



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**AGGRESSIONI A DANNO DEGLI
OPERATORI SANITARI:
INDAGINE ESPLORATIVA NELLA
U.L.S.S. 9 DI TREVISO**

Relatore: Dott.ssa Sandra Migotto

Laureanda: Maria Addolorata Vinciguerra

Matricola: 1048008

Anno accademico 2014/2015



SISTEMA
BIBLIOTECARIO
DI ATENEIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

La sottoscritto/a Vinciguerra Maria Addolorata, nata a S.Agata dei Goti (BN) il 21/09/1972 residente a Mogliano Veneto (TV), tel. 3277773642, e-mail marivincig72@libero.it matricola 1048008 laureata presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica, autorizza la segreteria di Padova a consegnare presso la biblioteca medica "Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

- ✓ Laurea Triennale

Anno Accademico 2014/2015

Data della tesi 16/11/2015

Titolo della tesi AGGRESSIONI A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI:
INDAGINE ESPLORATIVA NELLA ULSS 9 DI TREVISO

Parole chiave Aggressioni, luoghi di lavoro, operatori sanitari

Abstract inserito nel file

Tesi: sperimentale

Relatore Dottoressa Migotto Sandra

Padova, li 09/11/2015

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

La sottoscritta **Vinciguerra Maria Addolorata** autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in **Padua@thesis**, l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹

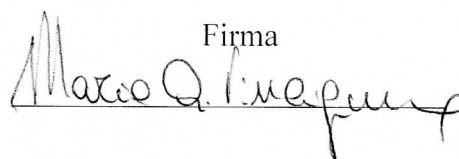
Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in **Padua@thesis** e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 09/11/2015

Firma


AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale **Padua@thesis** mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

INDICE

Riassunto

Introduzione	pag. 1
PROBLEMA	pag. 3
1. Le aggressioni sui luoghi di lavoro	pag. 3
1.1 Descrizione del problema e del contesto.....	pag. 3
1.2 Definizione di “aggressività”.....	pag. 4
1.3 Ciclo dell’aggressività.....	pag. 7
2. Rilevanza del problema nel contesto e per la professione	pag. 10
2.1 Contesto in cui si sviluppa il problema.....	pag. 10
2.2 Rassegna critica della letteratura disponibile.....	pag. 11
OBIETTIVO	pag. 12
3. Obiettivi e scopo dello studio	pag. 12
STRATEGIE/INTERVENTI	pag. 13
4. Descrizione dello studio	pag. 13
4.1 Tipologie di aggressione subita.....	pag. 14
4.2 Strategie messe in atto dagli operatori.....	pag. 15
4.3 Risvolti emotivi.....	pag. 15
4.4 Strategie ritenute utili dagli operatori.....	pag. 15
5. Risultati dello studio	pag. 17
DISCUSSIONI E CONCLUSIONI	pag. 23
6. Discussione	pag. 23
7. Conclusione	pag. 28
BIBLIOGRAFIA	pag. I
ALLEGATI	pag. I
Allegato 1: Questionario proposto agli operatori.....	
Allegato 2: Report di ricerca scientifica.....	

RIASSUNTO

Introduzione. Le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un problema molto diffuso ed in forte crescita. In Italia la Raccomandazione n.8 del 2007 del Ministero della Salute, definisce tali eventi come eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione e di protezione.

Obiettivo. Obiettivo del lavoro è esplorare tipo e cause di aggressione, identificando possibili soluzioni e strategie a sostegno degli operatori sanitari della A.U.L.S.S. 9 di Treviso.

Metodo. E' stato distribuito un questionario a risposte multiple ad un campione costituito da infermieri, OSS e medici, di alcune unità operative della A.U.L.S.S. 9 di Treviso e dell'ISRAA (Istituto per Servizi di Ricovero ed Assistenza Anziani) di Santa Bona (Treviso) nei mesi di agosto e settembre 2015.

Risultati. Sono stati restituiti 140 questionari analizzabili (circa il 64% del campione). Il 97% di chi ha risposto ha subito un'aggressione prevalentemente verbale (38%) e sia fisica che verbale (25%). I principali aggressori sono pazienti (55%) e loro *caregiver* (41%).

Tutti gli operatori attribuiscono alla violenza subita effetti di tipo psicologico ed emotivo; rabbia e frustrazione sono i sentimenti maggiormente provati.

La difficoltà di comunicazione è riconosciuta dal 33% del campione come la difficoltà maggiormente incontrata nell'affrontare le situazioni a rischio.

Conclusioni. E' confermato che nella A.U.L.S.S. 9 di Treviso le aggressioni esistono e che quelle non fisiche si verificano con maggior frequenza rispetto a quelle fisiche. La formazione professionale è considerata dagli operatori sanitari come la strategia più utile per aumentare le proprie competenze.

INTRODUZIONE

Gli operatori sanitari subiscono aggressioni, minacce e molestie sul luogo di lavoro in misura sempre maggiore. Il fenomeno è molto diffuso e non riconosce significative differenze di genere o di ruolo, anche se, tra tutti gli operatori sanitari, gli infermieri sembrano quelli maggiormente esposti perché a diretto contatto con il paziente e perché devono gestire rapporti caratterizzati da una forte emotività con soggetti che si trovano in uno stato di frustrazione, vulnerabilità e perdita di controllo.

Pur rappresentando un fenomeno in forte crescita, le aggressioni sono raramente segnalate; questo atteggiamento, molto probabilmente, è influenzato dal ruolo sociale e da fattori culturali: molti infermieri continuano a considerare le aggressioni come parte integrante del proprio lavoro.

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

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono degli eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione e di protezione. La Raccomandazione n.8 del 2007 del Ministero della Salute (“*Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*”) ha lo scopo di favorire l’analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi collegati, nonché l’adozione di iniziative e programmi per prevenire gli atti di violenza attenuandone le conseguenze negative.

Il fenomeno desta tanta più attenzione se si considerano le conseguenze che da esso derivano; shock, incredulità, senso di colpa, aumento dei livelli di stress: sono solo alcuni degli effetti che ciascun episodio può avere su ogni operatore coinvolto. E questo, oltre ad avere un impatto negativo sui costi della sanità pubblica e sull’efficienza organizzativa, interferisce con l’erogazione di cure di qualità. L’ira e la violenza divengono le modalità con cui sfogare le energie negative che scaturiscono da fattori stressanti, e i luoghi di cura, caratterizzati dalla sofferenza e dall’urgenza, divengono il territorio più fertile per dare azione a queste energie, lasciando esiti spiacevoli in chi sta cercando di prendersi cura della persona bisognosa di assistenza.

Gli atti di violenza non sono degli eventi inevitabili, anzi è possibile, oltre che doveroso, prevederli e prevenirli. La prevenzione è un’azione complessa che deve avvenire a più

livelli: la formazione del personale, accompagnata a misure di sicurezza organizzative ed ambientali, contribuisce alla prevenzione e riduzione degli eventi aggressivi in maniera significativa, oltre che alla creazione di una cultura del lavoro in cui le persone sono trattate con rispetto da colleghi e superiori e dove il lavoro è riconosciuto come un bene supremo. La corretta azione gestionale da parte delle direzioni sanitarie, la formazione del personale, lo studio del fenomeno e la modifica dell'ambiente sono gli elementi principali su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti dove vengono erogate le prestazioni di cura e di assistenza siano il più possibile idonei sia per gli utenti che per gli operatori a garanzia della loro sicurezza.

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari diviene quindi uno degli obiettivi principali al fine di favorire l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e consentire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

PROBLEMA

1. AGGRESSIONI SUI LUOGHI DI LAVORO

1.1 Descrizione del problema e del contesto

Quando si parla di violenza sul luogo di lavoro, si intendono quelle situazioni in cui i lavoratori sono aggrediti, attaccati, intimiditi verbalmente o psicologicamente, spaventati o addirittura uccisi¹. Si tratta di un problema crescente in tutti gli ambienti di lavoro, soprattutto in quei settori in cui è più frequente il contatto con il pubblico, quindi le amministrazioni pubbliche, l'assistenza sociale e le istituzioni sanitarie. Il fenomeno è difficoltoso da quantificare perché difficoltoso da definire, e sono necessari molti studi per chiarire quali operatori sono più soggetti alle aggressioni sul luogo di lavoro². Sebbene ogni operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, sono a rischio più alto in quanto sono a diretto contatto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari, che si trovano in uno stato di frustrazione, vulnerabilità e perdita di controllo³.

Il rischio di subire un atto di violenza da parte di un utente assume particolare rilevanza per le conseguenze che un tale atto potrebbe determinare; infatti la violenza sul luogo di lavoro può avere un effetto nocivo, oltre che dal punto di vista fisico, anche sul benessere psicologico, cognitivo, emotivo e comportamentale di chi la subisce. Significativo a tal proposito uno studio del 2006 da cui risulta che alcuni infermieri in seguito alle violenze subite hanno messo in campo strategie di coping diverse come shopping, preghiere o tentativi di vendetta. In seguito alle violenze verbali e fisiche subite, è stato riportato addirittura un caso di tentato suicidio⁴.

Oltre a questo, bisogna aggiungere che gli atti di violenza hanno un impatto negativo sui costi della sanità pubblica e sull'efficacia organizzativa, interferendo con l'erogazione di cure di qualità e recando danno alla dignità del personale sanitario e alla fiducia verso se stessi: se occorre garantire l'efficacia dei servizi, è necessario assicurare agli infermieri un ambiente di lavoro sicuro e un trattamento rispettoso.

Non a caso nel novembre 2007, il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n.8, al fine di prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o

riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli stessi.

