha avuto questo tipo di conseguenze, la maggior parte sono infermieri (61,1%), seguiti da medici e operatori tecnici (16,7%), ed infine dalle ausiliarie (5,5%) [allegato 2, grafico 15].

Il grafico 16 e il grafico 17 in allegato 2 mostrano la divisione per sesso e per categoria delle sequele.

Gli infermieri sono la categoria con più varietà di sentimenti provati, avendo esperito almeno una volta tutti quelli denunciati dalla totalità e con l'aggiunta di amarezza e di non sentirsi tutelato. Per la panoramica completa si veda la tabella V in allegato 3. Le ripercussioni con più incidenza nel totale sono il **disappunto (50%)**, il disgusto (44,4%) e la tristezza (38,9%). Nel grafico 18 sono riportate le incidenze di tutti i sentimenti.



Legenda= A: abbattimento; B: ansia; C: bassa autostima; D: colpevolezza; E: disappunto; F: disgusto; G: disperazione; H: fallimento; I: senso di impotenza; L: odio; M: sfiducia verso le proprie competenze professionali; N: paura; O: rabbia; P: stupore; Q: tristezza; R: amarezza; S: non sentirsi tutelato

Grafico 18. Sequele psicologiche post-violenza della totalità del campione (C-G-H-L con frequenza pari a zero)

Analizzando il fenomeno per categoria, gli infermieri hanno riportato maggiormente disgusto, tristezza (entrambe nel 36,4% dei casi) e disappunto (27,3%), come è avvenuto per gli operatori tecnici (tutti e tre i sentimenti nel 66,7% dei casi). Differiscono le ausiliarie con disappunto e senso di impotenza (entrambe 100%), e i medici sempre con disappunto ma assieme alla rabbia nel 100% dei casi.

Il **100%** delle donne ha esperito **disappunto** e il 66,7% tristezza [allegato 2, grafico 19]. Varietà di sentimenti più ampia è stata esperita dagli uomini. La maggior incidenza lo ha il **disgusto (46,7%)** seguito dal disappunto (40%) [allegato 2, grafico 20].

Ripercussioni in campo lavorativo

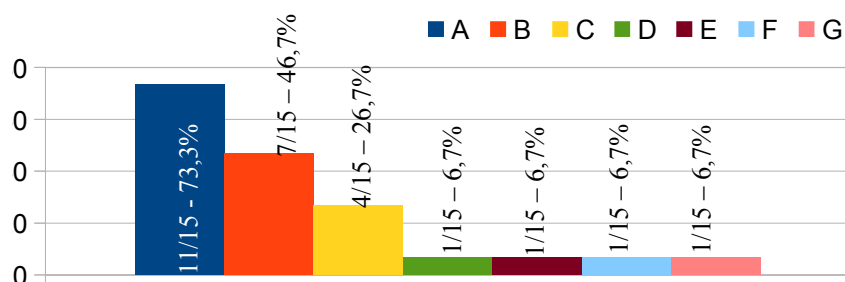
Ultima conseguenza indagata è quella in campo lavorativo.

Sono state proposte come sequele lavorative la difficoltà o il calo di concentrazione nelle cure verso l'utente violento e per l'intero turno, i comportamenti di evitamento tali da compromettere l'esecuzione del proprio compito, la delega delle mansioni verso il paziente ad un collega, la paura nell'attuazione dell'assistenza e la possibilità di aggiungere altre conseguenze provate personalmente. Si è quindi analizzato se vi fossero stati cambiamenti

nella qualità delle cure prestate e/o nella propria concentrazione.

Il **64,7%** del totale risponde in maniera negativa (il 5,9% non indica nessuna delle due opzioni). La stessa prevalenza della negatività si rispecchia nei totali di ogni categoria professionale e nella divisione per sesso, tranne che per i medici uomini che si dividono equamente nelle due risposte.

In rapporto al totale del personale che ha denunciato ripercussioni sul lavoro, la maggior parte ha riferito di aver provato **difficoltà o calo di concentrazione verso l'utente aggressivo (73,3%)**. Attuando un'analisi per sesso, emerge che essa ha l'incidenza maggiore sia nelle donne (80%) che negli uomini (60%). Questo effetto ha il primato anche negli infermieri (66,7%), nei medici (100%) e negli operatori tecnici in parità con difficoltà o calo di concentrazione per il turno intero (100%), che sono le uniche due sequele riportate da questa categoria. Nel totale, è degna di nota anche la **delega delle mansioni verso l'utente aggressivo (46,7%)**. Il grafico 21 mostra in modo esaustivo la distribuzione delle sequele lavorative nel totale del campione.



Legenda= A: difficoltà o calo di concentrazione nelle cure all'utente aggressivo; B: delega delle proprie mansioni verso l'utente aggressivo; C: difficoltà/calo di concentrazione per l'intero turno; D: comportamento di evitamento con compromissione del lavoro; E: paura nell'assistere il paziente violento; F: richiesta aiuto nel gestire/assistere il paziente; G: atteggiamento circospetto verso il paziente

Grafico 21. Sequele lavorative nel totale del campione

Gli infermieri hanno denunciato almeno una volta tutte le conseguenze proposte.

Il 100% degli ausiliari aggiunge di aver attuato un comportamento circospetto verso il paziente.

Sia la paura che il comportamento di evitamento durante l'attuazione delle cure al paziente violento sono state provate una volta soltanto ed in entrambi i casi solo da un infermiere uomo. Nella distribuzione uomo-donna non vi sono altri dati degni di nota.

Molestie sessuali: sequele sul lavoro e psicologiche

I dati di chi ha subito molestie sessuali sono stati incrociati sia con le informazioni inerenti alle sequele sul lavoro che con quelle psicologiche.

Nella maggior parte dei casi emerge che la violenza in questione non è associata a sequele sul lavoro né a fenomeni di carattere psicologico. Infatti il **55,6%** del totale nega quelle lavorative, come il 66,7% della popolazione femminile che ne è stata protagonista. La situazione, però, si ribalta nel caso del campione maschile, dove il **66,7%** afferma di avere avuto sia delle sequele sul lavoro che psicologiche. Per quanto riguarda le conseguenze a carattere psicologico nel totale e nelle donne, queste toccano rispettivamente il 33,3% e il 16,7%, quindi la minoranza dei casi.

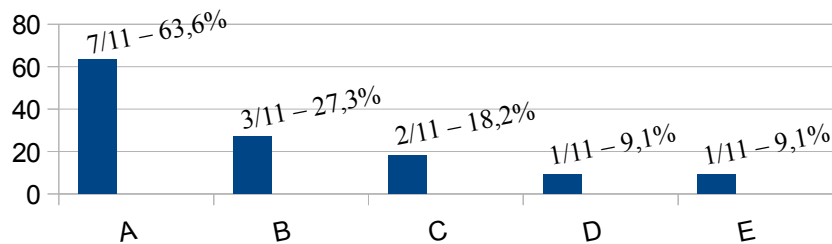
Nel dettaglio gli uomini che hanno denunciato sequele lavorative hanno provato in maniera equa difficoltà o dei **cali di concentrazione** sia **nell'attuare le cure verso l'utente aggressivo** sia **per l'intero turno**. Spostandoci sulle sequele psicologiche, il 66,7% degli uomini che ne ha subite lamenta **disappunto** per il fatto e il 33,3% **disgusto** per quanto avvenuto.

Richieste di aiuto

Per chi ha subito o visto qualsiasi forma di violenza, si è indagato se avesse richiesto qualche forma di aiuto. Si propongono al campione delle possibili scelte di persone alle quali ci si è rivolti (confronto con colleghi/superiori/altri professionisti del Pronto Soccorso, psicologi o psicoanalisti, famigliari), assieme alla possibilità di indicare altre figure.

Anche in questo caso risultano maggiori le risposte negative rispetto alle positive, sia nella totalità del campione (**68,6%**), che per gli uomini (66,7%) e per le donne (72,2%).

Il **63,3%** ha indicato il **confronto con i colleghi**, il 27,3% quello con un superiore, il 18,2% con un altro professionista, il 9,1% (infermiere uomo) afferma di essersi rivolto alle forze dell'ordine o ad un familiare (infermiere uomo) [grafico 22].



Legenda= A: confronto con i colleghi; B: confronto con i superiori; C: confronto con un altro professionista; D: forze dell'ordine; E: familiare

Grafico 22. Frequenza delle persone alle quali il campione ha chiesto aiuto (psicologi e psicanalisti con frequenza 0)

I medici si sono rivolti solamente ai colleghi (50%) e ad altri professionisti del Pronto Soccorso (50%). Gli infermieri, invece, hanno sentito la necessità di confronto maggiormente con i colleghi (66,7%) e con i superiori (33,3%).

3.4.4 Luoghi della violenza

Nell'indagine in questione sono stati inseriti come opzione tutti i luoghi fisici del Pronto Soccorso di Feltre e l'extraospedaliero in particolare riferimento agli interventi esterni in ambulanza.

È risultato che l'**extraospedaliera** è la sede a maggior rischio di aggressione (**44%**), seguono le **sale visita** e il **triage** (**42%**) [grafico 23 allegato 2].

