

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

“Il fenomeno delle aggressioni al personale di Pronto Soccorso: analisi delle situazioni e confronto con le strategie di contenimento degli eventi”

Relatore:
Prof.ssa a c. Tilde Gattola

Laureando:
Romani Marco
Matricola n. 2014133

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

PROBLEMA: il fenomeno della violenza verso gli infermieri e il personale sanitario in Pronto Soccorso è un problema che si riscontra a livello mondiale (Cannavò et al., 2017), problematica che interessa gli infermieri: l'Inail, nell'anno 2022, rende noto che sono stati registrati in Italia oltre 1600 episodi. La violenza si manifesta attraverso forme aggressive verbali, fino a veri e propri atti di violenza fisica, con conseguenze negative sul lavoro del personale sanitario. Gli operatori sanitari sono a rischio di violenza sul posto di lavoro 5 volte maggiore rispetto agli altri lavoratori e in USA rappresentano il 73% di tutti gli infortuni sul lavoro non mortali dovuti alla violenza (Ninan et al., 2024).

Questo problema si presenta verosimilmente con le stesse modalità in tutti i Paesi studiati, nonostante vi siano diverse caratteristiche socioeconomiche o culturali.

Nonostante il problema sia noto ed in crescita negli ultimi anni, il fenomeno risulta sottostimato (*under-reporting*) in quanto, ad oggi, il personale del Pronto Soccorso denuncia prevalentemente gli eventi più gravi, ritenendo meno necessario denunciare eventi aggressivi che non abbiano esitato in forme violente fisicamente.

SCOPO: Lo scopo di questa revisione è quello di ricercare nella letteratura quali sono ritenute le situazioni presenti, se non favorevoli, l'evento aggressivo (*escalation*) verso il personale sanitario e confrontarle con le strategie e gli interventi che la letteratura suggerisce per contenere il fenomeno.

CAMPIONE: Infermieri e personale sanitario dei Pronto Soccorso

METODI E STRUMENTI: La ricerca è stata effettuata per questa revisione bibliografica nelle banche dati di scientifiche: Google Scholar, PubMed, ResearchGate e ScienceDirect. PubMed e Google Scholar quelle maggiormente utilizzate. Sono stati inclusi, dopo un'importante scrematura, articoli pubblicati dall'anno 2014 al 2024 e un'attenta analisi, 6 articoli e 2 articoli esclusi. I 6 articoli inclusi sono provenienti tutti da Nazioni differenti e di diversa tipologia. Sono stati comparati attraverso l'utilizzo di una tabella in cui si elencano gli indicatori (presenti o assenti) negli eventi aggressivi per ogni articolo.

RISULTATI: la comparazione degli studi ha permesso di evidenziare come alcune situazioni, ad esempio il sovraffollamento e la lunghezza dei tempi di attesa, risultino co-presenti alla comparsa dell'evento aggressivo nei confronti degli operatori di triage; allo stesso tempo, gli articoli analizzati offrono una rappresentazione di interventi strutturali, formativi o organizzativi,

che sembrano in qualche modo invertire la tendenza degli eventi, potendo quindi ipotizzarne l'efficacia.

CONCLUSIONE: Attraverso questo elaborato di revisione della letteratura si può concludere dicendo che il problema del fenomeno delle aggressioni agli infermieri e al personale di Pronto Soccorso sia presente a livello mondiale, anche se spesso sottostimato rispetto agli eventi aggressivi di lieve entità; si rende noto attraverso la comparazione degli studi analizzati come alcune situazioni, come il sovraffollamento (*overcrowding*) e i tempi di attesa prima della presa in carico del paziente, siano da ritenere elementi scatenanti o facilitanti l'escalation. L'importanza di riconoscere le prime fasi dell'escalation è fondamentale per prevenire e poi gestire la relazione con l'utenza, a maggior ragione se presenti alcuni dei fattori ritenuti determinanti.

Da questo studio risulta che la formazione specifica del personale di PS, sia teorico-pratica che attraverso la simulazione, risultano essere strategici per riconoscere precocemente l'escalation e contenere l'eventuale progressione violenta.

Oltre a ciò, risulta essere efficace anche l'aspetto legato alla disposizione e il comfort dei locali, la numerosità del personale in servizio e il fatto che l'operatore di triage non sia isolato dal resto del personale; risulta come deterrente la presenza di videosorveglianza, sistemi di chiamata diretta e/o di personale delle Forze dell'Ordine.

KEY WORDS: "Workplace violence", "Aggression", "Emergency room", "Emergency nurses", "Management nurse", "Interventions strategies", "Aggressive patient", "managing"

PAROLE CHIAVE: "Violenza sul posto di lavoro", "Aggressione", "Pronto Soccorso", "Infermieri di area emergenza", "gestione infermieristica", "Strategie d'intervento", "Pazienti aggressivi", "gestione".