Gli atti di violenza nelle realtà sanitarie, costituiscono dei veri e propri eventi sentinella, in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione da parte dei soggetti preposti, di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori⁵.

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'articolo 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti e visitatori siano a conoscenza di tale politica, incoraggiando il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitando il coordinamento con le forze di polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le migliori strategie.

Mancano dati statistici precisi ed esaurienti sulla effettiva diffusione e severità del problema, probabilmente sottostimato; è difficile calibrare l'estensione del problema perché è molto frequente la mancanza di segnalazione degli eventi aggressivi, e questo atteggiamento è influenzato molto probabilmente dal ruolo sociale e da fattori culturali. Emblematico il fatto che gli operatori sanitari spesso considerino la violenza come parte del loro lavoro⁶.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), definisce la violenza sul posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro”. Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo⁷.

1.2 Definizione di “aggressività”

E' necessario innanzitutto capire cosa si intende per “aggressività” differenziandola dal concetto di “violenza”, che pure spesso viene visto come sinonimo. In realtà i due termini indicano due diversi momenti e condizioni. Si può essere aggressivi e violenti, ma si può anche essere aggressivi e non violenti. L'individuo aggressivo e non violento controlla i propri impulsi e raramente ricorre alla violenza. La violenza può essere

definita un atto contro un altro con l'intenzione di provocare una sofferenza o una ferita. L'aggressività è invece un impulso spontaneo, manifestazione della forza vitale. Il termine "aggressività" viene generalmente utilizzato in una duplice accezione: nella prima, presente in ambito psicoanalitico, indica "l'insieme di tendenze che si attuano in condotte reali o fantasmatiche mirate a danneggiare, demolire, costringere o umiliare un altro, se stessi, o parti di sé"; nella seconda, invece, che fa riferimento all'etimologia del termine (dal latino "aggredior" che significa "cammino in avanti"), designa una tendenza volta all'autoaffermazione. Nel pensiero greco antico, all'aggressività veniva data addirittura valenza positiva, anche nel senso di coraggio in battaglia.

Un grande teorico dell'aggressività umana è stato Hobbes, secondo cui la rabbia si attiva quando una persona sente di essere stata disprezzata da un suo simile e diventa condotta aggressiva nel momento in cui il denigrato è mosso da desiderio di vendetta nei confronti dell'individuo che lo ha svilito. Il far del male all'altro è una peculiarità dell'essere umano riassunta nel famoso costrutto *homo homini lupus*.

Per Cartesio l'aggressività corrisponde alla collera che si scatena quando qualcuno subisce del male provocato da un altro individuo; mentre per Schopenhauer l'aggressività è endemica all'essere umano ed è presente in tutte le specie animali.

Nel corso del ventesimo secolo varie ipotesi sono state fatte in ambito psicologico riguardo alla genesi dell'aggressività⁸. Secondo la teoria etologica espressa da Lorenz, l'aggressività nasce da un istinto proprio dell'essere umano, ovvero una pulsione interiore che genera e dirige i suoi comportamenti aggressivi. Tale forza interna è attivata da elementi ben precisi, quali la difesa di quello che si possiede a livello materiale, emotivo e affettivo, la lotta per il potere, il bisogno di rendere organizzato il proprio ambiente di vita. Tutto questo si realizza con la finalità di assicurare un futuro per se e per coloro che condividono lo stesso patrimonio genetico.

La stessa linea di tendenza pulsionale si trova nelle teorizzazioni freudiane. Per Freud l'aggressività ha un'origine istintuale, legata all'istinto di morte che insieme all'istinto di vita, coabita nello stesso individuo. Perché la persona possa conservare la propria integrità, l'aggressività deve essere indirizzata verso l'esterno, preferibilmente canalizzandola in attività socialmente accettate, come quelle che caratterizzano le rivalità fra i gruppi all'interno di un'organizzazione sociale.

Secondo la teoria della frustrazione, elaborata da Dollard e Miller, alla base dell'aggressività c'è un meccanismo di frustrazione. In ragione di ciò, l'individuo prova questa emozione allorché trova degli ostacoli sul suo cammino che impediscono il raggiungimento degli obiettivi che si è fissato. L'aggressività subisce un incremento esponenziale in funzione dell'avvicinamento alla meta. In altre parole, quanto più l'individuo sta per raggiungere il suo obiettivo e viene interrotto in tale proposito, tanto più aumenta la sua aggressività. Solitamente questo stato emotivo viene orientato non verso le persone che hanno determinato la frustrazione, ma in direzione degli individui che per caratteristiche personali (maggiore debolezza e minore potere) si prestano facilmente a divenire oggetto dei comportamenti aggressivi. Secondo questo costrutto, inoltre, perché l'individuo possa accedere alle condotte violente deve essere vissuto in un ambiente estremamente tipizzato in tal senso.

Partendo dal presupposto che, esista o meno una pulsione aggressiva innata, la sua attivazione è quasi sempre stimolata da una qualche forma di sofferenza da parte del soggetto. È importante distinguere un'aggressività di natura "biologica", mobilitata dall'urgenza di una necessità percepita come minaccia all'interno del proprio corpo (si pensi come esempio alla persona affamata o che ha un dolore), da una di natura "simbolica", in cui a far soffrire può essere ad esempio un senso di colpa. Se è immediatamente comprensibile l'utilità pratica dell'aggressività di tipo biologico (mettere in atto un comportamento che rimuova la causa della sofferenza), non è altrettanto chiara la funzione dell'aggressività di tipo simbolico, in quanto non si evidenzia in modo esplicito l'utilità pratica della stessa. A tal proposito Bleichmar⁷ afferma "il soggetto che esprime una fantasia, o una condotta aggressiva, coglie tali fantasie e condotte all'interno dei suoi sistemi di significato; e così nel contemplare la propria aggressività, acquisisce una determinata identità...sono forte e non sono vulnerabile....aggressività=potere. "Se dunque nell'essere umano l'aggressività può costituire un movimento difensivo contro la sofferenza psichica generata dai sensi di colpa o dalle fantasie persecutorie, è perché tramite essa il soggetto riesce a ristrutturare la rappresentazione di sé e dell'altro...ciò ci introduce in una dimensione in cui ogni stato affettivo non è espressione di qualcosa, ma mezzo "per" qualcosa: cioè una forma di comunicazione e di azione sull'altro...l'aggressività-strumento può diventare il

mezzo privilegiato a cui ricorrono alcuni soggetti per tentare di costringersi ad essere in un determinato modo”⁹.

Numerosi sono gli approcci per la gestione del comportamento aggressivo suggeriti dalla letteratura in ambito psichiatrico e poi adattati o direttamente applicati alle aree ad alto rischio. In generale questi approcci includono misure preventive, *deescalation*, strategie comunicative e metodi tradizionali come la costrizione, la sedazione e l’isolamento¹⁰. Solo come esempio, possiamo considerare alcuni studi che affrontano gli interventi che influenzano la pratica organizzativa con l’intento di modificare il comportamento umano. Un primo studio coinvolge una modifica legislativa, ossia l’introduzione di AB508-1993 Hospital Security Act, che costringe gli ospedali a creare sistemi e procedure che aumentino le misure di sicurezza fisiche degli ospedali¹¹. Un secondo riguarda l’utilizzo di moduli di segnalazione migliorati, completi di dati e altre informazioni, oltre che la previsione di un feedback al personale che segnala un incidente di violenza o di aggressione¹². Un altro studio condotto da Cecil Deans, indaga l’effettiva utilità di un programma di formazione della durata di un giorno per gli infermieri al fine di migliorare conoscenze e competenze sul fenomeno delle aggressioni. I risultati di questo studio dimostrano che un programma di training ha molti risvolti positivi che accrescono le competenze degli infermieri nella gestione degli eventi aggressivi; con un semplice training di base, gli infermieri possono essere più preparati a gestire situazioni violente o potenzialmente violente, riuscendo a ridurre l’incidenza degli episodi di aggressività del 50%¹³.

1.3 Ciclo dell’aggressività

Per poter gestire nel modo più corretto e sicuro situazioni potenzialmente di “crisi” utilizzando questi approcci, è necessario conoscere il cosiddetto ciclo dell’aggressività, uno schema, messo a punto in ambito psichiatrico, delle fasi che tipicamente si succedono in un episodio aggressivo e che si fonda su due concetti principali: l’*arousal* e la *deescalation*.

L’*arousal* è la condizione di attivazione psicomotoria che è alla base di qualunque atto di aggressività e che è caratterizzata da cambiamenti emotivi, fisici e psicologici, come l’attivazione dell’apparato cardiocircolatorio, del sistema endocrino, del sistema nervoso centrale (in particolare il sistema limbico) e periferico, della muscolatura scheletrica,

l'inibizione delle abituali capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi, il prevalere delle idee dominanti. L'organismo si predispone così alla lotta o alla fuga.

La *deescalation* è l'insieme di interventi di desensibilizzazione che hanno come obiettivo il contenere lo sviluppo comportamentale naturale del ciclo dell'aggressione.

Il ciclo dell'aggressività si compone di cinque fasi: fase del trigger o del fattore scatenante, fase dell'escalation, fase critica, fase del recupero e fase della depressione post-critica. Sarebbe opportuno che ciascun operatore sanitario fosse in grado di riconoscere prontamente le varie fasi perché in ognuna di esse vi è un'indicazione delle specifiche tecniche di intervento da adottare¹⁴.

Con la fase del fattore scatenante o *trigger*, inizia lo scostamento dalla linea basale psicoemotiva, che ha varie cause, come una disinibizione indotta dall'assunzione di sostanze, la presenza di fattori di provocazione (veri o presunti) come insulti o derisioni, il recente verificarsi di eventi stressanti. Durante questa fase l'intervento di elezione è rappresentato dal riconoscimento del fattore scatenante e dal tentativo della sua rimozione.