Risulta che gli infermieri sono più esposti al **rischio di aggressione al triage (75%)** e nelle **sale visita (50%)**, luogo che è stato identificato anche dal 100% dei medici. Gli operatori tecnici, vista anche la loro mansione, riportano un **rischio dell'81,9% in extraospedaliero**, mentre è praticamente nullo nelle altre sedi. Le **stanze OBI** (Osservazione Breve Intensiva) sono state il luogo violenza per il 50% delle ausiliarie (anche queste presentano rischio molto basso nelle altre sedi).

3.4.5 Turni di rischio

Sono stati proposti, per semplicità di elaborazione dei dati, 3 turni: 6-14 (mattino), 14-22 (pomeriggio) e 22-6 (notte).

Il turno identificato all'unanimità dal totale come più a rischio (**54,7%**) è il pomeriggio. Quello meno rischioso risulta essere per tutte le categorie il mattino [allegato 2, grafico 24].

3.4.6 Autori delle violenze

Anche in questo caso sono state proposte delle alternative di scelta (paziente generico, con turbe psichiche, sotto effetto di alcool/droga, in stato confusionale, stanco di aspettare, familiare o persona significativa, estraneo) e la possibilità di aggiungere personalmente una o più categorie di persone violente.

I maggiori perpetratori risultano essere per il totale del campione i **pazienti in stato di ebbrezza/sotto effetto di stupefacenti (62%)**, seguiti dai famigliari o persone significative (54%). Minimo rischio deriva dalle persone estranee al paziente (8%) [grafico 25].

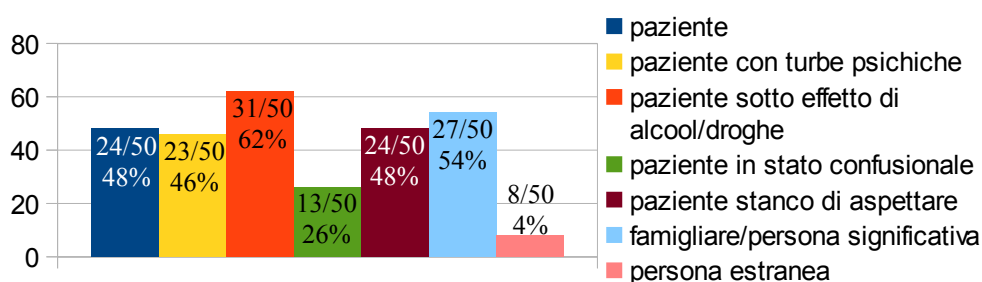


Grafico 25. Autore della violenza nel campione

Utenti in stato di ebbrezza o sotto effetto di stupefacenti (79,2%) e quelli stanchi di aspettare (66,7%) costituiscono il rischio maggiore per gli infermieri. Il pericolo delle altre classi di utenti è spalmato in maniera pressoché uniforme. Gli autisti hanno subito violenza soprattutto da pazienti in genere e sotto effetto di alcool/droghe (45,5%). Rischio non trascurabile deriva anche da pazienti con turbe psichiche o in stato confusionale (36,4%) e da utenti stanchi di aspettare e famigliari (27,3%). Nella categoria degli ausiliari spiccano i pazienti con turbe psichiche come autori delle violenze (50%), mentre le altre categorie hanno un rischio nettamente inferiore. I famigliari o persone significative (77,8%) e i pazienti con abuso di alcool/droghe (66,7%) sono il pericolo maggiore per i medici.

Le differenze uomo-donna non sono nette.

Autori delle violenze verbali-telefoniche

Nello specifico si è voluto andare ad analizzare chi fossero i perpetratori delle sole violenze verbali-telefoniche.

La maggior parte degli abusi subiti sono stati compiuti da un **famigliare o presunto tale**

che richiede informazioni su un utente (56,3%), seguiti poi dai pazienti stanchi di attendere l'ambulanza (25%). Minimo è il contributo dei media che richiedono notizie. Gli intervistati che hanno scelto l'opzione “altro” nel 6,2% dei fenomeni sono stati vittima di un familiare stanco di attendere l'ambulanza, nel 3,1% degli eventi di una persona estranea che richiede informazioni o di un utente che necessita dei chiarimenti o di un paziente a domicilio. Il 3,1% afferma che i perpetratori sono stati quelli indicati come risposta nella domanda 21, cioè pazienti con turbe psichiche, in stato di ebbrezza o sotto effetto di sostanze stupefacenti, in stato confusionale, stanchi di aspettare o un familiare/persona significativa* [grafico 26].

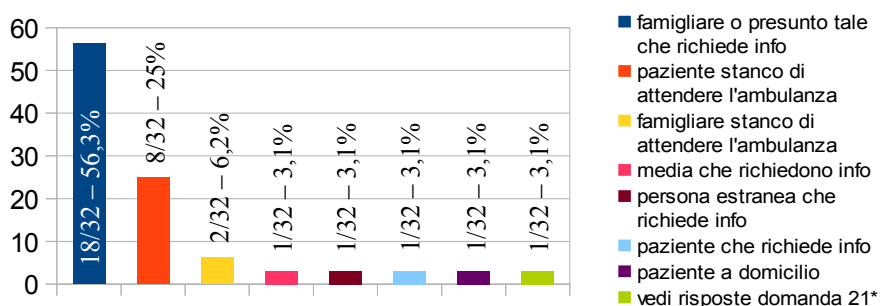


Grafico 26. Perpetratori delle violenze verbali-telefoniche

Analizzando i perpetratori per categoria professionale e per sesso, in tutti i casi i famigliari o presunti tali che richiedono informazioni risultano essere i maggiori autori.

3.4.7 Formazione del personale su come affrontare le violenze

E' emerso che la maggior parte del personale (66%) afferma di non aver avuto una formazione in materia, nonostante ben l'81,1% la ritenga utile.

3.4.8 Violenze e training

Nello studio effettuato si è andati inoltre a vedere come la formazione in materia incidesse sui fenomeni di violenza subiti.

Emerge che tutte le persone che non hanno riportato nessun episodio di violenza affermano di non essere state formate. Inoltre se si attua un confronto tra le incidenze di violenza tra chi ha avuto formazione e chi non la ha avuta, emerge che i primi hanno riportato percentuali maggiori rispetto ai secondi. Ciò avviene per tutti i fenomeni di violenza presi in considerazione dallo studio. Il grafico 27 in allegato 2 mostra i risultati in dettaglio.

CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati ottenuti dall'indagine in merito ai fenomeni di violenza, alla loro incidenza, ai luoghi di perpetrazione dei fatti, ai turni di rischio e agli autori degli abusi concordano con quanto riportato in letteratura. Risulta infatti che nel complesso gli uomini sono esposti ad un rischio maggiore rispetto alle donne, mentre per quanto riguarda nello specifico le molestie sessuali, fenomeno meno comune rispetto agli altri, è più esposto il sesso femminile. Stesso rischio nella divisione per sesso appare per le violenze fisiche⁴¹.

La violenza verbale è un fenomeno più frequente rispetto a quella fisica e l'essere insultato spicca come evento a maggior incidenza. Molto frequenti sono anche le imprecazioni, seguite dai comportamenti minacciosi. Per le molestie sessuali, notevole è il rischio di subire domande o parole a carattere sessuale non desiderate, mentre nei fenomeni fisici emergono sputi e spinte⁴².

In letteratura, nel periodo post-violenza, sono riportate delle conseguenze a carattere psicologico (anche se con pochi studi a livello internazionale), fisico ed organizzativo, anche tali da compromettere il coping e la mansione in modo significativo⁴³. Si afferma inoltre che gli infermieri di Pronto Soccorso a causa degli eventi inaspettati e non famigliari con i quali entrano in contatto, del luogo non routinario, del lavoro con una grande richiesta di concentrazione, attenzione ai dettagli e capacità di comunicazione⁴⁴, riportino una maggiore difficoltà di risposta agli eventi stressanti e di violenza rispetto ai colleghi operanti in contesti più routinari con conseguente aumento delle ripercussioni personali e lavorative, nonché del rischio di burnout. Questo fenomeno però, nello studio effettuato nel setting di Feltre, sembra non scalfire né gli infermieri né il personale in genere. Ciò può essere collegato al clima organizzativo favorevole e al livello di collaborazione ed aiuto reciproco⁴⁵ sottolineato dai vari professionisti; infatti quando è

41 Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heldari S, Salemi S, Mirzabeigi G. *Workplace violence and abuse against nurses in hospitals in Iran*. Asian Nursing Research, 2008, 2: 184-93; Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203; Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. *Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions*. Journal of Critical Nursing, 2010, 19: 2329-41

42 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. *Violence towards ED nurses by patients*. Accident Emergency Nursing, 2004, 12: 67-73

43 Lee F. *Violence in A&E: The role of training and self efficacy*. Nursing Standard, 2001, 15: 33-8; May DD, Grubbs LM. *The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of RNs in a regional medical center*. Journal of Emergency Nursing, 2002, 28: 11-7

44 Gates DM, Gillespie LG, Succop P. *Violence against nurses and its impact on stress and productivity*. Nursing Economics, March-April 2011, 29 (2): 59-66

45 Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. *Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions*. Journal of Critical Nursing, 2010, 19: 2329-41

stato chiesto che modalità avessero utilizzato per gestire il post-trauma molti hanno riportato di essersi rivolti ai colleghi per superare il momento di difficoltà. Tra le sequele a carattere psicologico rilevate, si denota una prevalenza piuttosto netta di disappunto e disgusto⁴⁶, mentre tra il personale che le ha subite in campo lavorativo emerge un rischio di rottura delle cure verso l'utente aggressivo⁴⁷.