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO I – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 3
1.2 Obiettivo dello studio	pag. 3
1.3 Quesiti di ricerca	pag. 3
CAPITOLO II – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO	
2.1 L'Area Critica	pag. 4
2.1.1 Emergenza e Urgenza	pag. 4
2.1.2 Il Pronto Soccorso	pag. 4
2.2 L'infermiere in Pronto Soccorso	pag. 5
2.3 La funzione infermieristica di Triage	pag. 6
2.4 La gestione dell'utenza in Pronto Soccorso	pag. 9
2.4.1 L'infermiere di Pronto Soccorso nella Comunicazione	pag. 10
2.5 L'agito aggressivo in ambito sanitario	pag. 10
2.5.1 Fattori predisponenti la violenza in Pronto Soccorso	pag. 12
CAPITOLO III – MATERIALI E METODI	
3.1 Criteri di selezione degli studi	pag. 13
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi	pag. 13
3.3 Selezione degli studi	pag. 14
3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione	pag. 15
3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione	pag. 16
CAPITOLO IV – RISULTATI	
4.1 Qualità metodologica degli studi	pag. 18
4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti	pag. 21
CAPITOLO V – DISCUSSIONE	
5.1 Discussione: Tabella di comparazione n. 1	pag. 24
5.2 Discussione: Tabella di comparazione n.2	pag. 25
5.3 Limiti dello studio	pag. 26

CAPITOLO VI – *CONCLUSIONI*

6.1	Implicazioni per la pratica	pag. 28
6.2	Implicazioni per la ricerca	pag. 29
6.3	Conclusioni	pag. 29

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA	pag. 31
----------------------------------	----------------

ALLEGATI	pag. 34
-----------------	----------------

INTRODUZIONE

Morrison (1999) definisce il Dipartimento di Emergenza come il “*barometro del funzionamento di un organizzazione sanitaria*”, in quanto rappresenta il punto di incontro tra ospedale e comunità, e ne descrive il forte condizionamento sull’utenza. Ne è espressione diretta il Pronto Soccorso, struttura organizzata per situazioni di emergenza-urgenza e deputata all’accettazione, il primo intervento ed il trattamento delle persone che vengono soccorse o che vi si recano spontaneamente, anche in caso di alterazioni cliniche non considerate di emergenza/urgenza (D.M. n. 70/2015).

In un contesto così particolare e ad elevata espressione professionale, l’infermiere deve possedere conoscenze e competenze avanzate di tipo tecnico-operativo, comunicativo-relazionale, organizzativo e di team work, oltre che una spiccata predisposizione al pensiero critico, all’apertura e una propensione alla ricerca e all’aggiornamento (Aniarti, 2005).

Dopo un accertamento e una valutazione della condizione clinica della persona, l’infermiere di Triage assegna un codice di priorità, applicando la norma che interpreta questa funzione di ‘Pubblico Ufficiale’ e definendo, di fatto, la modalità con cui l’utenza verrà presa in carico e gestita in tutte le fasi del percorso sanitario (Ministero della Salute, 2019); l’accesso numericamente consistente da parte di pazienti da considerarsi non *cl clinicamente urgenti*, i cosiddetti “*codici bianchi*”, che spesso non utilizzano le alternative alla presa in carico ospedaliera, portano ad un sovraffollamento di questo servizio, con conseguente disagio all’utenza e al personale, che si trova ad operare in condizioni di difficoltà, stress ed elevate responsabilità (Lupo et al., 2018).

Il sovraffollamento, unito alla disponibilità limitata di inviare nei reparti i pazienti che necessitano di ricovero, in un contesto caratterizzato da elevata tensione emotiva per sentimenti di paura del dolore e della morte, porta ad una accentuata complessità dei processi di governo del sistema, con probabili conseguenze negative sulla qualità delle cure, sulla sicurezza per il paziente e per gli operatori, oltre che peggiorare la percezione della popolazione sulla tempistica di attesa della prestazione (SIMEU, 2018).

La comparsa di atteggiamenti aggressivi, riconducibili in letteratura al sommarsi di queste situazioni, sembra essere per la maggior parte ad opera degli accompagnatori degli utenti con il problema clinico, soprattutto durante le fasi di definizione e assegnazione del codice di Triage (Brioschi et al., 2019).

Il comportamento violento spesso è progressivo, attiva un ciclo dell'aggressività definito *Escalation*, che deve trovare il personale di PS preparato ad attuare la cosiddetta *de-escalation*, una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale, che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale (Calabrò et al., 2020).

Lo studio di ricerca sul fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari e la stesura di questo elaborato di tesi origina con l'interesse maturato durante il mio percorso di studi e i relativi tirocini nelle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro e San Donà di Piave dell'Azienda "ULSS n. 4 Veneto Orientale", in particolare durante il tirocinio clinico in Pronto Soccorso, dove ho assistito a episodi violenti da parte dei pazienti e accompagnatori, nei confronti del personale in servizio. La curiosità di studiare più approfonditamente questo argomento è nata principalmente dopo aver assistito a un episodio nel quale ho potuto osservare la metodologia e il comportamento degli infermieri presenti nel ridurre l'escalation del familiare agitato, per la paura delle condizioni cliniche del paziente e le conoscenze per una adeguata presa in carico di quest'ultimo, a partire dal tempo di permanenza in sala d'attesa prima della visita medica.