Durante la fase dell'*escalation*, lo scostamento dalla linea basale si fa marcato, e la necessità di interventi tempestivi diventa impellente, mentre simulare indifferenza può contribuire a rafforzare i fattori scatenanti. Inizia l'intervento di *deescalation* che deve mirare ad avviare una negoziazione con il paziente. Si possono utilizzare le cosiddette tecniche assertive per la riduzione del comportamento aggressivo, che mirano al recupero della relazione con l'interlocutore. L'obiettivo principale è la trasformazione dei contenuti di violenza e di minaccia in espressioni dialettiche che possano essere progressivamente negoziate. Occorre introdurre una forma di comunicazione che sia diretta, specifica e positiva, ponendosi in maniera non giudicante e controaggressiva.

Nella fase critica viene raggiunto il massimo discostamento dalla linea basale. Ovviamente questo è un punto al quale si cerca sempre di non arrivare, ma quando ci si arriva, l'attenzione di tutti deve essere focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze. A questo punto non sono più possibili risposte razionali, e le uniche opzioni sono il contenimento, la fuga e l'autoprotezione.

Alla fase critica segue quella del recupero durante la quale c'è un graduale ritorno alla linea basale, ma è una fase delicata, perché interventi intempestivi, volti a troppo precoci tentativi di elaborare l'episodio, potrebbero scatenare una riacutizzazione della

crisi. Vanno quindi evitati troppi stimoli al paziente e tentativi di discutere l'accaduto. Nell'autore della violenza potrebbero a questo punto comparire sentimenti di colpa, vergogna o rimorso: è la fase della depressione post-critica, il momento per eventuali confronti e discussioni sull'accaduto.

E' utile a questo proposito chiarire come il comportamento aggressivo sia solo talvolta strettamente collegato ad una precisa patologia psichiatrica; in generale la tendenza ad un comportamento aggressivo è parte integrante del carattere di un individuo, per cui è solo scarsamente migliorabile attraverso un intervento sul quadro morboso.

E' quindi fondamentale imparare a gestire le situazioni di crisi senza aspettarsi troppo ottimisticamente di poterle affrontare limitandosi agli interventi strettamente terapeutici^{15 16}.

2. RILEVANZA DEL PROBLEMA NEL CONTESTO E PER LA PROFESSIONE

2.1 Contesto in cui si sviluppa il problema

Oggi l'aumento dell'incidenza di atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari è tale da richiedere maggiore chiarezza ed attenzione per poter prevenire, riconoscere precocemente e trattare il paziente potenzialmente aggressivo.

Fino ad oggi il comportamento violento di un soggetto ha avuto uno scarso interesse scientifico in quanto veniva spesso identificato come una manifestazione sintomatica di una patologia psichiatrica e quindi chi manifestava queste problematiche veniva trattato dai servizi di salute mentale.

Purtroppo negli ultimi dieci anni i comportamenti aggressivi verso infermieri e personale sanitario sono notevolmente aumentati e i servizi socio-sanitari che devono rispondere per contenerli e trattarli, si trovano impreparati ad affrontarli in maniera appropriata, soprattutto per l'inadeguatezza delle strutture e dei mezzi a disposizione¹⁷.

Altro problema fondamentale è quello di non disporre attualmente di modalità e strumenti specifici e condivisi per la gestione dell'utente aggressivo. L'assenza di una modalità comune, infatti, lascia all'abilità e all'esperienza acquisita sul campo dai singoli infermieri la responsabilità di gestire e risolvere l'episodio aggressivo con il rischio reale di un intervento non sempre adeguato ed a volte controproducente¹⁸. Anzi il coinvolgimento emotivo degli operatori sanitari ad un episodio di aggressività, può influenzare la loro capacità di problem solving ed aumentare il rischio di errori. Secondo la letteratura internazionale, gli atteggiamenti aggressivi avrebbero un effetto indiretto sulla qualità delle cure prestate, in quanto gli operatori tendono a dedicare meno tempo ai pazienti aggressivi o lo fanno comunque meno volentieri.

Inoltre la difficoltà di elaborare individualmente i propri vissuti emotivi fa sì che gli operatori continuino ad esporsi al medesimo rischio che ha condotto alle precedenti esperienze di aggressione.

Altro aspetto del problema è che difficilmente gli infermieri denunciano le aggressioni subite se non per le gravi aggressioni fisiche. Le motivazioni sottese alla mancata denuncia sono giustificate dalla situazione di sofferenza in cui si trova il paziente, per cui spesso ci si assume il rischio del comportamento aggressivo come implicito alla professione.

Vi è anche la convinzione che denunciare la violenza non serva a risolvere il problema, ma si riduca solo ad una perdita di tempo per relazionare l'accaduto¹⁹.

Tutti questi fattori emergono anche dalla realtà di alcune Unità Operative della A.U.L.S.S. 9 di Treviso, siano esse di emergenza, come si può forse intuire, che Unità Operative in cui sono predominanti le malattie croniche, quali i reparti di oncologia, geriatria e medicine generali.

Inoltre è emerso che anche le Case di Riposo sono luoghi in cui quotidianamente si perpetuano aggressioni nei riguardi degli operatori sanitari nei modi e nelle forme che vanno dalla semplice offesa verbale alle violenze fisiche vere e proprie; è quanto risulta da questa indagine condotta nell'ISRAA di Santa Bona della città di Treviso.

2.2 Rassegna critica della letteratura disponibile

Per comprendere la dimensione del problema anche a livello internazionale, tra febbraio e marzo 2015, è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura riguardante l'argomento "aggressioni a danno degli operatori sanitari" nelle banche dati di PubMed, CINAHL e SCOPUS. La ricerca è stata effettuata in tutti i database utilizzando i termini "patient aggression" e "nurses", combinati tra loro tramite operatori booleani OR e AND, con limiti per lingua e data di pubblicazione (rispettivamente inglese o italiana e ultimi 5 anni). La ricerca ha identificato complessivamente 233 documenti (155 in PubMed, 25 in CINAHL e 53 in SCOPUS). Applicando ulteriori criteri di inclusione ed esclusione, togliendo i doppi, sono stati selezionati 36 documenti che esaminavano il problema della violenza contro gli infermieri, valutando anche possibili approcci e strategie per la gestione delle aggressioni (ALLEGATO 2).

L'analisi della letteratura mette in risalto i molti sforzi fatti in tutto il mondo per descrivere e spiegare il problema della aggressioni al personale sanitario, ma vi è ancora molto da ricercare sia sui segni predittori di comportamenti violenti, che sulla scelta degli interventi più efficaci di tipo organizzativo, ambientale e individuale. Per ridurre le aggressioni sarebbe opportuno un programma di prevenzione valutando i rischi nei luoghi di lavoro, formando il personale con maggiori competenze comunicative ed informando l'utenza dell'esistenza di una politica aziendale di tolleranza zero alle aggressioni²⁰.

OBIETTIVO

3. OBIETTIVI E SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo della proposta progettuale è quello di indagare il fenomeno dell'aggressività sui luoghi di lavoro nei contesti sanitari della A.U.L.S.S. 9 di Treviso. Nello specifico si propone di:

- verificare le difficoltà che incontrano gli operatori
- sapere cosa essi pensano dell'aggressività
- analizzare le strategie adottate
- valutare l'efficacia di un corso di formazione per la gestione dell'utente aggressivo da alcuni di essi frequentato.

Quest'ultimo aspetto, in particolare, porterà ad un miglioramento della gestione e della prevenzione infermieristica degli episodi di aggressività da parte degli utenti. Infatti il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e, quindi, interrompere il corso degli eventi.

La strategia di prevenzione e contenimento delle aggressioni include diverse misure tra cui quelle strutturali ed organizzative, ma non può prescindere da una adeguata formazione degli operatori attraverso la predisposizione di corsi conoscitivi sul fenomeno e soprattutto sulle tecniche di comunicazione efficaci.

La valutazione dell'efficacia del corso di formazione per la gestione dell'utente aggressivo frequentato da alcuni infermieri, rientra tra gli obiettivi di questa proposta progettuale.

STRATEGIE/INTERVENTI

4. DESCRIZIONE DELLO STUDIO

Per indagare questo problema, è stato somministrato un questionario al personale sanitario operante presso le Unità Operative del Dipartimento di medicina generale e specialistica dell'ospedale di Treviso (1^a Medicina, 2^a Medicina, Geriatria, Oncologia, Malattie Infettive, Pronto Soccorso), nonché operatori che prestano la loro opera nella casa di riposo ISRAA Santa Bona di Treviso (ALLEGATO 1).

Il questionario è stato somministrato nei mesi di agosto e settembre 2015, per un totale di 4 settimane. Ad ogni Unità operativa è stato distribuito un numero di questionari proporzionato al numero di operatori in forza nel reparto stesso. Nello specifico 40 questionari in Pronto Soccorso (tornati indietro compilati 14); 30 in 1^a Medicina (compilati 16); 20 in 2^a Medicina (compilati 15); 30 in Oncologia (compilati 15); 30 in Malattie Infettive (compilati solo 7); 30 in Geriatria (compilati 24); infine 50 in ISRAA (tornati indietro compilati 49).

Scopo dell'indagine è quello di analizzare il fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari sui luoghi di lavoro, rilevando in particolare quali comportamenti aggressivi si verificano; le modalità di risposta all'evento aggressivo da parte degli operatori; se essi sentono il bisogno di strumenti efficaci per prevenire le aggressioni fisiche o verbali da parte delle persone che prendono in cura; nonché le percezioni degli operatori stessi; la necessità di approfondire le proprie conoscenze per poter gestire al meglio tutte le variabili; infine l'efficacia di un corso di formazione sulla gestione dell'utente aggressivo seguito da alcuni infermieri, e più in generale, del training come strumento per migliorare le competenze di ciascun operatore.