Molti sono i fenomeni che avvengono in sede extraospedaliera, che costituisce perciò una preoccupazione ed è potenzialmente molto pericolosa⁴⁸. Il triage è invece il luogo dove avvengono la maggior parte dei fenomeni verso gli infermieri, soprattutto a carattere verbale a causa del fatto che vi avviene la prima interfaccia tra utente e servizi⁴⁹. Qui l'infermiere può essere considerato dalle persone in attesa come una sorta di “portiere” del Pronto Soccorso; deve controllare i tempi di attesa e spesso sopportare lo sfogo di ogni frustrazione. I fenomeni in questo luogo sono sempre più frequenti⁵⁰.

Nel contesto di studio va inoltre rilevato che nel periodo settembre 2014-settembre 2015 è stata presente la figura dell'assistente di sala con il compito principale della gestione delle attese. Questa figura può essere in un certo modo paragonata all'infermiere di triage, costituendo anche essa uno dei primi contatti che il paziente ha con il contesto ospedaliero. Tuttavia, a differenza del restante personale, si trovava a gestire principalmente solo uno dei fattori di rischio maggiori di violenza, cioè i tempi di attesa, eventualmente combinati con altri minori. Era però estranea al resto del processo di cure e alle problematiche ad esso correlate e ai restanti luoghi fisici considerati a maggior pericolo.

Il turno con maggior incidenza è quello pomeridiano con prevalenza di tutti i tipi di violenza⁵¹, ma il fenomeno è diffuso anche la notte, dove vi è il picco massimo delle violenze sessuali⁵². Il turno mattutino è quello in cui si hanno meno fenomeni di violenza.

L'alcool e le droghe sono alla base di un gran numero di episodi di aggressività in Pronto Soccorso, sia per quanto riguarda quelli compiuti da famigliari che da pazienti, poiché ne aumentano il rischio⁵³. L'alcool incita a comportamenti violenti e di abuso, nonché

46 Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203

47 Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17

48 James A, Madeley R, Dove A. *Violence and aggression in the Emergency Department*. Emergency Medicine Journal, 2006, 23: 431-4

49 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. *Violence towards ED nurses by patients*. Accident Emergency Nursing, 2004, 12: 67-73

50 IPASVI. *Si stanca di aspettare al Pronto Soccorso e picchia un infermiere*. InfermieriRete, 2011(a), 8: 2

51 Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. *Violence towards ED nurses by patients*. Accident Emergency Nursing, 2004, 12: 67-73

52 Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203

53 Brunetti L, Bambi S. *Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale*. Professioni Infermieristiche, Aprile-Giugno 2013, 66 (2): 109-16

minacciosi e imprevedibili, esagerati o inappropriati, intacca la capacità di elaborazione delle informazioni e quella di processare o ricordare anche le istruzioni base o come risolvere semplici problemi, indebolisce la capacità di giudizio e ha potere disinibitorio⁵⁴. Inoltre diminuisce la tolleranza nelle situazioni frustranti, sfociando così in una capacità di coping alterata.

L'alcool e le droghe, assieme ai tempi di attesa, sono viste come i tre fattori di rischio maggiori per le violenze⁵⁵. Inoltre molto spesso pazienti sotto effetto di queste sostanze sono accompagnati da persone nella loro stessa situazione, esacerbando così gli eventi. Gli utenti sotto effetto di droghe sono associati ad un aumento del rischio di violenza, però la correlazione non è così forte come nel caso di utenti in stato acuto di abuso di alcool⁵⁶. Si deve considerare però che ogni persona sottoposta ad una forma di stress può diventare violenta, anche in assenza di altri fattori precipitanti⁵⁷. Rischio notevole deriva anche da famigliari e amici.

Si segnala che nell'Unità Operativa presa in considerazione i fenomeni di violenza riportati dagli infermieri non sono superiori rispetto a quelli denunciati dal restante campione e che il rischio quindi non è prevalente in questa categoria professionale ma è equamente distribuito tra tutti i lavoratori.

La maggior parte del personale sanitario in questione afferma di non aver avuto formazione in merito. Alcuni autori sostengono che l'educazione all'argomento rapportata ai fenomeni di violenza subiti, ne abbia ridotto l'incidenza⁵⁸. Per chi ha frequentato dei corsi, tuttavia, non vi è stata una diminuzione dei fenomeni rispetto ai colleghi non partecipanti. Il beneficio dell'educazione in ambito della violenza rimane quindi dubbio⁵⁹. In riferimento alle tecniche comunicative usate come metodica di de-esclation dei fenomeni di violenza in altre realtà sanitarie, si è visto infatti che queste possono avere effetti opposti in questo luogo di cura a causa delle sue caratteristiche peculiari. Infatti in letteratura è riportato che le tecniche dell'ascolto attivo, dello stare seduti con il paziente discutendo delle sue problematiche e l'uso del silenzio possono tendere ad aumentare i

54 Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011

55 Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17

56 James A, Madeley R, Dove A. *Violence and aggression in the Emergency Department*. Emergency Medicine Journal, 2006, 23: 431-4

57 Keely BR. *Recognition and prevention of hospital violence*. Dimensions of Critical Care Nursing, November/ December 2002, 21 (6): 236-9

58 Lee F. *Violence in A&E: The role of training and self efficacy*. Nursing Standard, 2001, 15: 33-8

59 MacKinnon PS. *Emergency Department nurse's experience of violent act in the workplace*. Massachusetts, 2009

comportamenti aggressivi e addirittura a scatenarli⁶⁰.

4.1 Soluzioni al problema

In letteratura sono riportate molte soluzioni per prevenire, gestire ed arginare il problema nel contesto del Pronto Soccorso. Ogni autore propone delle idee o dei provvedimenti già attuati per il setting preciso preso in considerazione, sottolineando così la necessità di calare le soluzioni nel luogo di lavoro adattandole alle caratteristiche che gli sono proprie.

È possibile attuare una classificazione delle strategie:

- metodi di accertamento del rischio potenziale di violenza;
- sistemi di allarme e security;
- schede di segnalazione degli eventi.

4.1.1 Metodi di accertamento del rischio potenziale di violenza

Poiché il triage è il primo punto di contatto che il paziente ha con l'ente di cura, durante questo processo all'infermiere è richiesto di accertare anche il rischio di comportamenti violenti⁶¹. Egli ha infatti il difficile compito di determinare se la persona che ha davanti ha il potenziale di divenire violento e se così è, la probabilità che vi sia aggressione.

E' proprio in questo contesto che viene proposto il “Triage Violence Risk Assessment Chart” [figura 1], cioè una guida in tre steps (ABC) con lo scopo di provvedere ad un approccio sistematico per la valutazione del rischio di violenza al triage. E' composto da tre parti: indagine primaria, osservazione dei comportamenti (punto determinante) e l'ottenimento di un self-report dei sintomi da parte del paziente. Se un utente presenta due o più indicatori forniti dallo strumento, si deve considerare un rischio maggiore di violenza rispetto alla popolazione normale⁶².

60 Boyd M. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 2nd ed., Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2002; Whelan T. *The escalating trend of violence toward nurses*. *Journal of Emergency Nursing*, 2008, 34 (2): 130-3

61 Sands N. *An ABC approach to assessing the risk of violence at triage*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2007, 10: 107-9

62 Sands N. *An ABC approach to assessing the risk of violence at triage*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2007, 10: 107-9

A= ASSESSMENT (valutazione)	B= BEHAVIOURAL INDICATORS (indicatori comportamentali)	C= CONVERSATION (dialogo)
<u>Indagine primaria</u> 1. Apparenza 2. Stato medico attuale 3. Storia di malattie psichiatriche (storia di violenza) 4. Farmaci attuali 5. Orientamento (spazio, tempo, persona)	<u>Osservazione dei comportamenti</u> 1. Comportamento generale (intossicato, iperattivo, ansioso) 2. Irritabilità 3. Ostilità, rabbia 4. Impulsività 5. Irrequietezza, camminare avanti e indietro	<u>Self-report del paziente</u> 1. Ammette di avere un'arma 2. Ammette storia di violenza 3. Pensa a danneggiare gli altri 4. Pianifica di danneggiare gli altri 5. Minaccia di fare danni
INDICATORI FISIOLGICI DI AGGRESSIONE IMMINENTE		
1. Rossore della pelle 2. Pupille dilatate 3. Respiro rapido e superficiale 4. Sudorazione eccessiva	1. Agitazione 2. Sospetto 3. Danneggiamento personale 4. Collera (soprattutto bambini) 5. Intimidazione e violenze fisiche	1. Ammette uso o abuso di sostanze 2. Allucinazioni con voci che ordinano di danneggiare gli altri 3. Ammette rabbia estrema

Figura 1. Triage Violence Risk Assessment Chart (Sands, 2007)

Inoltre, in ripresa della progressione dei fenomeni di aggressività, sono disponibili in letteratura scale di sviluppo della violenza per gradi di intensità sempre maggiori⁶³ [figura 2]. Altra visione è quella che propone l'aggressione e la violenza come il culmine di un processo che si articola per steps [figura 3]. Proprio in relazione ai comportamenti pre-violenti con particolare attenzione per il setting del Pronto Soccorso, i segni di allerta e predittori di violenza possono essere identificati con il metodo così detto “STAMP Behaviour”⁶⁴ [figura 4].