CAPITOLO I – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Il fenomeno della Violenza sul lavoro (*Workplace Violence*) verso gli operatori sanitari ormai è un problema diffuso a livello mondiale; si registrano quotidianamente episodi di aggressione, verbale o fisica, e questo costituisce un rischio lavorativo che interessa sia la dignità che la salute degli operatori sanitari (Cannavò et al., 2017). Gli operatori sanitari sono a rischio di violenza sul posto di lavoro 5 volte maggiore rispetto agli altri lavoratori e in USA rappresentano il 73% di tutti gli infortuni sul lavoro non mortali dovuti alla violenza (Ninan et al., 2024). Gli infermieri di Pronto Soccorso, che accolgono direttamente pazienti e accompagnatori, in particolare nella fase di Triage, sono vittime di aggressioni con una frequenza superiore rispetto ai professionisti sanitari di altri contesti di cura (Al-Qadi, 2021).

1.2 Obiettivo dello studio

Con questa revisione della letteratura si vuole analizzare quali sono ritenute le situazioni presenti, se non favorevoli, l'evento aggressivo (*escalation*) verso il personale sanitario e confrontarle con le strategie e gli interventi che la letteratura suggerisce per contenere il fenomeno.

1.3 Quesiti di ricerca

- Sono presenti in letteratura studi che descrivano fattori scatenanti o situazioni presenti durante gli episodi di violenza e di aggressione, verbale o fisica, contro gli operatori sanitari nei pronto soccorso?
- È possibile ritrovare in letteratura la descrizione di una specifica fase dell'assistenza infermieristica, durante la presa in carica del paziente in pronto soccorso, in cui più facilmente si verificano episodi di aggressione?
- Sono disponibili in letteratura studi che analizzino le modalità con cui è possibile prevenire gli episodi aggressivi, per permettere al personale di PS di contenerli?
- Quali risultano essere gli strumenti e le strategie disponibili per il personale infermieristico, al fine di intervenire per attivare il processo di de-escalation di un paziente – familiare in fase di escalation?

CAPITOLO II – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 L'Area Critica

L' area critica è l'insieme delle strutture specializzate per le attività assistenziali di alta intensità, caratterizzate da un insieme di situazioni definibili ad alto livello di *instabilità*, criticità del paziente e *complessità* assistenziale infermieristica e medica. Quando si parla di *criticità/instabilità*, si intende la possibilità di un esito positivo o negativo del quadro clinico del paziente e della sua sopravvivenza in vita; la *complessità* si riferisce invece al livello di difficoltà che si incontra durante il tentativo di ripristinare positivamente la condizione clinica del paziente in criticità vitale (Aniarti, 2005).

Il paziente critico è quella persona che si trova in un momento di instabilità vitale, ossia ad alto rischio di problemi attuali o potenziali per la vita: si parla quindi di *area critica* quando ci si riferisce ad un contesto situazionale in cui è necessario intervenire con tempestività e quindi potrebbe trattarsi di qualunque luogo, non solamente in contesti ospedalieri (Silvestri 1990).

2.1.1 Emergenza e Urgenza

Emergenza e urgenza sono due concetti da tenere in considerazione quando si parla di area critica. Con *emergenza* si intende una condizione poco frequente a livello statistico che coinvolge uno o più individui vittime di eventi richiedenti un immediato intervento terapeutico; il termine *urgenza* invece indica una condizione patologica che, seppur non vi sia pericolo per la vita immediato, richiede comunque entro breve periodo di tempo, la necessità di presa in carico e gli adeguati interventi terapeutici (Bagnasco et. al. 2020).

2.1.2 Il Pronto Soccorso

Oggi il sistema sanitario, basato su più livelli, consente di rispondere all'emergenza-urgenza nel modo più adeguato, grazie ad una struttura organizzata in dipartimenti di emergenza-urgenza di primo e secondo livello e la sua articolazione ultima che è il Pronto Soccorso.

Il Pronto Soccorso (PS) è la struttura organizzata per situazioni di emergenza-urgenza deputata all'accettazione, il primo intervento ed il trattamento per le persone che vengono soccorse o che vi si recano spontaneamente, anche in caso di alterazioni non considerate di

emergenza/urgenza; ha la funzione di risolvere o stabilizzare il quadro clinico del paziente, al fine della dimissione a domicilio, o per disporre il trasferimento intra o extra-ospedaliero, nelle UU.OO. di area critica, per esempio la Terapia Intensiva, oppure di degenza Ospedaliera.