Tale questionario è composto di 12 quesiti, tutti a risposta multipla e con possibilità di indicare più di una risposta, ritenuti idonei a valutare gli aspetti su cui si è voluta focalizzare l'attenzione. Alcuni quesiti prevedono come opzione la risposta aperta "ALTRO.....", che lascia la possibilità all'operatore di adattare le risposte alla propria esperienza conferendo flessibilità allo strumento utilizzato per lo studio.

Nello specifico il questionario va ad indagare quattro aree principali:

- Tipologie di aggressione subita
- Strategie messe in atto dagli operatori

- Risvolti emotivi
- Strategie ritenute utili dagli operatori

4.1 Tipologie di aggressione subita

La letteratura internazionale sull'argomento mette in risalto le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare episodi di violenza. Interessante in Italia Becattini e collaboratori, in uno studio condotto su 15 strutture di Pronto Soccorso di 14 regioni italiane, delinea questo scenario: quasi tutti gli infermieri intervistati riferiscono di essere stati aggrediti verbalmente (90%) o di aver assistito ad aggressioni nei riguardi dei colleghi (95%); il 35% del campione ha subito atti di violenza fisica, più della metà (52%) ne è stato testimone²¹.

La letteratura descrive anche le comuni manifestazioni della violenza e dell'aggressività, mostrando come gli abusi verbali siano la forma di aggressione più comune in ogni reparto; gli abusi verbali includono nell'ordine di prevalenza: un linguaggio offensivo, urla, minacce, intimidazioni, molestie ed espressioni di rabbia²². Le aggressioni fisiche possono essere nella forma di spintoni, graffi, calci, schiaffi, esposizione a sangue o altri liquidi biologici²³. Le conseguenze peggiori delle aggressioni fisiche possono includere trauma, lacerazioni e fratture²⁴. In uno studio in 10 Paesi europei, la violenza fisica è risultata essere prevalente nei reparti di salute mentale, geriatria, lungo-degenze e domicilio.

Gli aggressori sono solitamente i pazienti stessi che ricevono le cure; inoltre la violenza fisica è associata spesso a pazienti alcolizzati, intossicati, oltre che a problemi di comunicazione tra infermieri e pazienti²⁵.

Emerge come la violenza provenga anche da parenti, da volontari, nonché altri componenti dello staff curante (medici, infermieri stessi)²⁶.

Sofield e Salmond hanno addirittura scritto che i medici sono responsabili della più alta percentuale di abusi verbali, seguiti dai pazienti e dai parenti²⁷; quando poi gli aggressori sono infermieri stessi, generalmente si tratta di donne tra i 30 e i 49 anni, con molti anni di lavoro e di esperienza alle spalle²⁸.

4.2 Strategie messe in atto dagli operatori

La prevenzione rimane la strategia migliore; ma la prevenzione richiede la creazione di una cultura del lavoro in cui le persone sono trattate con rispetto dai superiori e dai colleghi, dove il lavoro è riconosciuto come un bene e dove il conflitto è efficacemente trattato. Gli ultimi orientamenti sono nella direzione di una cultura a tolleranza zero fin dal primo giorno; oltre ad aiutare le nuove assunzioni a capire le politiche in materia di comportamento accettabile e le procedure per la gestione e il reporting delle aggressioni, tale formazione dovrebbe comprendere i mezzi per affrontare il problema in modo efficace. La formazione dovrebbe inoltre evidenziare i sistemi messi in atto dall'organizzazione per i dipendenti che stanno vivendo esperienze di aggressione, sistemi per segnalare le frustrazioni, la possibilità di sfogare (attraverso incontri del personale), sistemi di ricompensa che creano e sostengono un ambiente positivo. Un corso di formazione in grado di supportare tutti i dipendenti: formazione obbligatoria per l'empatia, la gestione della rabbia, la corretta comunicazione, la gestione dei conflitti, dovrebbe rinforzare e favorire la creazione di un ambiente sano.^{29 30}

4.3 Risvolti emotivi

La letteratura ci dice che dopo episodi di violenza gli operatori sanitari riportano una diminuita performance lavorativa per tutto il resto della settimana lavorativa; hanno paura dei pazienti; diminuisce la soddisfazione lavorativa, aumenta l'assenteismo e i trasferimenti³¹. Inoltre dopo esperienze di aggressione fisica e verbale, molto frequentemente gli infermieri riportano sentimenti di rabbia, di frustrazione, incredulità, insicurezza e vergogna, associati ad alcuni effetti quali flashbacks, insonnia e, nei casi più gravi, depressione³².

4.4 Strategie ritenute utili dagli operatori

Il problema delle aggressioni è un fenomeno complesso che a sua volta deve essere aggredito con metodi complessi. Affidarsi alle sole politiche aziendali formali non può essere una strategia vincente, come ribadiscono Jacqueline Pich e collaboratori in un recente contributo. Questo studio sottolinea in particolare la necessità di misure di sicurezza, come sistemi di allarme e presenza attiva di un servizio di vigilanza interna, e di una formazione specifica al personale infermieristico per la prevenzione e la gestione delle aggressioni³³. Oltre ad una formazione mirata degli infermieri, secondo l'analisi di

Hodge e Marshall, gli interventi consigliabili comprendono l'uso di tecniche di de-escalation, ma anche il ricorso a misure di contenzione fisica o farmacologica e all'isolamento³⁴.

Infine, solo per gli operatori sanitari che hanno partecipato al corso di formazione per la gestione dell'utente aggressivo, sono state previste altre due domande volte ad indagare l'effettiva efficacia di tale mezzo. Oggi la formazione è comunemente vista come una panacea per tutti i problemi organizzativi: in realtà è molto improbabile che le difficoltà materiali, ambientali e culturali si risolvano solo attraverso la formazione, ma è pur vero che essa, se accompagnata da misure di sicurezza organizzative ed ambientali, contribuisce alla prevenzione e riduzione degli eventi aggressivi in misura significativa³⁵.

5. RISULTATI DELLO STUDIO

Il questionario è stato indirizzato ad un campione di 220 operatori sanitari, indipendentemente dal ruolo che poteva essere di infermiere, Oss oppure medico.

Hanno aderito, restituendo il questionario compilato, solo 140 operatori; di questi il 59% infermieri, il 41% Oss.

Nessun medico ha aderito allo studio restituendo il questionario compilato.

La maggior aderenza si è avuta nella casa di riposo dove il numero dei questionari restituiti compilati è stato sovrapponibile al numero di quelli consegnati.

Dallo studio emerge chiaramente l'entità del problema delle aggressioni a danno degli operatori sanitari. Coerentemente con quanto riscontrato in letteratura, il 97% del campione dichiara di aver assistito nel corso della propria attività lavorativa ad episodi di aggressività verbale o fisica da parte di pazienti o familiari verso operatori sanitari.

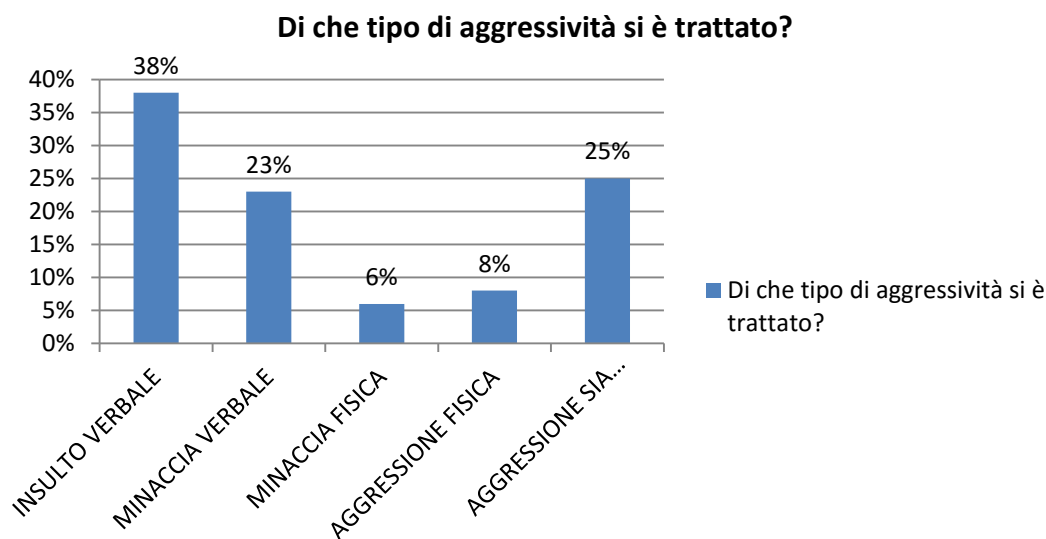
La restante parte, ovvero il 3% del campione, alla domanda ha risposto negativamente non perché non abbia mai subito aggressioni, ma perché le aggressioni subite sono state di tipo orizzontale, ossia provenienti da colleghi, superiori o comunque in genere da altri operatori sanitari.

Nella ULSS 9 di Treviso, la più frequente forma di aggressività è certamente l'insulto verbale: il Pronto Soccorso è l'unità operativa in cui maggiormente si perpetua questa tipologia di aggressione, che, comunque, resta quella prevalente in tutte le Unità Operative considerate dallo studio.

Inoltre, la previsione della risposta multipla, ci fa capire come si verifichi una vera e propria escalation che partendo dall'insulto verbale arrivi poi all'aggressione fisica vera e propria.