63 Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011; Keely BR. *Recognition and prevention of hospital violence*. Dimensions of Critical Care Nursing, November/ December 2002, 21 (6): 236-9

64 Luck L, Jackson D, Usher K. *STAMP: components of observable behavior that indicate potential for patient violence in Emergency Departments*. Journal of Advanced Nursing, 2007, 18 (2), 8-17

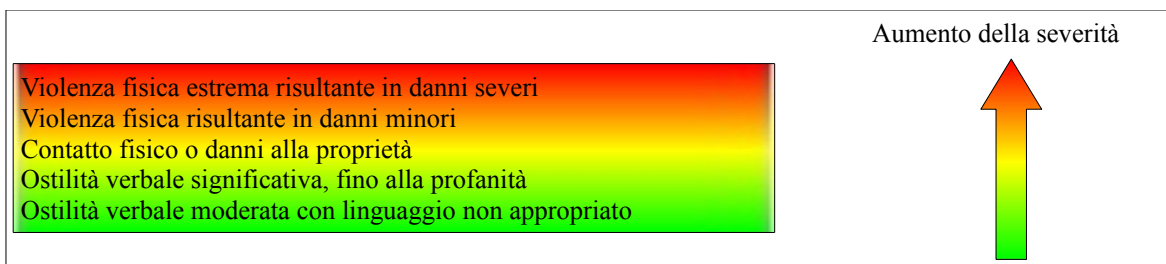


Figura 2. Progressione della violenza (Design Council, 2011)

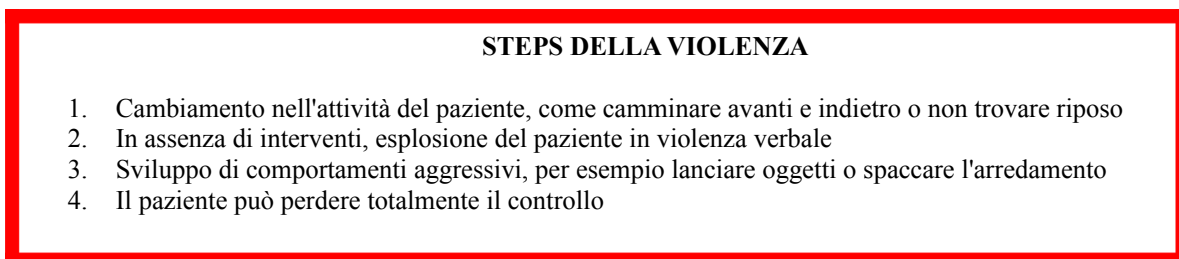


Figura 3. Steps della violenza (Keely, 2002)

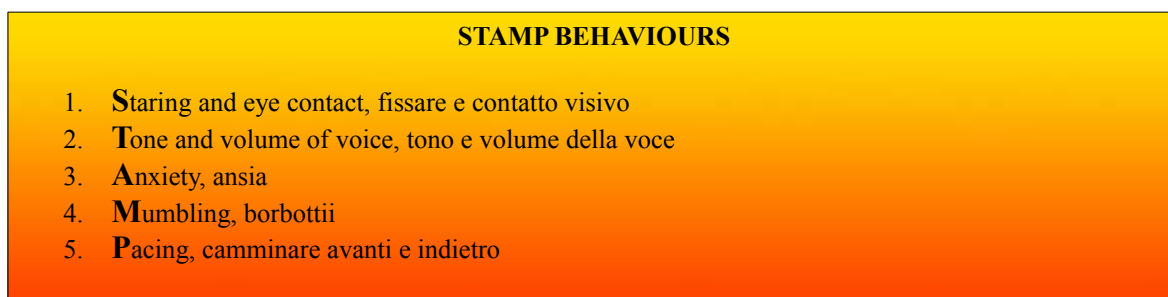


Figura 4. Stamp Behaviour (Luck et al, 2007)

Va rilevato che nel contesto di studio la logistica non aiuta l'adozione di queste strategie; infatti dalla postazione di triage l'infermiere vede l'ingresso del Pronto Soccorso e non è nelle condizioni di supervisionare in maniera ottimale la sala d'attesa e pertanto non è in grado di monitorare i comportamenti dell'utenza. Questo controllo viene eseguito soltanto durante la periodica rivalutazione del codice colore attribuito dal triagista ai pazienti in attesa, ma lascia scoperto il periodo che intercorre fra queste. In questo riconoscimento era di notevole aiuto la figura dell'assistente di sala, stata presente nel Pronto Soccorso feltrino nel periodo sopracitato, che tuttavia non era però operativa durante i fine settimana, indicati in letteratura come periodi della settimana a maggior rischio⁶⁵ (in questo studio non è stato sondato il periodo della settimana identificato come più a rischio).

65 Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. *Violence towards nurses in the Triage Area*. Scenario, 2013, 30 (4), 4-10

4.1.2 Sistemi di allarme e security

Vengono proposte altre molteplici soluzioni, solo alcune delle quali condivise da più autori, come per esempio l'impiego di personale della security⁶⁶ presente a tempo pieno fisicamente a controllo delle eventuali situazioni di pericolo, sia come deterrente che come soluzione ad esse. Nell'ospedale di Feltre non esiste un posto interno delle Forze dell'Ordine, né un sistema di security con agenti presenti fisicamente. Si sottolinea inoltre che non vi è nessuna linea diretta con i rappresentanti della legge e che il tutto segue le normali vie di comunicazione. Dato l'apparente insuccesso dei corsi di formazione sul personale, la prevenzione e la gestione dei fenomeni di violenza dovrebbero avvenire tramite soluzioni alternative che tutelino sia il personale che qui lavora che l'utenza presente nel luogo di cura. Notevole aiuto potrebbe derivare da un supporto maggiore da parte delle Forze dell'Ordine, anche con l'implementazione dei sistemi comunicativi o con accessi randomizzati di queste nei luoghi di cura.

Anche il design del luogo di lavoro sembra influire sul risk management, per esempio con uso di vetri di protezione al triage, video monitor, metal detector e con allarmi o bottoni anti-panico⁶⁷. Le prime due soluzioni sono state adottate dal Pronto Soccorso in questione.

4.1.3 Schede di segnalazione

La segnalazione degli incidenti e dei pazienti violenti tramite apposite schede è un punto fondamentale per affrontare il fenomeno. In questo modo è infatti possibile quantificare l'entità del fenomeno e i fattori di rischio, identificare quali giorni della settimana siano a maggior pericolo al fine di ipotizzare soluzioni calate nel contesto preciso e prevenire nuove aggressioni per riaccessi di quei pazienti al Pronto Soccorso.

Poiché gli eventi violenti risultano essere una problematica di rilievo nell'Unità Operativa studiata, si vede la necessità di nuove indagini soprattutto per l'adozione di una scheda di segnalazione degli eventi violenti a carico del personale, in modo da far emergere il problema. In letteratura sono disponibili schede di segnalazione degli eventi semplici e veloci da compilare, come quella adottata dall'Azienda Ospedaliera di Perugia⁶⁸ [figura 5].

66 Emergency Nurses Association. *Emergency Nurses Association position statement: violence in the Emergency care setting*. Des Plaines (IL), The Association, 2006

67 May DD, Grubbs LM. *The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of RNs in a regional medical center*. *Journal of Emergency Nursing*, 2002, 28: 11-7; Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. *Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions*. *Journal of Critical Nursing*, 2010, 19: 2329-41

68 Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. *Violence towards nurses in the Triage Area*. *Scenario*, 2013, 30 (4), 4-10

Essa è composta da 16 items che prevedono la registrazione di: data, ora e numero progressivo di accesso dell'assistito, giorno della settimana, tipologia di aggressione, codice di priorità assegnato, aggressore, durata dell'attesa in sala d'aspetto, effetto sulla sala d'attesa, operatore segnalatore, tempo di manifestazione del problema per l'utente e contatti precedenti con il Medico di Base, area di attesa assegnata, esito, assistito psichiatrico, note libere. I dati ottenuti dalla scheda inerenti agli episodi violenti vengono poi integrati con il sistema informatico in uso per i dati clinici del paziente e le schede del personale usate per la descrizione del campione.

Unico possibile deterrente alla compilazione di questa scheda può essere il carattere non anonimo dello strumento. Si ricorda inoltre che questa scheda è stata studiata per un Pronto Soccorso con caratteristiche diverse rispetto a quello di Feltre e che quindi costituisce solamente uno spunto di riflessione.