Durante la presa in carico del paziente, i professionisti del PS devono garantire interventi a vari livelli di specializzazione e, nel caso di ricerca del profilo diagnostico, garantiscono anche l'attività di osservazione temporanea (D.M. 70/2015 '*Nuovo regolamento sugli standard dell'assistenza*').

Secondo il Decreto Ministeriale n.70 del 2015, che definisce gli standard dell'assistenza ospedaliera, vengono individuate diverse tipologie di strutture, organizzate in base alla tipologia e/o necessità d'intervento e alla popolazione presente sul territorio. La funzione del PS è prevista per un bacino di utenza che varia tra 80.000 e 150.000 abitanti. Se la popolazione supera i 150.000 abitanti, il decreto prevede il DEA (*Dipartimento di emergenza-Urgenza e Accettazione*) di primo livello, detto anche *Spoke*. Invece il Presidio Ospedaliero, sede di DEA di secondo livello, è previsto quando il bacino di utenza è compreso tra i 600.000 e 1.200.000, con numero di accessi annui superiori ai 70.000. È l'ospedale detto anche *Hub* e garantisce, oltre a tutte le prestazioni erogate dai servizi di un livello minore, l'accettazione in emergenza-urgenza e il trattamento di patologie ad elevata complessità: è anche sede di massime specialità con riferimento regionale, come *Centro Ustioni e Centro Trapianti*.

In Pronto Soccorso operano diverse figure professionali: medici con formazione in medicina d'urgenza, infermieri con specifica formazione, operatori sociosanitari; per la caratteristica assistenziale già rappresentata, deve garantire anche prestazioni di diagnostica clinica e per immagini sempre attive: radiologia, ecografia d'urgenza, TC, indagini di laboratorio, nello specifico analisi chimico-cliniche, microbiologiche e tossicologiche. Importante anche il collegamento garantito con il Centro Trasfusionale per prestazioni di immuno-ematologia e trasfusionali (Decreto Ministeriale n.70 del 2015).

2.2 L'infermiere di Pronto Soccorso

L'infermiere che lavora in Pronto Soccorso deve detenere un elevato livello di conoscenze e competenze, che richiedono anni di esperienza e anche formazione teorica e simulata, per acquisire l'adeguato livello di performance. Oltre le conoscenze di base ("l'*assistenza*

*infermieristica è prima di tutto assistenza di base, che ha grande dignità e capacità di produrre esiti per il paziente, quando svolta secondo i dettami delle migliori conoscenze scientifiche” - Verna, 2016), è necessario possedere anche conoscenze e competenze avanzate di tipo tecnico-operativo, comunicativo-relazionale, organizzativo e di *team work*, un pensiero critico, apertura e predisposizione alla ricerca e all’aggiornamento.*

Ci sono diversi fattori che l’infermiere di Pronto Soccorso deve tenere in considerazione per svolgere con competenza un ruolo così particolare, e il principale può essere ritenuto quello di raggiungere un obiettivo professionale multilivello, volto a garantire un’assistenza sanitaria adeguata a questo contesto ad alta complessità. L’infermiere è guidato dal profilo professionale (D.M. n° 739/94) e dal Codice Deontologico (FNOPI, 2019) e si impegna per il mantenimento di un alto livello di competenza, il contenimento dei fattori di rischio e la qualità delle prestazioni che eroga, senza dimenticare il fattore *Tempo*, perché la tempestività degli interventi è uno dei fattori principali che condiziona il risultato in positivo quindi, anche la qualità dell’assistenza (Aniarti, 2005).

2.3 La funzione infermieristica di Triage

Il Triage, primo momento d’ accoglienza delle persone che giungono in PS, è una funzione totalmente infermieristica che ha lo scopo di identificare le priorità assistenziali attraverso una valutazione della condizione clinica della persona e del rischio evolutivo, definendo così un ordine di accesso alle cure per priorità; la funzione del Triage deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore (Ministero della salute, 2019).

Gli obiettivi del Triage sono:

- Individuare le persone che necessitano di accedere alle cure tempestivamente,
- Attribuire a ogni assistito un codice (colore) di priorità in relazione alla condizione clinica
- Rivalutare le condizioni cliniche delle persone in attesa
- Garantire la rivalutazione, la presa in carico degli assistiti e degli accompagnatori fornendo le informazioni complete e comprensibili.

L’infermiere triagista quindi, per attribuire un codice di priorità di accesso alle cure, rispetta le seguenti fasi:

- la fase della valutazione immediata (*colpo d'occhio*), consiste nell'osservazione dell'aspetto generale della persona e ha l'obiettivo di individuare le persone con problematiche cliniche a rischio per la vita
- la seconda fase, articolata in: *oggettiva*, ossia la rilevazione dei segni clinici, parametri vitali ed esame obiettivo e *soggettiva*, attraverso un'intervista mirata tra infermiere triagista e assistito
- la terza fase, nella quale attribuisce un codice colore di priorità di accesso alle cure, oppure attiva eventuali percorsi o *fast-track*, ovvero un percorso intraospedaliero che viene utilizzato per urgenze minori mono-specialistiche, ad esempio ginecologia-ostetricia (Ministero della Salute, 2019).