Questo è anche confermato dal fatto che il 25% del campione dichiara di aver subito o assistito nel corso della propria attività lavorativa ad aggressioni sia verbali che fisiche (come dimostra il grafico seguente). Il 6% del campione dichiara di essere stato solo minacciato fisicamente, mentre il 23% di essere stato minacciato verbalmente.

Figura 1

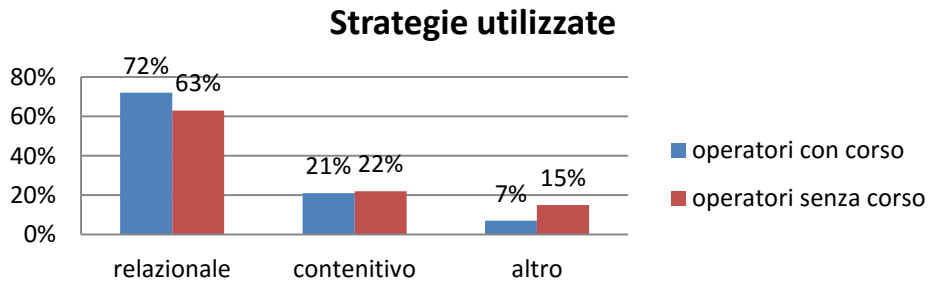


La maggior parte degli intervistati, ovvero il 55%, ha dichiarato che l'aggressione si è verificata da parte dei pazienti stessi; il 41% ha dichiarato di essere stato aggredito da familiari e *caregivers*. Il 4% degli operatori ha subito aggressioni da parte di altri operatori sanitari.

Per quanto riguarda la gestione dell'utente aggressivo, le risposte ottenute dal questionario mostrano come gli operatori tentino essenzialmente un approccio di tipo relazionale (il 66%), mentre solo il 21% ha dichiarato di utilizzare metodi contenitivi o di forza. Analizzando meglio le risposte, si può inoltre notare come la percentuale che si riferisce a metodi contenitivi o di forza, in realtà sia il frutto della possibilità di risposta multipla al questionario, e, quindi, a ben riflettere, possiamo dire che ad un primo approccio fondamentalmente di tipo relazionale, se infruttuoso, seguono altri metodi. Il 13% degli operatori ha risposto "ALTRO"; più specificatamente questo "altro" risulta costituito per la maggior parte da un approccio di tipo farmacologico e/o allontanamento del paziente: anche per questa risposta possiamo fare le stesse considerazioni fatte in precedenza, ossia questo approccio viene solo in seguito ad un tentativo di tipo relazionale risultato infruttuoso.

Il grafico seguente mette a confronto le risposte date a questa domanda dagli operatori che hanno frequentato un corso di formazione rispetto a quelle date da operatori senza corso di formazione:

Figura 2



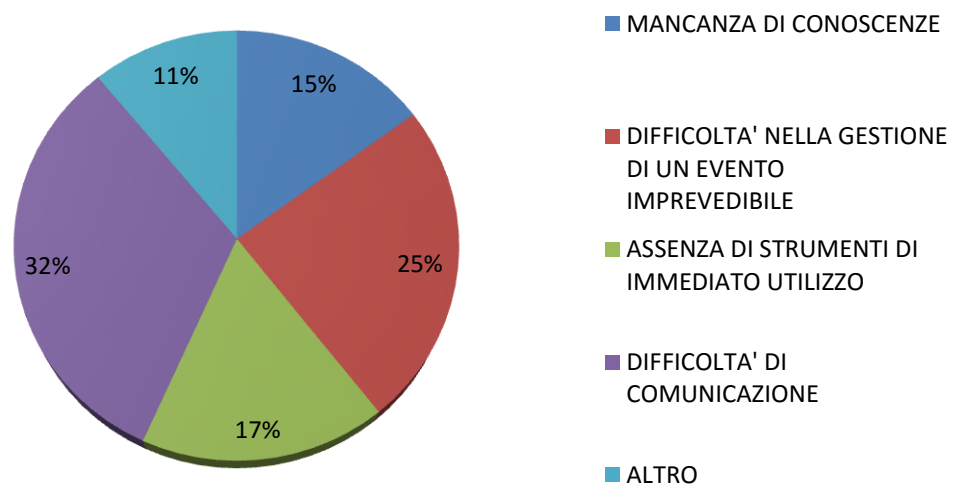
Si può notare come tra i primi l'approccio di tipo relazionale rappresenti il 72% del campione rispetto ai secondi dove la percentuale scende al 63%.

L'approccio contenitivo o di forza, al contrario, rappresenta il 21% per gli operatori che hanno ricevuto formazione, percentuale che sale al 22% per coloro che invece non sono stati formati.

Alla domanda su quali difficoltà incontrano maggiormente gli operatori sanitari nell'affrontare le situazioni di aggressività (figura 3), il 33% degli intervistati ha dichiarato di avere difficoltà di comunicazione, il 24% difficoltà nella gestione di un evento imprevedibile, il 19% ha lamentato la mancanza di strumenti di immediato utilizzo. Solo il 14% ha dichiarato come difficoltà incontrata la mancanza di conoscenze.

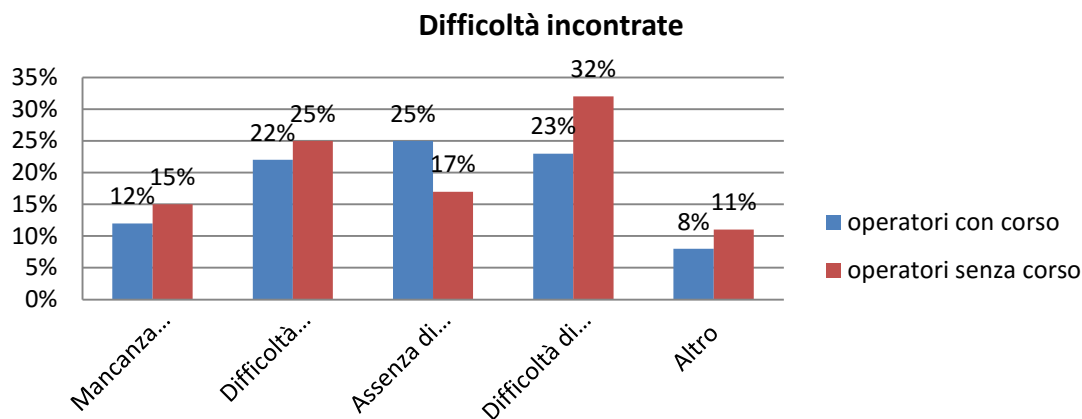
Figura 3

Quali difficoltà incontra maggiormente nell'affrontare quelle situazioni?



Con la figura 4 si è voluto fare un confronto anche rispetto a questa domanda tra le due tipologie di operatori (con e senza corso di formazione):

Figura 4



La mancanza di conoscenze per i primi rappresenta il 12% del campione, mentre per i secondi la percentuale sale all'15%.

La difficoltà nella gestione di un evento imprevedibile per i primi rappresenta il 22% del campione; percentuale che sale al 25% per i secondi.

La difficoltà di comunicazione, come già detto, rappresenta la problematica maggiore, e questo vale per tutti gli operatori, a prescindere dalla formazione ricevuta o meno: da notare però che mentre nei primi la percentuale è del 23%, nei secondi sale al 32%.

L'assenza di strumenti di immediato utilizzo, invece, rappresenta un problema maggiormente sentito tra coloro che hanno ricevuto formazione specifica, come dichiara il 25% del campione, a fronte del 17% per gli altri.

Per indagare i risvolti emotivi, è stato chiesto agli operatori di indicare i sentimenti provati dopo aver subito aggressione, selezionati sulla base di quanto riportato dalla letteratura, con la possibilità della risposta aperta che possa dare voce ad aspetti ulteriori e maggiormente personalizzati.

Innanzitutto possiamo osservare come le conseguenze delle aggressioni si manifestino in tutti gli operatori intervistati, generando sentimenti comuni di rabbia che portano a lavorare in un clima di tensione. Tensione che, unita a sempre maggiori responsabilità, a sovraccarico di lavoro, a minacce di denunce sempre più frequenti, fa sì che gli operatori sanitari soffrano sempre più di ansia e di depressione.

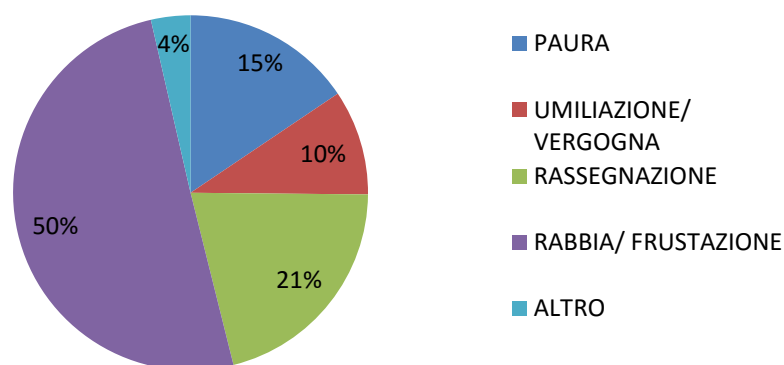
Emerge chiaramente come rabbia e frustrazione siano i sentimenti maggiormente provati dagli operatori sanitari, e questo in tutte le Unità Operative considerate.

Una buona percentuale, il 21%, dichiara di provare “rassegnazione”: questo coerentemente con quanto detto in letteratura in merito al fatto che spesso gli infermieri considerano l’aggressione come un aspetto insito nel proprio lavoro. Tra le risposte date in “altro”, è utile considerare sentimenti quali impotenza, mancanza di volontà nel comunicare, distacco e perdita di interesse per il proprio lavoro: tutto a danno della qualità delle cure erogate.