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

Figura 5. Scheda di registro Aggressioni. Registrazione dell'accaduto tramite compilazione della scheda apposita (Ramacciati et al, 2013)

BIBLIOGRAFIA

1. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G et al. *Experience of workplace violence during medical specialty training in Turkey*. Occupational Medicine, 2008, 58: 361-6.
2. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. *Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait*. International Journal of Nursing Studies, 2002, 39: 469-78.
3. Alberta Health and Wellness. *Abuse in the workplace: a program development guide for health care organization*. Edmonton, Alberta (Canada), Alberta Health and Wellness, 2000.
4. Almvik R, Woods P. *Short term risk prediction: the Broset violence checklist*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003, 10: 231-8.
5. American Association of Colleges of Nursing. *Position statement. Violence as a public health problem*. Journal of Professional Nursing, 2000, 16: 63-9.
6. Anderson C, Parish M. *Report of workplace violence by Hispanic nurses*. Journal of Transcultural Nursing, 2003, 14: 237-43.
7. Appelbaum PS. *Violence and mental disorders: Data and public policy*. The American Journal of Psychiatry, 2006, 163 (8): 1319-21.
8. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. *Violence against general practitioners in Turkey*. Journal of Interpersonal Violence, 2010, 24: 1980-95.
9. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. *Identification of violence in Turkish health care setting*. Journal of Interpersonal Violence, 2006, 21: 276-98.
10. Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007: 535-541.
11. Boyd M. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 2nd ed., Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2002.
12. Brunetti L, Bambi S. *Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale*. Professioni Infermieristiche, Aprile-Giugno 2013, 66 (2): 109-16.

13. Bureau of Labor Statistics. *National census of fatal occupational injuries, 1993-2002*. Washington, DC: US Department of Labor, 2002.
14. Catlette M. *A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers*. Journal of Emergency Nursing, 2005, 31: 519-25.
15. Cooper C, Swanson N. *Forthcoming working paper: Workplace violence in the health sector- State of the art*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002.
16. Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Walker S, Sinclair J. *Dealing with violent and aggressive patients: At what cost to nurses?*. Irish Journal of Psychologic Medicine, 2002, 19 (4): 121-4.
17. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. *Violence towards ED nurses by patients*. Accident Emergency Nursing, 2004, 12: 67-73.
18. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. *Violence against emergency nurses*. Journal of emergency nursing, 2000, 26: 105-11.
19. De Simone L. *La violenza verso gli operatori del Pronto Soccorso*. L'infermiere, IPASVI, 2011, 4.
20. Deans C. *The effectiveness of a training program for Emergency Department nurses in managing violent situations*. Australian Journal of Advanced Nurses, 2004, 21 (4): 17-22.
21. Design Council working in partnership with the Department of Health. *Reducing violence and aggression in A&E. Through a better experience*. London, 2011.
22. Di Martino, V. *Workplace violence in the health sector and country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study), synthesis report*. Geneva, Switzerland: ILO, WHO, ICN and PSI, ISBN 922-113441-5, 2002.
23. Dragon N. *Pressure rising against violence*. Australian Nursing Journal, 2006, 14 (5): 21-4.
24. Drummond D, Sparr F, Gordon G. *Hospital violence reduction among high-risk patients*. The Journal of American Medical Association, 1989, 261 (17): 2531-4.

25. Echternacht M. *Potential for violence toward psychiatric nursing students: Risk reduction techniques*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1999, 37: 36-9.
26. Emergency Nurses Association. *Emergency Nurses Association position statement: violence in the Emergency care setting*. Des Plaines (IL), The Association, 2006.
27. Erickson L, Williams-Evans SA. *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults*. Journal of Emergency Nursing, 2000, 26 (3): 210-5.
28. Eslamian J, Fard SH, Tavalok K, Yazdani M. *The effect of Angers management by nursing staff on violence rate against the in the emergency unit*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2010, 15 (Special Issue): 337-42.
29. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. L'infermiere, IPASVI, 2012, 4.
30. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. *Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study*. Journal o Advanced Nursing, 2006, 55: 778-87.
31. Farrell GA. *Aggression in clinical settings: nurses' views- a follow-up study*. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29: 532-41.
32. Fernandes CMB, Bouthilette FM, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C, Way M. *Violence in the Emergency Department: A survey of health care workers*. Canadian Medical Association Journal, 1999, 161 (10): 1245-8.
33. Ferns T. *Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and ED*. Accident Emergency Nursing, 2005, 13: 238-46.
34. Ferns T. *Violence in the accident and ED: An international perspective*. Accident and Emergency Nursing, 2005, 13: 180-5.
35. Frontier Economics Ltd. *Reducing violence and aggression in A&E: Through a better experience. An impact evaluation for the design council*. London, November 2013.
36. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L. *Violence against nurses working in US Emergency Departments*. The journal of Nursing Administration, 2009, 39 (7/8): 340-9.

37. Gamble C, Brennan G. *Working with serious mental illness: A handbook for practitioners*. Philadelphia: Baillere Tindell, 2000.
38. Gates DM, Gillespie LG, Succop P. *Violence against nurses and its impact on stress and productivity*. *Nursing Economics*, March-April 2011, 29 (2): 59-66.
39. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD, Jurek A. *Risk factors for work-related assaults on nurses*. *Epidemiology*, September 2005, 16 (5): 704-9.
40. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. *Occupational Environment Medicine*, 2004, 61: 495-503.
41. Gilchrist H, Jones SC, Barrie L. *Experiences of Emergency Department staff: Alcohol related and other violence and aggression*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2011, 14 (1): 9-16.
42. Gillespie M, Melby V. *Burnout among nursing staff in Accident and Emergency and acute medicine: a comparative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 2003, 12: 842-51.
43. Gulrajani RP. *Physical environmental factors affecting patients' stress in the Accident and Emergency Department*. *Accident Emergency Nursing*, 1995, 3 (1): 22-7.
44. Happel B, Summers M, Pinikahana J. *Measuring the effectiveness of the National Mental Health Triage Scale in an Emergency Department*. *International Journal of Mental Health Nurse*, 2003, 12 (4): 288-94.
45. Happel B, Summers M, Pinikahana J. *The triage of psychiatric patients in the hospital Emergency Department: A comparison between Emergency Department nurses and psychiatric nurse consultant*. *Accident Emergency Nursing* 2002, 10 (2): 65-71.
46. Harulow S. *Ending the silence on violence*. *Australian Nursing Journal*, 2000, 7 (10), 26-9.
47. Hilliar K. *Police-recorded assaults on hospital premises in New South Wales: 1996-2006*. *Criminal Justice Bulletin*, 2008, 116: 1-12.

48. Hislop E, Melby V. *The lived experience of violence in Accident and Emergency*. *Accident and Emergency Nursing*, 2003, 11, (1): 5-11.
49. Hodge AN, Marshall AP. *Violence and aggression in the Emergency Department: A critical care perspective*. *Australian Critical Care*, 2007, 20: 61-7.
50. Hodge AN, Marshall AP. *Violence and aggression in the Emergency Department: A critical care perspective*. *Australian Critical Care*, 2007, 20: 61-7.
51. Hurlebaus A, Link S. *The effects of an aggressive behavior management program on nurses level of knowledge, confidence and safety*. *Journal of Nursing Staff Development*, 1997, 13: 260-5.
52. IPASVI. *Si stanca di aspettare al Pronto Soccorso e picchia un infermiere*. *InfermieriRete*, 2011(a), 8: 2.
53. IPASVI. *Ancora un infermiere aggredito al Pronto Soccorso*. IPASVI, 2011(b). Consultato il 12 settembre 2015, disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/attualita/ancora-un-infermiere-aggredito-al-pronto-soccorso-id225.htm>.
54. Jackson D, Clare J, Mannix J. *Who would want to be a nurse? Violence in the workplace- a factor in recruitment and retention*. *Journal of Nursing Management*, 2002, 10: 13-20.
55. James A, Madeley R, Dove A. *Violence and aggression in the Emergency Department*. *Emergency Medicine Journal*, 2006, 23: 431-4.
56. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM. *Violence and verbal abuse against staff in Accident and Emergency Departments: A survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland*. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 1998, 15 (4), 262-5.
57. Jones J, Lyneham J. *Violence: part of the job for Australian nurses?* *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2001, 4: 10-4.
58. Joubert E, Du Randi A e Van Wyk N. *Verbal abuse of nurses by physicians in a private sector setting*. *Curationis*, 2005, 28: 39-46.
59. Kao LW, Moore GP. *The violent patient: clinical management, use of physical and chemical restraints, and medico-legal concerns*. *Emergency Medicine Practice*, 1999, 1 (6): 1-24.