Un aspetto importante e da tenere in considerazione è la posizione dell'infermiere quando, dopo la valutazione della condizione clinica della persona, assegna un codice di priorità: l'infermiere in quel momento è definito dalla legge un *Pubblico Ufficiale*, in quanto esercita una funzione certificativa in documenti considerati atti pubblici. L'art. 357 del Codice Penale, definisce *Pubblico Ufficiale* coloro che sono muniti di “[...] *poteri e doveri: decisionali, di certificazione, di attestazione, di coazione, di collaborazione* [...]”. Un'altra norma importante che definisce l'infermiere Pubblico Ufficiale è la legge 42/99: “[...] *tutti i professionisti sanitari in base alla loro funzione e alla specifica attività possono essere pubblici ufficiali. L'infermiere diventa un pubblico ufficiale quando compila la documentazione esempio la scheda di Triage, cartella clinica Infermieristica, la scheda di terapia quando appone la firma* [...]”.

I codici di priorità vengono attribuiti dall'infermiere triagista: questo codice, durante l'attesa o con la visita del medico, può essere modificato in base alla rivalutazione della condizione clinica dell'assistito. Oggi i codici colore utilizzati sono 5 e vanno dal *bianco* non urgente, fino al *rosso*, definito come Emergenza, con assoluta priorità di accesso alle cure; tra il codice bianco e quello rosso, si trovano i codici colore intermedi, il *verde*, *l'azzurro* e *l'arancione*, che esprimono la graduale progressione verso il livello ultimo di gravità.

Di seguito, la tabella del Ministero della Salute con i cinque livelli, denominazione, definizione e tempi di attesa massimi per accesso alle cure secondo codice di priorità.

CODICE		Denominazione	Definizione	Tempo massimo di attesa per l'accesso alla rete di trattamento
Numero	Colore			
1	Rosso	Emergenza	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	Arancione	Urgenza	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	Azzurro	Urgenza differibile	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	Verde	Urgenza minore	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONOSPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	Bianco	Non urgenza	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Fonte: Ministero della Salute, 2022.

2.4 La gestione dell'utenza in Pronto Soccorso

Morrison (1999) definisce il Dipartimento di Emergenza come il “*barometro del funzionamento di un organizzazione sanitaria*” in quanto rappresenta il punto di incontro tra ospedale e comunità e ne descrive il forte condizionamento sull'utenza.

La letteratura nazionale ed internazionale sottolinea come uno tra i principali problemi in atto nei Pronto Soccorso, non solo in Italia, è il sovraffollamento delle strutture; tra le cause, quella maggiormente rilevata è l'accesso da parte di pazienti da considerarsi non urgenti, i cosiddetti “*codici bianchi*”, che spesso non utilizzano le alternative alla presa in carico ospedaliera. L'utilizzo errato del Pronto Soccorso è dovuto anche alle opinioni e le conoscenze che i cittadini hanno riguardo questo servizio, alla scarsa fiducia che questi ripongono nella medicina di base e alla scarsa conoscenza dei servizi territoriali, che portano come risultato a numerosi accessi impropri. Ciò determina, inevitabilmente, l'affollamento di questo servizio, disagio all'utenza e al personale, che si trova ad operare quotidianamente in condizioni di difficoltà, stress ed elevate responsabilità (Lupo et al., 2018).

Il *sovraffollamento* è la situazione nella quale il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato a causa del divario tra il numero di pazienti in carico e in attesa e le risorse disponibili fisiche, umane e strutturali (SIMEU, 2018).

Le cause di questo fenomeno vengono divise in tre categorie:

- *fattori di ingresso o input*: eccessivo e rilevante accesso in Pronto Soccorso degli ultimi anni dovuto all'invecchiamento della popolazione, all'aumento dei pazienti complessi, all'avvento di nuove tecnologie di diagnosi e cura che hanno dato vita a nuovi bisogni assistenziali. Alcuni di questi bisogni potrebbero essere gestiti nel contesto territoriale.
- *fattori interni strutturali o throughput*: rallentamento dei percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che richiedono il contributo di servizi specialistici.
- *fattori di uscita o output*: mancanza di posti letto nelle Unità Operative, che rende difficile il ricovero dei pazienti, il prolungamento dei tempi di ospedalizzazione a causa di insufficiente livello di efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, difficoltà a dimettere i pazienti, soprattutto quelli in condizione di fragilità sociosanitaria.

Il sovraffollamento all'interno del Pronto Soccorso ha conseguenze negative sulla qualità delle cure, sulla sicurezza per il paziente e gli operatori, sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Ministero della salute, 2019).