La figura 5 mostra chiaramente i risultati ottenuti:

Figura 5

**Quali sentimenti ha provato a seguito di un’aggressione
(se subita)**

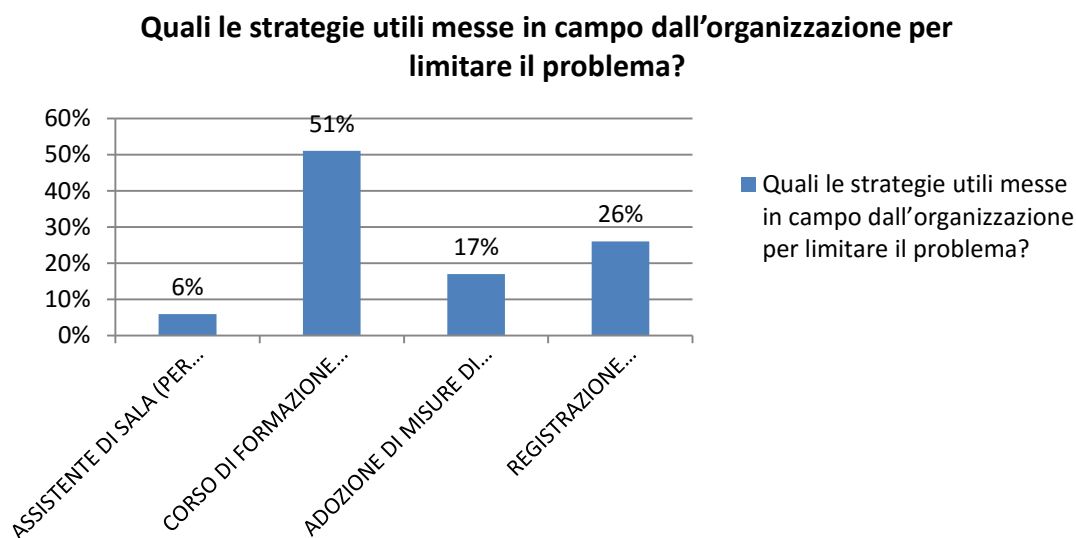


Alla domanda su quali strategie siano ritenute utili per aumentare le proprie competenze, la formazione professionale e l’implementazione delle strategie di comunicazione sono sullo stesso piano. Quindi la grande maggioranza del campione analizzato non solo avverte la necessità di saperne di più sul problema, ma ripone grande fiducia nella formazione professionale che conferisce le conoscenze adeguate ai fini della prevenzione e dell’anticipazione dell’evento aggressivo, come largamente confermato dalla letteratura. Il 9% del campione ha risposto ALTRO, specificando la necessità di avere maggior tempo a disposizione e maggior supporto da parte dell’intera equipe. Interessante notare come le Forze dell’Ordine siano state solo menzionate da una piccola percentuale di operatori del Pronto Soccorso.

La figura 6 ci mostra invece quali sono le strategie messe in campo dall'organizzazione per limitare il problema. E' stato quindi chiesto agli operatori sanitari di indicare quali strategie messe in campo dal sistema sono a loro parere utili ed efficaci nella risoluzione pratica ed immediata delle situazioni.

La stragrande maggioranza del campione crede che la formazione professionale sia lo strumento migliore per affrontare il problema, associato spesso alla registrazione sistematica degli atti di violenza. L'adozione di misure di sicurezza è stata indicata solo dal 17% del campione.

Figura 6



Sempre in riferimento a questo aspetto, bisogna osservare come il 6% del campione intervistato abbia considerato tra le strategie utili messe in campo dal sistema la figura dell'assistente di sala in Pronto Soccorso; di questo 6% fa parte anche il 20% del campione degli intervistati in ISRAA che ha individuato nella figura del coordinatore di nucleo un'efficace strategia di supporto nella gestione dell'evento aggressivo.

E' stato poi chiesto agli operatori sanitari se hanno mai frequentato un corso per la gestione dell'utente aggressivo. Il 71% degli intervistati ha dato risposta negativa, terminando così il questionario, le cui ultime due domande erano indirizzate ai soli operatori con formazione specifica.

La totalità di operatori dell'ISRAA non ha ricevuto formazione specifica; mentre per le altre Unità Operative oggetto di questa indagine, gli operatori che hanno frequentato un

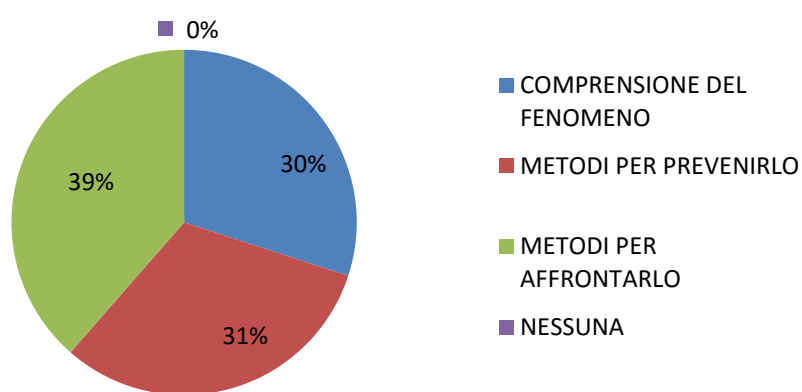
corso di formazione risultano in numero maggiore e via via crescente con il passare del tempo.

Le Unità Operative con il maggior numero di infermieri formati per affrontare questo problema specifico sono risultate essere Oncologia, 1^a e 2^a Medicina.

Nelle ultime domande è stato chiesto quali informazioni date dal corso sono ritenute utili, e le risposte si sono distribuite uniformemente, come si vede dalla figura 7:

Figura 7

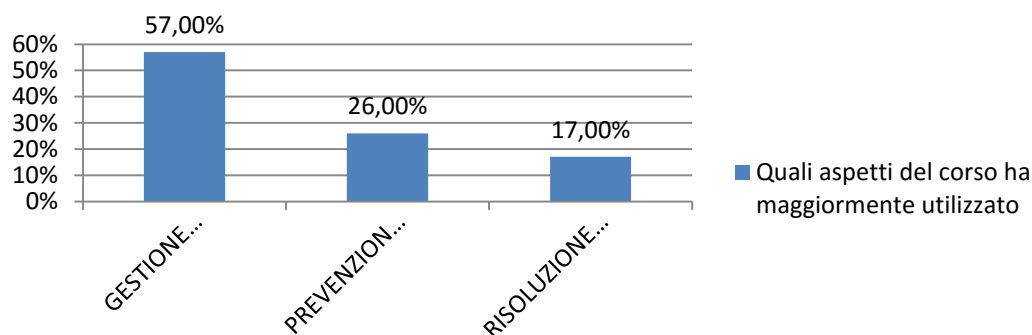
Che informazioni date dal corso ritiene siano utili



Infine è stato chiesto quali sono gli aspetti appresi dal corso che nella pratica sono stati maggiormente utilizzati. Il 57% degli intervistati ha dichiarato di aver utilizzato la gestione della comunicazione; il 26% la prevenzione dell'aggressività; solo il 17% ha dichiarato di essere riuscito a risolvere adeguatamente il problema.

Figura 8

Quali aspetti del corso ha maggiormente utilizzato



DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

6. DISCUSSIONE

Dall'indagine nella ULSS 9 appare chiaro come il rischio di subire aggressioni per infermieri ed operatori sanitari sia più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano a contatto diretto con l'utenza. Il tipo di violenza che colpisce maggiormente gli operatori sanitari è quella proveniente dai pazienti e dai loro *caregiver* attraverso varie modalità di aggressione.

L'abuso verbale è la forma di aggressione più comune in ogni unità operativa oggetto del presente studio. Al contrario di quanto ci si potesse aspettare, l'aggressione sia fisica che verbale che comunque riguarda il 25% del campione intervistato, è concentrata specialmente in due realtà operative, la geriatria e l'ISRAA, questo anche a causa dell'elevato numero di pazienti dementi ricoverati. In Pronto Soccorso, dove a causa delle lunghe attese e dello stato acuto della patologia del paziente secondo la letteratura si verificano i più elevati livelli di assalti fisici, nel contesto della ULSS di Treviso predominano insulti e minacce verbali.

Per la gestione del paziente aggressivo è stato utilizzato principalmente un approccio di tipo relazionale, solo se risultato infruttuoso, è stato associato ad altre metodiche contenitive o di forza o anche farmacologiche. La comunicazione, quindi, e l'utilizzo di un linguaggio assertivo sono considerati in modo quasi unanime gli strumenti che offrono maggiori probabilità di successo in una situazione di rischio.

Dal confronto tra operatori che hanno frequentato un corso di formazione per la gestione dell'utente aggressivo con operatori non formati, emerge l'esistenza di un'associazione tra lo strumento utilizzato per la gestione dell'utente aggressivo (relazionale, contenitivo/ di forza o altro) e la formazione degli operatori stessi.

Per quantificare tale associazione, è stato calcolato l'*odds ratio*, dato dal rapporto tra rischio degli esposti sul rischio dei non esposti (intendendo per esposti coloro che non hanno frequentato il corso e non esposti coloro che invece il corso lo hanno frequentato).

Calcolando tale rapporto rispetto allo strumento relazionale utilizzato per far fronte al problema delle aggressioni, risulta un valore pari a 2,59: questo, in altre parole, vuol dire che il rischio degli esposti è 159% più alto rispetto al rischio dei non esposti di utilizzare un approccio di tipo non relazionale.