60. Keely BR. *Recognition and prevention of hospital violence*. Dimension of Critical Care Nursing, 2002, 21 (6): 236-41.
61. Keely BR. *Recognition and prevention of hospital violence*. Dimensions of Critical Care Nursing, November/ December 2002, 21 (6): 236-9.
62. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. *Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan*. Annals of Emergency Medicine 2005, 46: 142-7.
63. Kwok RP, Law YK, Li KE et al. *Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong*. Hong Kong Medical Journal, 2006, 12 (1): 6-9.
64. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. *Violence in the ED: A literature review*. Australasian Emergency Nursing Journal, 2004, 7: 27-37.
65. Lee F. *Violence in A&E: The role of training and self efficacy*. Nursing Standard, 2001, 15: 33-8.
66. Levin PF, Hewitt B, Misner T. *Insights of nurses about assaults in hospital- based Emergency Departments*. Image: Journal of Nursing Scholarship, 1998, 30: 249-54,
67. Lin YH, Liu HE. *The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan*. International Journal of Nursing Studies, 2005, 42: 773-8.
68. Lipscomb J, Silverstein B, Slavin T, Coccy E, Jenkins L. *Perspective on legal strategies to prevent workplace violence*. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 2003, 30: 166-72.
69. Luck L, Jackson D, Usher K. *STAMP: components of observable behavior that indicate potential for patient violence in Emergency Departments*. Journal of Advanced Nursing, 2007, 18 (2), 8-17.
70. Lynch J, Appelboam R, McQuillan PJ. *Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff*. Anaesthesia, 2003, 58: 893-8.
71. Lyneham J. *Workplace violence in New South Wales EDs*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2000, 18 (2): 8-17.
72. MacKinnon PS. *Emergency Department nurse's experience of violent act in the workplace*. Massachusetts, 2009.

73. Mahoney BS. *The extent, nature and response to victimization of Emergency nurse in Pennsylvania*. Journal of Emergency Nursing, 1991, 17 (5): 282-94.
74. May DD, Grubbs LM. *The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of RNs in a regional medical center*. Journal of Emergency Nursing, 2002, 28: 11-7.
75. Mayhew C, Chappel D. *Violence in the workplace*. Medical Journal of Australia, 2005, 183: 346-7.
76. McIntyre M. *The workplace environment*. In: McIntyre M, Thomlinson E, editors. Realities of Canadian nursing, professional practice and power issues. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 304-21.
77. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. *A survey of threats and violent behavior by patients against registered nurses in their first year of practice*. International Journal of Mental Health Nursing, March 2003, 12 (1): 56-63.
78. McPhaul KM, Lipscomb JA. *Workplace violence in health care: recognized but not regulated*. The Online Journal of Issues Nursing, 2004, 9, Retrieved August 10, 2015, from <http://www.nursingworld.org/ojin/>.
79. Menckel E, Vitasara E. *Threats and violence in Swedish care and welfare-magnitude of the problem and impact on municipal personnel*. Scandinavian Journal of Caring Science, 2002, 16: 376-85.
80. Mercer Ray M. *The Dark Side of the Job: violence in the Emergency Department*. Emergency Nursing Association, 2007, 33: 257-61.
81. Ministero dell'Interno Italiano. *Molestie sessuali sui luoghi di lavoro: che cos'è-codice di condotta*. Disponibile al sito www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stamp_a/notizie/pa_ri_opportunita/app_notizia_19060.html. Consultato il 14 settembre 2015.
82. Ministero della Salute Italiano, <http://www.salute.gov.it>, consultato il 12.09.2015.
83. Nachreiner NM, Gerberich SG, McGovern PM, Church TP, Hansen HE, Geisser MS et al. *Impact of training on work-related assault*. Research in Nursing & Health, 2005, 28: 67-78.

84. National Committee on Violence. *Violence in Australia*. Australian Institute of Criminology, Author, Canberra, 1989.
85. National Occupational Health and Safety Commission of Australia. *Program One Report: Occupational violence*. Meeting of NOSCH, March 1999.
86. NSW Department of Health. *Zero tolerance: Policy and Framework Guidelines*. North Sydney: NSW Department of Health, 2003.
87. Opie T, Lenthall S, Dollard M, Wakerman J, MacLeod M, Knight S, Dunn S, Rickard G. *Trends in workplace violence in the remote area nursing workforce*. Australian Journal of Advanced Nursing, 2010, 27 (4): 18-23.
88. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. *Patient-related violence against Emergency Department nurses*. Nursing and Health Sciences, 2010, 12: 268-74.
89. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. *Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study*. International Emergency Nursing, 2011, 19: 12-9.
90. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. *Violence towards nurses in the Triage Area*. Scenario, 2013, 30 (4), 4-10.
91. Ramacciati N, Ceccagnoli A. *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo*. Scenario, 2012, 29 (2): 32-8.
92. Reeve MM, Lyon DS. *Emergency Room communication issues: Dealing with crisis*. Topics in Emergency Medicine, 2002, 24 (4): 62-6.
93. Rippon TJ. *Aggression and violence in health care professions*. Journal of advanced nursing, 2000, 31, 452-60.
94. Rose M. *A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department*. Journal of Emergency Nursing, 1997, 23 (3), 214-9.
95. Sands N. *An ABC approach to assessing the risk of violence at triage*. Australasian Emergency Nursing Journal, 2007, 10: 107-9.
96. Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heldari S, Salemi S, Mirzabeigi G. *Workplace violence and abuse against nurses in hospitals in Iran*. Asian Nursing Research, 2008, 2: 184-93.
97. Sweet V. *Violence in the Emergency Department: California's response to tragedy...the death of Deborah Burke*. Journal of Emergency Nursing, 1991, 17 (5): 273-4.

98. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. *A survey of violence against staff working in the Emergency Department in Ankara, Turkey*. Asian Nursing Research, 2011, 5: 197-203.
99. Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. *Incidence and related factors of violence in Emergency Departments- A study of nurses in Southern Taiwan*. Journal of the Formosal Medical Association, 2007, 106 (9): 748-58.
100. United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012). *Workplace Violence*. Data di accesso 12 settembre 2015 da <http://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/>.
101. Varcoe C. *Staring, tone of voice, anxiety, mumbling, and pacing in the ED were cues for violence towards nurses*. Evidence-based Nursing, 2008, 11: 29.
102. Wassall TJ. *Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review*. Safety Science, 2009, 47: 1049-55.
103. Whelan T. *The escalating trend of violence toward nurses*. Journal of Emergency Nursing, 2008, 34 (2): 130-3.
104. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. *Violence to staff in a general hospital setting*. Journal of Advanced Nursing, 1996, 24: 326-33.
105. Yassi A. *Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital*. Canadian Medical Association Journal, 1994, 151: 1273-9.
106. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. *Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions*. Journal of Critical Nursing, 2010, 19: 2329-41.

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL PERSONALE

1) ETA' _____

2) SESSO F M

3) LIVELLO DI ISTRUZIONE

diploma di scuola superiore

diploma di scuola regionale

laurea di primo livello

laurea specialistica

altro (specificare)_____

4) QUALIFICA

ausiliario specializzato

infermiere

medico

operatore tecnico specializzato

altro (specificare)_____

5) DA QUANTI ANNI ESERCITA LA SUA PROFESSIONE?

0-5

6-10

11-15

16-20

20-30

>= 31

6) QUANTI ANNI HA LAVORATO IN PRONTO SOCCORSO?

0-5

6-10

11-15

16-20

20-30

>= 31

7) E' MAI STATO VITTIMA DI VIOLENZA FISICA/VERBALE/VERBALE TELEFONICA O DI MOLESTIE SESSUALI DA PARTE DELL'UTENZA SUL LUOGO DI LAVORO (PRONTO SOCCORSO FELTRE)? (per le violenze in dettaglio si veda domanda successiva)

■Violenza fisica (es calci, spinte, schiaffi, pugni, graffi, pizzicotti, lancio di oggetti, sputi, ecc), numero di volte: mai 1-3 4-9 10-15 >15

■Violenza verbale (es urla contro la propria persona, offese, insulti, minacce, ecc), numero di volte: mai 1-3 4-9 10-15 >15

■Violenza verbale- telefonica (es insulti, minacce, ecc), numero di volte:

mai 1-3 4-9 10-15 >15

13) IL/I FENOMENO/I DI AGGRESSIONE A SUO CARICO O DI CUI E' STATO TESTIMONE, HA/HANNO AVUTO RIPERCUSSIONI PSICOLOGICHE SU DI LEI (si veda domanda successiva per la descrizione) Sì No

14) SE SI', COME DESCRIVEREBBE QUESTA SENSAZIONE (sono possibili più risposte)

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> abbattimento | <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> bassa autostima | <input type="checkbox"/> colpevolezza |
| <input type="checkbox"/> disappunto | <input type="checkbox"/> disgusto | <input type="checkbox"/> disperazione | <input type="checkbox"/> fallimento |
| <input type="checkbox"/> senso di impotenza | <input type="checkbox"/> tristezza | <input type="checkbox"/> odio | <input type="checkbox"/> paura |
| <input type="checkbox"/> sfiducia verso le proprie competenze professionali | | | <input type="checkbox"/> rabbia |
| <input type="checkbox"/> stupore | <input type="checkbox"/> altro (specificare)_____ | | |

15) IL FENOMENO DI VIOLENZA HA AVUTO RIPERCUSSIONI SUL SUO LAVORO IN TERMINI DI QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE O DI CONCENTRAZIONE? Sì No

16) IN PARTICOLARE HA SCATENATO (sono possibili più risposte):

- difficoltà/calo di concentrazione nelle cure verso l'utente aggressivo
- difficoltà/calo di concentrazione per l'intero turno
- comportamento di evitamento tale da compromettere l'esecuzione delle proprie mansioni
- delega delle proprie mansioni verso l'utente ad un collega
- paura nell'attuare l'assistenza all'utente
- altro (specificare)_____

17) HA SENTITO LA NECESSITA' DI RICORRERE A QUALCHE FORMA DI AIUTO A SEGUITO DELL'EPISODIO/DEGLI EPISODI? Sì No

18) SE SI', DA CHI (sono possibili più risposte)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> confronto con i colleghi | <input type="checkbox"/> confronto con un superiore |
| <input type="checkbox"/> confronto con un altro professionista del Pronto Soccorso | |
| <input type="checkbox"/> psicologi/psicanalisti | <input type="checkbox"/> famigliari |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare)_____ | |

19) DOVE E' AVVENUTO IL FENOMENO DI VIOLENZA (sono possibili più risposte)?