Tra le cause dell'affollamento dei Pronto Soccorso, è utile richiamare anche l'impossibilità di inviare i pazienti che necessitano di ricovero anche nelle strutture private convenzionate, come da programma Regionale di suddivisione dei posti letto di degenza; inoltre, la cultura attuale prevede che per i pazienti con patologie croniche non curabili in fase di peggioramento si privilegi la richiesta di trasporto in Pronto Soccorso, anziché la richiesta di integrazione di cure palliative a domicilio (SIMEU, 2018).

2.4.1 L'infermiere di Pronto Soccorso nella Comunicazione

Uno dei momenti più importanti per quanto riguarda l'assistito e il suo familiare, accompagnatore o caregiver, è l'attesa per accedere alle prestazioni sanitarie, quando possono ritrovarsi in situazioni di disagio perché il tempo, o l'ansia per le condizioni di salute e le aspettative della risposta sanitaria potrebbero risultare via via più pesanti e scarsamente tollerate.

Durante questi momenti, la struttura del PS dovrebbe sistematizzare e curare l'informazione continua, la relazione e la comunicazione favorente, sia nei confronti del gruppo di lavoro, sia per gli assistiti, che hanno bisogno di informazioni comprensibili e puntuali continue, per affrontare l'attesa con minor senso di abbandono.

L'infermiere di Triage, come previsto dal Ministero della Salute, deve agire attraverso capacità relazionali e comunicative volte alla gestione di particolari situazioni critiche o di aggressività, ansiogene, dinamiche psicologiche che potrebbero facilmente crearsi in tutti i momenti del processo in cui l'utente e i suoi familiari si trovano inseriti. L'infermiere triagista deve conoscere e acquisire abilità relative alle tecniche di relazione d'aiuto, abilità empatiche e, in taluni casi, avvalersi del mediatore culturale (Ministero della Salute. 2022).

2.5 L'agito aggressivo in ambito sanitario

Il *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH, 1996) definisce la violenza nel posto di lavoro come: *“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”*. Gli atti di violenza consistono nella

maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale e prevale, sull'aggressione fisica, quella verbale, ossia linguaggio offensivo e minaccioso (Ministero della Salute, 2007).

Dalla definizione si evince come la violenza sia il risultato di un agito aggressivo verso un'altra persona o oggetto, che assume un differente carattere, sia come forma di aggressione fisica che verbale.

Da uno studio osservazionale di Brioschi et al. (2019), si nota come gli autori principali degli episodi di violenza risultino essere gli accompagnatori degli utenti, soprattutto durante le fasi di definizione e assegnazione del codice di Triage; le cause di queste aggressioni si ritiene siano correlate maggiormente al sovraffollamento del Pronto Soccorso e ai conseguenti lunghi tempi d'attesa.

Il comportamento violento spesso è progressivo, ossia comincia con l'uso delle espressioni verbali violente, fino ad arrivare ad azioni con esiti estremamente gravi; questo ciclo dell'aggressività, definita *Escalation*, cioè l'aumento progressivo o l'intensificazione graduale di una fase aggressiva, deve trovare il personale di PS preparato ad individuarla per attuare la cosiddetta *de-escalation*, una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale, che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale (Calabrò et al., 2020).

La conoscenza dell'escalation e delle strategie di de-escalation è uno strumento valido per poter evitare che l'aggressività porti a gesti violenti o estremi.

L'*Escalation dell'aggressività* è un ciclo progressivo che si caratterizza in 5 fasi:

- *Fase del Trigger*: fattore scatenante, l'inizio del ciclo è lo scostamento del baseline psicoemotivo dalla condizione normale: si manifesta attraverso comportamenti visibili date da espressioni verbali o mimiche.
- *Fase dell'Escalation*: si manifesta attraverso l'aumento dei comportamenti descritti in prima fase e maggior agitazione psicomotoria accompagnata da aumento del tono della voce con eloquio scurrile, gesticolazioni più intense, verso oggetti e/o persone.
- *Fase critica Acting-out*: la terza fase intesa come la perdita dell'equilibrio, a livello individuale, tra forze interne della persona e l'Io della stessa e la rottura della condizione relazionale anche verso le altre persone: questa è la fase dell'aggressione e l'attenzione del personale si riversa sulla sicurezza personale e degli altri utenti.

- *Fase del recupero, post-crisi*: la persona è vulnerabile a nuovo Trigger, si riduce l'agitazione psicomotoria e rientra in una condizione emotiva stabile e nella norma.
- *Fase della depressione post-crisi*: l'aggressore si ritrova a provare sentimenti di colpa per l'accaduto, vergogna e rimorso: è una fase molto delicata in quanto se non trattata correttamente si può creare una riacutizzazione (Regione del Veneto, 2022).

2.5.1 Fattori predisponenti la violenza in Pronto Soccorso

Secondo un'analisi del Ministero della Salute (Raccomandazione n.8/2007), i luoghi intraospedalieri dove si verificano il maggior numero di aggressioni ai danni degli operatori sanitari sono: i servizi di emergenza-urgenza, riferendosi ai Pronto Soccorso e le strutture psichiatriche, anche territoriali.