Stesso ragionamento può essere fatto se vogliamo verificare l'associazione tra esposti e non esposti rispetto all'utilizzo di metodi contenitivi o di forza per la gestione dell'evento. Qui il risultato ottenuto è di 1,13: questo vuol dire che gli operatori che non hanno frequentato un corso di formazione hanno il 13% di probabilità in più di utilizzare un approccio di tipo contenitivo.

A proposito del 10% che ha risposto ALTRO, si può affermare come gli operatori lamentino innanzi tutto la mancanza di supporto da parte della dirigenza, la mancanza di un supporto psicologico, l'indifferenza da parte di colleghi e diretti superiori. Un ruolo interessante giocherebbe il fattore tempo, ossia la difficoltà maggiore sarebbe rappresentata dalla impossibilità di gestire l'evento durante il normale orario di lavoro, con conseguente stress da parte degli operatori.

Tutti gli operatori attribuiscono alla violenza subita effetti di tipo psicologico ed emotivo, possibili cause di stress correlate al lavoro, confermando la letteratura al riguardo che riconosce come effetti primari rabbia e frustrazione. Il coinvolgimento emotivo degli operatori ad un episodio di aggressività può influenzare la loro capacità di *problem solving* aumentando il rischio di errore con effetto indiretto sulla qualità delle cure erogate in quanto gli operatori tendono a dedicare meno tempo ai pazienti aggressivi.

Quando un episodio di violenza si verifica, la possibilità di creare un gruppo per discutere l'evento e per condividere le percezioni ed i vissuti, è considerato dagli operatori un valido aiuto.

Ancora una volta emerge come la formazione professionale e l'implementazione delle strategie di comunicazione siano ritenute utili per aumentare le proprie competenze. In particolare il bisogno di formazione professionale risulta maggiormente avvertito in quelle realtà come l'ISRAA di Santa Bona dove gli operatori ancora non aderiscono ad alcun programma di formazione mirata per gli infermieri.

In alcune realtà è stata avvertita la necessità di un maggior supporto da parte dei colleghi e dei superiori, nonché la necessità di un supporto psicologico.

Il problema delle aggressioni a danno degli operatori sanitari può essere affrontato, secondo quanto emerge dallo studio, con interventi a diversi livelli: dall'adozione di misure di sicurezza (come sistemi di allarme e servizi di sorveglianza), alla formazione specifica per gestire le situazioni a rischio di aggressione, alla registrazione sistematica

degli atti di violenza. L'assistente di sala del pronto soccorso, così come anche il coordinatore di nucleo per l'ISRAA, sono due figure che sebbene create per scopi diversi, tuttavia forniscono un valido supporto sia nella prevenzione che nella mediazione.

Una riflessione a parte merita il 6% che, tra le strategie messe in campo dal sistema, ha indicato l'assistente di sala. In realtà la figura dell'assistente di sala in Pronto Soccorso è stata concepita per la gestione delle attese in Pronto Soccorso nelle ore di maggior affluenza al fine di favorire l'instaurarsi di un corretto rapporto tra paziente e personale sanitario. La sua funzione si esprime principalmente attraverso il contatto con i pazienti e gli accompagnatori al fine di evitare il sorgere di sensazioni di abbandono offrendo un tramite tra chi è presente in sala d'attesa ed il personale sanitario. In particolare fornisce al paziente informazioni ed indicazioni; raccoglie le segnalazioni e le riferisce al personale sanitario; risponde ai bisogni di ascolto, comprensione ed informazione. Pensata e concepita con queste finalità, la figura dell'assistente di sala spesso si trova a mediare situazioni che potrebbero degenerare ed innescare l'escalation del ciclo dell'aggressività.

Nonostante la formazione sia considerata uno strumento primario per la prevenzione e la gestione delle situazioni che possono degenerare in eventi aggressivi, emerge come solo una minima parte degli operatori intervistati abbia ad oggi ricevuto tale formazione specifica. Risulta come il corso di formazione abbia aiutato gli operatori nella comprensione del fenomeno, fornendo metodi per prevenirlo ed affrontarlo riducendo al minimo le conseguenze.

Gli aspetti del corso che gli operatori hanno maggiormente utilizzato sono, naturalmente, la gestione della comunicazione, oltre che un valido aiuto nella prevenzione.

Solo una piccola parte del campione ha trovato nelle competenze fornitegli un valido strumento per la risoluzione del problema, dimostrando ancora una volta come per la risoluzione dello stesso occorra impegno e partecipazione di tutte le parti coinvolte, per elaborare e mettere a punto programmi di prevenzione che agiscano sulla sicurezza dell'ambiente valutando i rischi nei luoghi di lavoro, sulla implementazione della formazione professionale ed informando l'utenza dell'esistenza di una politica aziendale di tolleranza zero delle aggressioni.

Il limite di questo studio è che il campione oggetto di studio non rappresenta la totalità di unità operative del Ca' Foncello, ma si rivolge solo a quelle in cui è già stata iniziata la formazione mirata degli operatori sanitari per la gestione dell'evento aggressivo.

Inoltre, dato il numero limitato di operatori che hanno frequentato il corso di formazione, il campione non risulta significativo per indagare l'effettiva utilità del corso stesso. Bisognerebbe ripetere il questionario avendo a disposizione un campione più significativo di operatori specificatamente formati per gestire gli episodi di aggressività.

Non ci sono conflitti di interesse.

7. CONCLUSIONE

A conclusione dell'indagine condotta, si può evidenziare come anche nella ULSS 9 di Treviso il problema delle aggressioni a danno degli operatori sanitari esiste e raggiunge dimensioni preoccupanti; è anche evidenziato che le aggressioni non fisiche si verificano con maggior frequenza rispetto a quelle fisiche.

Considerando che le aree a più alto rischio sono la Geriatria, le case di riposo e i dipartimenti di emergenza, le prime misure preventive dovrebbero essere implementate in questi settori.

Inoltre, considerato che le aggressioni da parte dei *caregivers* si verificano quando si ricevono brutte notizie o a causa dei lunghi tempi di attesa, come suggerisce la letteratura, è molto importante migliorare i metodi di comunicazione, creare spazi per l'informazione, migliorare e ridurre i tempi di attesa.

Le strategie preventive, raccomandate dal Ministero della Salute, dovrebbero essere implementate aumentando il livello di sicurezza degli ambienti, documentando i pazienti inclini ad essere aggressivi, utilizzando sistemi di allarme.

La formazione professionale è considerata dagli operatori sanitari la strategia più utile per aumentare le proprie competenze.

La formazione professionale può migliorare le reazioni degli infermieri agli episodi aggressivi, fornendo tecniche di prevenzione, di autodifesa e strumenti per evitare le provocazioni dei pazienti evitando l'innescarsi del ciclo dell'escalation dell'aggressività.

Inoltre gli operatori sanitari dovrebbero ridurre la tendenza a giustificare i comportamenti violenti da parte dei pazienti; i comportamenti aggressivi non dovrebbero essere considerati una reazione normale e non dovrebbero essere accettati assolutamente.

Questi risultati possono essere raggiunti solo formando adeguatamente gli operatori sanitari, sia durante il corso di laurea che, con aggiornamenti continui, durante tutta la vita professionale degli operatori stessi.

Un corso di formazione potrebbe offrire molti vantaggi:

- la possibilità di ricevere informazioni complete da personale esperto e qualificato

- la possibilità di intervenire ponendo domande agli esperti per colmare eventuali dubbi o modificare eventuali errori che potrebbero commettere
- la possibilità di un confronto diretto con altri partecipanti

A fronte dei costi che sarebbero in termini di tempo-lavoro da parte degli operatori ed economici da parte dell'azienda.

Costi questi che sarebbero, ad ogni modo, compensati dagli innegabili vantaggi che ne deriverebbero, in termini di sicurezza, costi e qualità delle cure erogate.

Per valutare i risultati di quanto appena detto, si potrebbe somministrare, a distanza di un periodo di tempo necessario per implementare la formazione, un nuovo questionario ad un campione molto più significativo di operatori sanitari che hanno frequentato il corso aspettandoci come risultato una maggiore conoscenza del problema e delle modalità per prevenirlo e gestirlo, oltre che l'adozione effettiva nella pratica delle tecniche relazionali e comunicative di gestione dell'aggressività.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith MH. Vigilance ensures a safer work environment. *Nurs Manage.* 2002;33(11):18-9, 56.
2. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):3-10.
3. Ministero della Salute 2007. “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”. Raccomandazione n.8, novembre 2007.
4. Kwok et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 2006; 12 (1): 6-9.
5. Consiglio Internazionale delle Infermiere; “Direttive: come affrontare la violenza sul lavoro”; Organizzazioni internazionali: Professioni Infermieristiche; 54 (2); pag.115-125; 200.
6. Gerberich SG, Ryan AD, McGovern PM. Minnesota Nurses’ Study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health* 2007, 45; 672-78 .
7. National Institute for Occupational Safety and Health: Violence –occupational hazard in Hospitals. April 2002.
8. Palmonari A, Cavazza N, Rubini M. *Psicologia Sociale*. Bologna, Il Mulino 2012.
9. Santillo MC. Aggressività, significato, dinamiche ed espressione nelle varie tipologie di assistenza socio-sanitaria. Novembre 2011.
10. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. *J Adv Nurs* 1996;24(2):326-33.
11. Peek-Asa C, Cubbin L, Hubbell K. Violent events and security programs in California Emergency Departments before and after the 1993 Hospital Security Act. *J Emerg Nurs* 2002;28(5):420-6.
12. Gray L. Reporting incidents of workplace violence in the emergency department: how a new reporting form improved staff compliance in documenting incidents. In *School of Nursing and Midwifery*. Curtin University of Technology, Perth, Western Australia 2006; p.65.
13. Rowett C et al. *Managing violence at work*. Slough: NFER-Nelson, 1992
14. Bonamici E. *Prevenire e gestire il comportamento aggressivo*. 2013

15. Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49-493.
16. Maier GJ et al. Managing countertransference reactions to aggressive patients. In: Eichelman et al. *Patient violence and the clinician*. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1995
17. Dal Pozzo M. Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti del personale infermieristico. www.ipasvife.it 06/10/2012. Web 06/07/2015.
18. Jansen G.J. et al. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 2005; 12, 3-13.
19. Crilly, J, Chaboyer, W, & Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident & Emergency Nursing* 2004; 12 (2), 67-73.
20. Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M. Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari. *L'infermiere*, Anno LVI, n.4 luglio-agosto 2012.
21. Becattini et al. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. *Aniarti*, atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI 2007; 535-541
22. D. Stewart et al. Inpatient verbal aggression: content, targets and inpatient characteristics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013; 20, 236-243.
23. Yassi A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 151, 1273-1279.
24. Jenkins et al. 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, 262-265.
25. Kamchuchat et al. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J. Occup. Health* 2008; 50: 201-207.
26. Duncan et al. Nurses experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research* 2001; 32, 57-78.
27. Sofield L & Salmond SW. Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopedic Nursing* 2003; 22, 274-283.
28. McKenna et al. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 42, 90-96

29. Menendez CC. Workplace violence: Impact, causes and prevention. *Work* 2012; 42(1):15
30. Powley D. Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency nurse* 2013; 21(4):26.
31. Fernandes et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal* 1999; 161, 1245-1248.
32. Atawneh et al. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing* 2003; 12, 102-107.
33. Jacqueline Pich et al. Patient related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 2011;19:12-19.
34. Hodge et al. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Australian Critical Care* 2007; 20: 61-67.
35. Hodgson et al. Violence in healthcare facilities: lesson from the Veterans Health Administration. *Journal of occupational and environmental medicine* 2004; 46, 1158-1165.

ALLEGATI

Allegato 1: Questionario proposto agli operatori



QUESTIONARIO

- 1) Qual è il suo ruolo professionale:
 - OSS
 - INFERMIERE
 - MEDICO
- 2) Nel corso della sua attività lavorativa, ritiene di aver mai assistito ad episodi di aggressività verbale o fisica da parte di pazienti/familiari verso operatori sanitari:
 - Sì
 - No
- 3) Di che tipo di aggressività si è trattato?
 - Insulto verbale
 - Minaccia verbale
 - Minaccia fisica
 - Aggressione fisica
 - Aggressione sia verbale che fisica
- 4) Da parte di chi si è verificata l'aggressione?
 - Pazienti stessi
 - Familiari/caregivers
 - Altri operatori
- 5) Per la gestione del paziente aggressivo, quale tipo di approccio prevalentemente è stato utilizzato (risposta multipla):
 - Relazionale
 - Contenitivo/di forza
 - Altro.....
- 6) Quali difficoltà incontra maggiormente nell'affrontare quelle situazioni?
 - Mancanza di conoscenze
 - Difficoltà nella gestione di un evento imprevedibile
 - Assenza di strumenti di immediato utilizzo
 - Difficoltà di comunicazione
 - Altro.....
- 7) Quali sentimenti ha provato a seguito di un'aggressione (se subita):
 - Paura
 - Umiliazione/vergogna
 - Rassegnazione
 - Rabbia/frustrazione

- Altro.....
- 8) Quali strategie ritiene possano essere utili per aumentare le sue competenze?
- Audit post evento aggressione
 - Formazione professionale
 - Implementazione delle strategie di comunicazione
 - Altro.....
- 9) Quali le strategie utili messe in campo dall'organizzazione per limitare il problema?
- Assistente di sala (per Pronto Soccorso)
 - Corso di formazione per gestire situazioni a rischio aggressione
 - Adozione di misure di sicurezza (sistemi di allarme e servizi di sorveglianza)
 - Registrazione sistematica degli atti di violenza
- 10) Ha mai frequentato un corso per la gestione del paziente aggressivo? (se sì, continuare il questionario)
- Sì
 - No
- 11) Che informazioni date dal corso ritiene siano utili?
- Comprensione del fenomeno
 - Metodi per prevenirlo
 - Metodi per affrontarlo
 - nessuna
- 12) Quali aspetti del corso ha maggiormente utilizzato?
- Gestione della comunicazione
 - Prevenzione dell'aggressività
 - Risoluzione adeguata del problema

Allegato 2: Report di ricerca scientifica

Ricerca	Banca dati	Parole chiave	Esito ricerca	Documenti selezionati
<p>Clinical Trial/Observational study/Review/Journal article</p>	<p>PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>Patient aggression And nurses</p>	<p>155 Limiti: 5 anni lingua</p>	<p>(1) Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS, Kuhn DW. Workplace violence and corporate policy for health care settings. <i>Nurs Econ</i> 2005;23(3):119-24, 107.</p> <p>(2) Deans C. The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. <i>Aust J Adv Nurs</i> 2004;21(4):17-22.</p> <p>(3) Dellasega C, Volpe RL, Edmonson C, Hopkins M. An exploration of relational aggression in the nursing workplace. <i>J Nurs Adm</i> 2014;44(4):212-8.</p> <p>(4) Dellasega C, Volpe RL, Edmonson C, Hopkins M. An exploration of relational aggression in the nursing workplace. <i>J Nurs Adm</i> 2014;44(4):212-8.</p> <p>(5) duxbury j. causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. <i>Journal of advanced nursing</i> .</p> <p>(6) Flannery RB, Walker AP. Characteristics of four types of patient assaults: six year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). <i>Int J Emerg Ment Health</i> 2001;3(4):211-6.</p> <p>(7) Kowalenko T, Hauff SR, Morden PC, Smith B. Development of a Data Collection Instrument for Violent Patient Encounters against Healthcare Workers. <i>West J Emerg Med</i> 2012;13(5):429-33.</p> <p>(8) Magnavita N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study. <i>J Nurs Scholash</i> 2014;46(5):366-76.</p> <p>(9) Magnavita N. The exploding spark: workplace violence in an infectious disease hospital—a longitudinal study. <i>Biomed Res Int</i> 2013;2013:316358.</p> <p>(10) Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. <i>BMC Health Serv Res</i> 2012;12:108.</p> <p>(11) Peek-Asa C, Cubbin L, Hubbell K. Violent events and security programs in California Emergency Departments before and after the 1993 Hospital Security Act. <i>J Emerg Nurs</i> 2002;28(5):420-6.</p> <p>(12) Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. <i>Int Emerg Nurs</i> 2011;19(1):12-9.</p>

Ricerca	Banca dati	Parole chiave	Esito ricerca	Documenti selezionati
Clinical Trial/Observational study/Review/Journal article	Cinahl plus	Patient aggression And nurses	25 Limiti: 5 anni lingua	<p>(13) Smith MH. Vigilance ensures a safer work environment. <i>Nurs Manage</i> 2002;33(11):18-9, 56.</p> <p>(14) Smith-Pitman MH, McKoy YD. Workplace violence in healthcare environments. <i>Nurs Forum</i> 1999;34(3):5-13.</p> <p>(15) Tak S, Sweeney MH, Alterman T, Baron S, Calvert GM. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. <i>Am J Public Health</i> 2010;100(10):1938-45.</p> <p>(16) Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. <i>J Adv Nurs</i> 1996;24(2):326-33.</p> <p>(17) Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. <i>J Clin Nurs</i> 2004;13(1):3-10.</p>
				<p>(1) Anderson L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. <i>J Clin Nurs</i> 2010;19(17/18):2520.</p> <p>(2) Hahn S. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. <i>J Adv Nurs</i> 2012;68(12):2685.</p> <p>(3) Hills D. Relationships between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression. <i>Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession</i> 2008;31(1):20.</p> <p>(4) Ilkiw Lavalle O. Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? <i>International journal of mental health nursing</i> 2002;11(4):233.</p> <p>(5) Judge J. VIOLENCE IN PRIMARY CARE. <i>Primary Health Care</i> 2013;23(10):18.</p> <p>(6) LIM BCE. A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. <i>Professional nurse</i> 2011;38(3):6.</p> <p>(7) Magnavita N. Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience.</p>

Ricerca	Banca dati	Parole chiave	Esito ricerca	Documenti selezionati
Clinical Trial/Observational study/Review/Journal article	Scopus www.scopus.com	Patient aggression And nurses	53 Limiti: 5 anni lingua	<p>(11) Oostrom JK. An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. <i>Res Nurs Health</i> 2008;31(4):320.</p> <p>(12) Powley D. Reducing violence and aggression in the emergency department. <i>Emergency nurse</i> 2013;21(4):26.</p> <p>(13) Stewart D. Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> 2013;20(3):236.</p> <p>(14) Zampieron A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. <i>J Clin Nurs</i> 2010;19(15-16):2329.</p> <p>(1) Hahn S, NEEDHAM I, ABDERHALDEN C, DUXBURY JAD, HALFENS RJG. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> 2006;13(2):197-204.</p> <p>(2) Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JMGA, Halfens RJG. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. <i>Nurse Educ Today</i> 2015;35(1):212-219.</p> <p>(3) Mceann T, Baird J, Muir-Cochrane EC. Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: staff perceptions within the context of patient aggression. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> 2015;22(2):102-108.</p> <p>(4) Swain N, Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. <i>Int J Nurs Stud</i> 2014;51(9):1241-1245.</p> <p>(5) Williamson R, Williamson R, Lauricella K, Browning A, Tierney E, Chen J, et al. Patient factors associated with incidents of aggression in a general inpatient setting. <i>J Clin Nurs</i> 2014;23(7-8):1144-1152.</p>