- sala attesa esterna triage post-triage sale visita
 stanze OBI extra ospedaliera (es durante un soccorso in ambulanza)
 altro (specificare) _____

20) SE DOVESSE IDENTIFICARE UN TURNO DOVE AVVENGONO LA MAGGIOR PARTE DEI FENOMENI DI VIOLENZA, QUALE INDICHEREBBE (sono possibili più risposte)? 6-14 14-22 22-06

21) CHI HA PERPETRATO LA VIOLENZA A SUO CARICO (sono possibili più risposte)

- paziente paziente con turbe psichiche
 paziente in stato di ebbrezza/ sotto effetto di sostanze stupefacenti
 paziente in stato confusionale paziente stanco di aspettare
 familiare o persona significativa per il paziente persona estranea al paziente
 altro (specificare) _____

22) IN SPECIFICO RIFERIMENTO ALLE VIOLENZE VERBALI-TELEFONICHE EVENTUALMENTE SUBITE, CHI NE E' STATO L'AUTORE (sono possibili più risposte)

- paziente stanco di attendere l'ambulanza
 familiare o presunto tale che chiede informazioni su un utente
 media che richiedono informazioni
 altro (specificare) _____

23) HA MAI FATTO CORSI SU COME AFFRONTARE I FENOMENI DI VIOLENZA O LE OFFESE VERBALI? Sì No

24) IN RIFERIMENTO ALLA DOMANDA PRECEDENTE, LI RITERREBBE UTILI? Sì No

ALLEGATO 2: GRAFICI

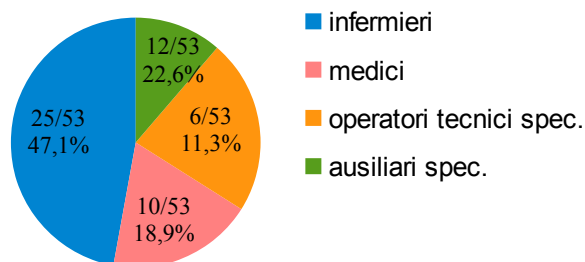
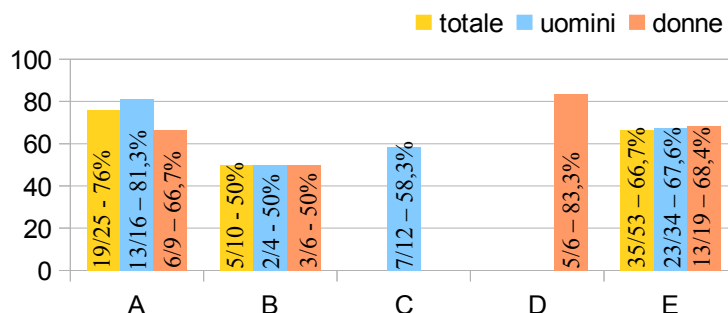
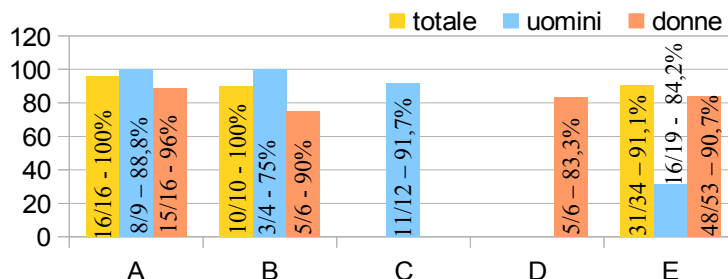


Grafico 1. Suddivisione del campione per categoria



Legenda= A: infermieri; B: medici; C: operatori tecnici specializzati; D: ausiliari specializzati; E: totale
Grafico 4. Persone che hanno subito almeno una volta violenza fisica



Legenda= A: infermieri; B: medici; C: operatori tecnici specializzati; D: ausiliari specializzati; E: totale
Grafico 7. Persone che hanno subito almeno una volta violenza verbale

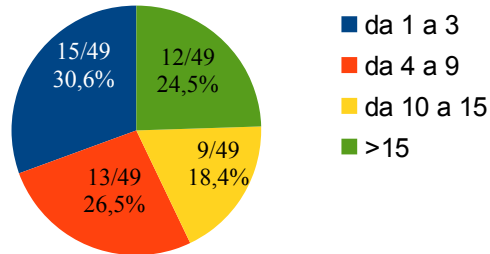


Grafico 8. Distribuzione della frequenza delle violenze verbali

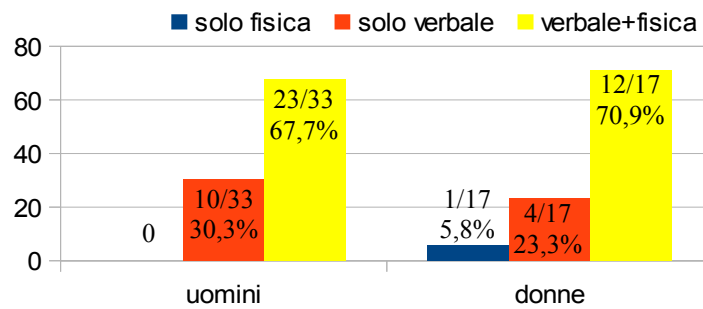
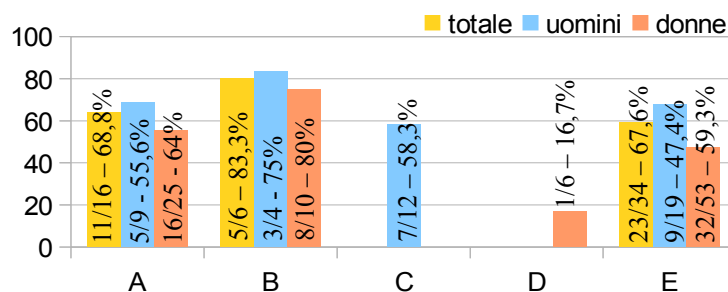


Grafico 10. Studio sulla correlazione della violenza fisica e verbale (percentuali su chi ha subito almeno una volta violenza)



Legenda= A: infermieri; B: medici; C: operatori tecnici specializzati; D: ausiliari specializzati; E: totale
Grafico 11. Persone che hanno subito almeno una volta violenza verbale-telefonica

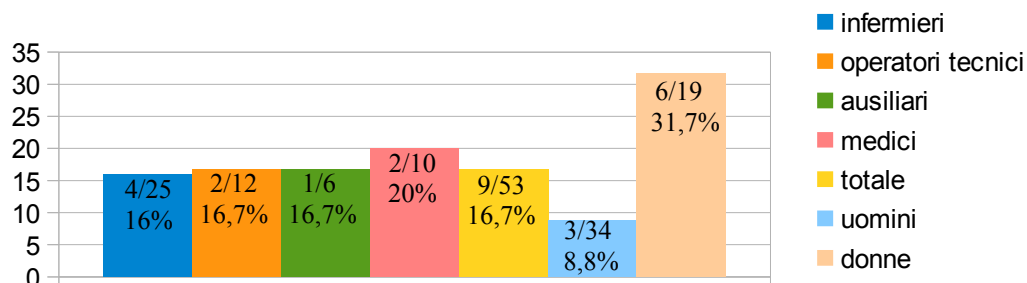


Grafico 13. Personale che ha subito molestie sessuali

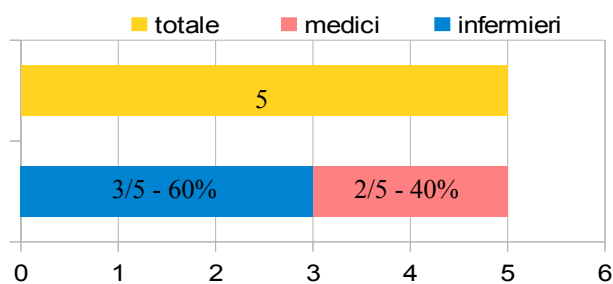


Grafico 14. Distribuzione delle conseguenze fisiche per categoria

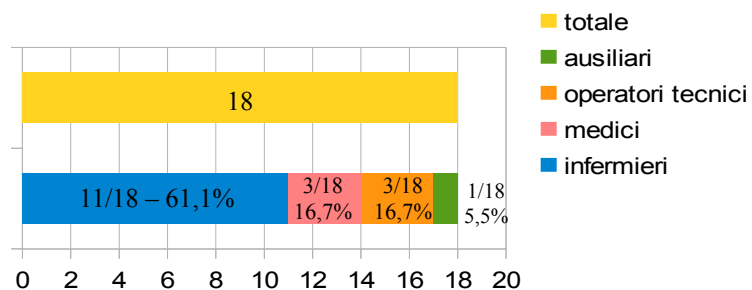


Grafico 15. Distribuzione delle sequele psicologiche per categoria professionale

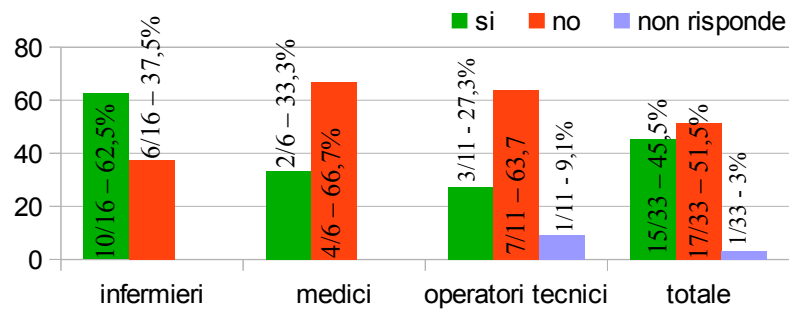


Grafico 16. Sequele psicologiche per categoria nel sesso maschile (in base alle persone che hanno visto e/o subito violenza)