Tra i vari operatori della salute, la categoria più esposta alla violenza dell'utente (*client-on worker violence*) risulta essere quella degli infermieri, soprattutto quelli del Pronto Soccorso impegnati in attività di Triage (Pitch, 2011).

E' provato che ci sono dei fattori favorevoli agli episodi di violenza in PS, come l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti, la diffusione e l'abuso di alcol e droghe, il sovraffollamento del pronto soccorso e/o i tempi di attesa lunghi prima di poter essere visitati e ottenere velocemente risposte soddisfacenti, sia per il paziente che per il suo accompagnatore (caregiver/familiare), scarsa informazione da parte del sistema o del personale sanitario, tempistiche, scarsa informazione riguardo alle regole del Triage, l'accesso per priorità con codice colore e i rispettivi tempi di attesa minimi. Ancora, personale numericamente ridotto anche nei momenti di maggior affluenza di utenti, poca o non adeguata formazione del personale nel riconoscere e controllare i comportamenti e lo stato di agitazione dei pazienti e accompagnatori in un contesto emergenziale.

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegno di studio: durante tutto il processo di ricerca bibliografica sono stati presi in considerazione studi disponibili dal 2014 al 2024 e in modalità free full text.

Sono stati analizzati gli studi che spiegano la rilevanza della *workplace violence*, la prevenzione e alcuni interventi di gestione nei contesti di Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso.

Tipologia dei partecipanti: Infermieri di area critica UU.OO. Pronto Soccorso.

Tipologia di intervento: analisi dei fattori presenti durante episodi di aggressività nel contesto del Pronto Soccorso Ospedaliero

Tipi di outcomes misurati: riduzione degli eventi aggressivi – intercettazione e gestione precoce

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi

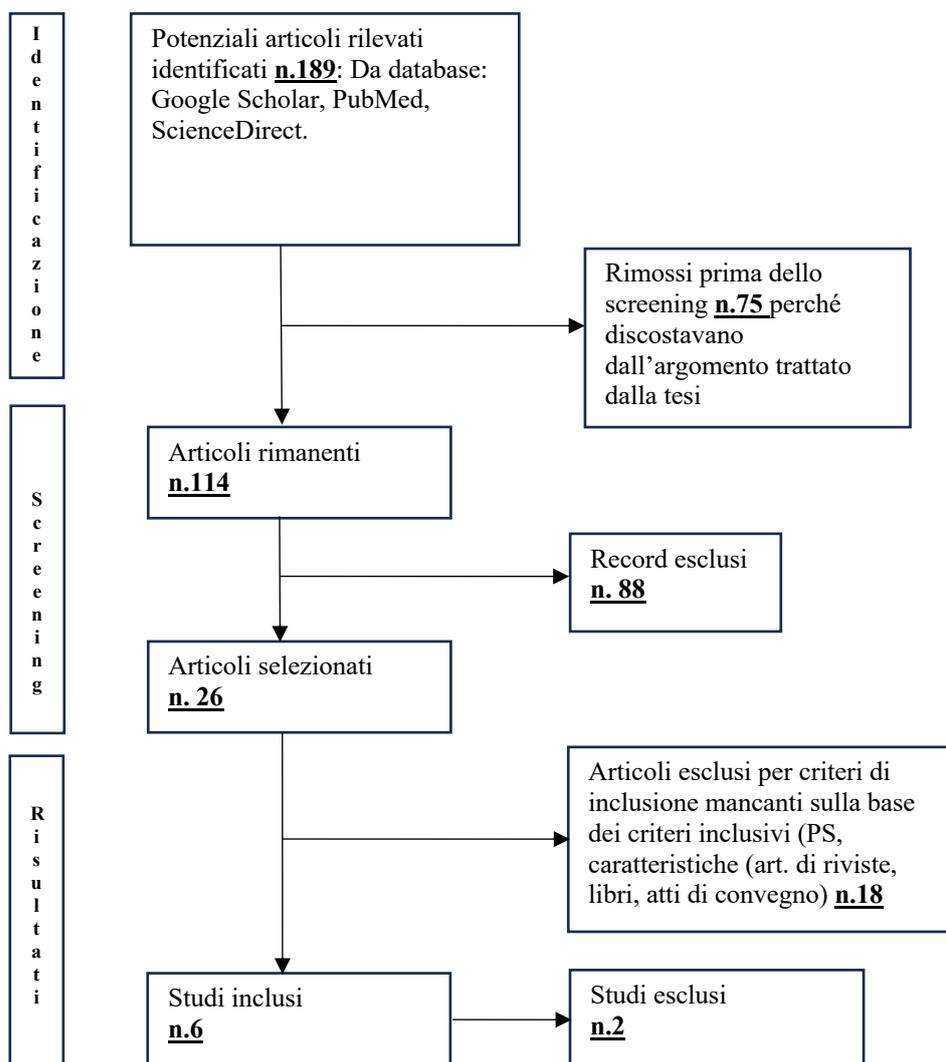
La strategia di ricerca adottata in questa revisione bibliografica, per scegliere gli articoli da analizzare e includere e di conseguenza escludere dall'elaborato altri studi, è stata la consultazione delle banche dati scientifiche di seguito riportate: Google Scholar, PubMed, ResearchGate e ScienceDirect. Tra queste PubMed e Google Scholar sono state le principali ad essere consultate per questa revisione bibliografica. Sono state aggiunte dei filtri per la ricerca ossia: articoli pubblicati da anno: 2014 a 2024 per ridurre i risultati di ricerca e scegliere studi recenti con dati aggiornati.