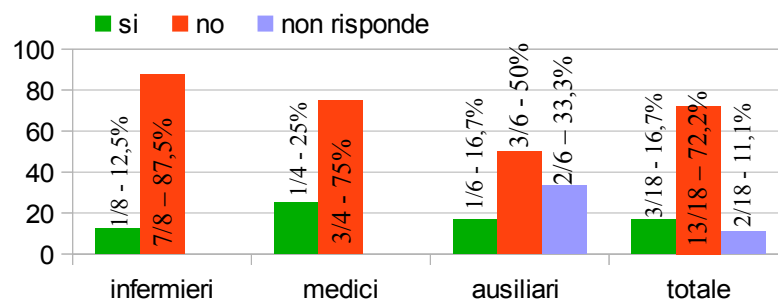


Grafico 17. Sequele psicologiche per categoria nel sesso femminile (in base alle persone che hanno visto e/o subito violenza)

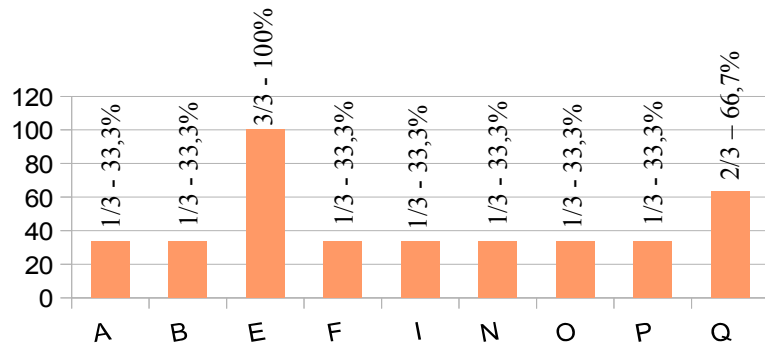


Grafico 19. Sequele psicologiche post-violenza nelle donne

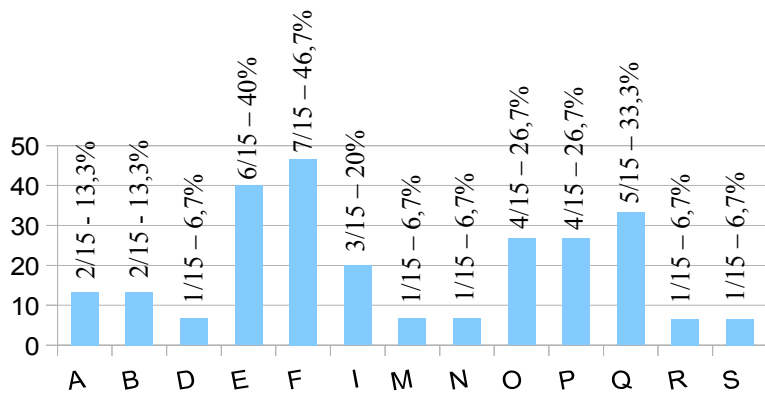
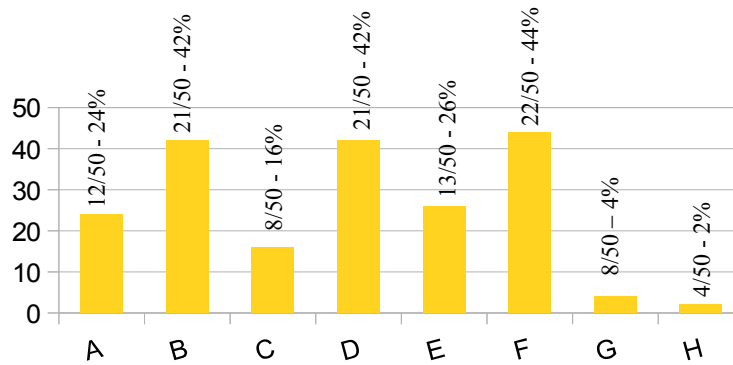


Grafico 20. Sequele psicologiche post-violenza negli uomini

Legenda= A: abbattimento; B: ansia; C: bassa autostima; D: colpevolezza; E: disappunto; F: disgusto; G: disperazione; H: fallimento; I: senso di impotenza; L: odio; M: sfiducia verso le proprie competenze professionali; N: paura; O: rabbia; P: stupore; Q: tristezza; R: amarezza; S: non sentirsi tutelato



Legenda= A: sala d'attesa; B: triage; C: post-triage; D: sale visita; E: stanze OBI (Osservazione Breve Intensiva); F: extraospedaliera; G: casa del paziente; H: posto di lavoro

Grafico 23. Aree di rischio per il personale (in base alle persone che hanno visto e/o subito violenza)

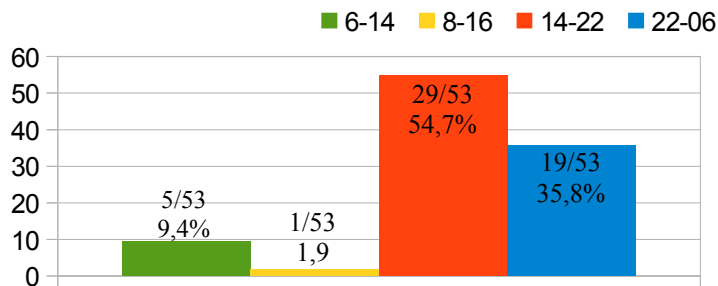


Grafico 24. Turni di rischio secondo il personale

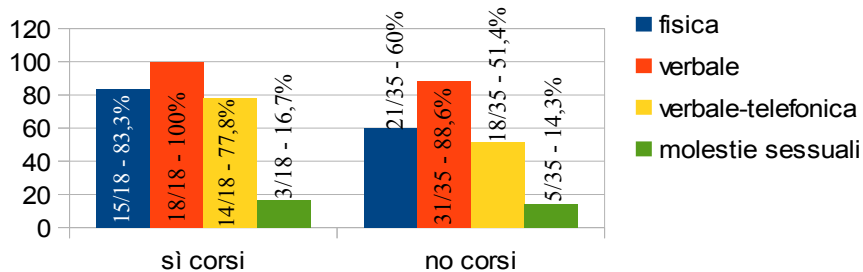


Grafico 27. Confronto dell'incidenza delle violenze tra chi ha fatto corsi sulla gestione del fenomeno e chi non vi ha partecipato ("sì corsi": percentuali calcolate in base a chi ha fatto corsi; "no corsi": percentuali calcolate in base a chi non ha fatto corsi)

ALLEGATO 3

	altro																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S
Totale del campione	3	3	0	1	9	8	0	0	4	0	1	2	5	5	7	1	1
	sì	sì	no	sì	sì	sì	no	no	sì	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
	Tipologie di sequele psicologiche																13
Infermieri	2	2	0	1	3	4	0	0	1	0	1	1	2	2	4	1	1
	sì	sì	no	sì	sì	sì	no	no	sì	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
	Tipologie di sequele psicologiche																13
	Percentuale sui fenomeni totali																100%
Operatori Tecnici	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0
	no	no	no	no	sì	sì	no	no	sì	no	no	no	no	sì	sì	no	no
	Tipologie di sequele psicologiche																5
	Percentuale sui fenomeni totali																38,4%
Ausiliarie	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	no	no	no	no	sì	no	no	no	sì	no	no	no	no	no	no	no	no
	Tipologie di sequele psicologiche																2
	Percentuale sui fenomeni totali																15,4%
Medici	1	1	0	0	3	2	0	0	1	0	0	1	3	2	1	0	0
	sì	sì	no	no	sì	sì	no	no	sì	no	no	sì	sì	sì	sì	no	no
	Tipologie di sequele psicologiche																9
	Percentuale sui fenomeni totali																69,2%

Tabella V. Sequele psicologiche esperite dal totale, dagli infermieri, dagli operatori tecnici, dagli ausiliari e dai medici