I termini che sono stati inseriti all'interno della stringa di ricerca MeSH (Medical Subject Heading) e "key words" sono: "Workplace violence", "Aggression", "Emergency room", "Emergency nurses", "nurse", "Management nurse", "Interventions strategies", "Aggressive patient", "managing". Attraverso questi termini è stato possibile creare delle stringhe di ricerca avvalendosi degli operatori booleani: AND.

- *workplace violence AND intervention strategies AND emergency nurse.*
- *Aggression AND emergency room AND management nurse*
- *Emergency nurses AND aggressive patient AND managing*

Lo schema di selezione degli studi (Prisma – Flow-chart) viene riportato di seguito:

PRISMA flow chart



3.3 Selezione degli studi

In questa revisione della letteratura è stato deciso di studiare il fenomeno delle aggressioni e la workplace violence verso gli infermieri di Pronto Soccorso. L'obiettivo prefissato era di ricercare quali sono le situazioni presenti che si ritenga influenzino l'evento aggressivo e gli interventi / strategie di prevenzione e gestione dell'escalation agito dai pazienti o familiari/caregiver.

Dopo l'avvio della ricerca sulle banche dati elettroniche, attraverso la formazione delle stringhe di ricerca sopradescritte, è stata fatta un'importante scrematura di studi in quanto

discostavano dall'argomento che si voleva ricercare. Durante la ricerca, si è ritenuto utile selezionare articoli a partire dall'anno 2014 ad oggi, perché si è notato che negli ultimi dieci anni il fenomeno è in crescita progressiva, pur ritenendolo ancora sottostimato. Gli studi che sono stati analizzati alla fine di redigere l'elaborato sono stati 26 e di questi, per l'elaborato e la comparazione, sono stati inclusi n.6 studi, mentre n.2 sono stati considerati esclusi alla selezione finale.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

I 6 articoli inclusi in questa revisione della letteratura sono stati esaminati riportandoli nella seguente tabella di analisi valutativa (Caratteristiche degli studi riportate nell'allegato B).

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Risultati
1- Cannavò et al., 2017, Italia.	Operatori sanitari di ED dell'azienda ULS RM/B Roma tra ottobre 2014-gennaio 2015.	Studio descrittivo	Questo studio affrontato attraverso la somministrazione di questionari specifici (QVS e QES) che valutano la violenza in sanità e gli eventi stressanti per gli operatori, più interviste semi strutturate a ogni partecipante emerge che il fenomeno della violenza è un problema sottostimato (considerato parte del lavoro), l'aggressore più frequente è di sesso maschile mentre la vittima è il sesso femminile (in proporzione al numero di dipendenti). Lo studio conclude con l'importanza di attuare misure preventive e di formazione al personale sanitario sulle tecniche di de-escalation e sulla segnalazione degli eventi in quanto si riconferma il fenomeno sia sottostimato.
2- Stene et al., 2015, Stati Uniti d' America.	Personale sanitario: infermieri e assistenti sanitari di un ED presso un centro traumatologico di I livello nel Midwest superiore.	Studio sperimentale	In questo studio è stato dapprima analizzato il fenomeno della WPV tra i professionisti sanitari in PS attraverso un'indagine, dopo, è stato creato un programma formativo riguardo alla violenza per i partecipanti, creando un nuovo sistema di segnalazione. Il personale dell'ED ha notato una diminuzione degli episodi violenti tra l'anno iniziale e quello di follow-up. Si identifica come dal sondaggio iniziale che la WPV non viene più identificata come parte del lavoro da più di metà del personale.
3- Wirth et al., 2021, Europa, Nord America, Australia.	Sono stati inclusi 15 studi, 10 di questi provengono dagli USA, 2 in Australia e Francia e uno in Germania. Includono come criterio, gli operatori sanitari del PS.	Revisione sistematica della bibliografia	Sono 11 gli studi che hanno esaminato interventi comportamentali sotto forma di programmi di formazione in aula, online o ibridi sulle capacità di allentamento della tensione, sulla gestione delle persone violente o sulle tecniche di autodifesa. Quattro studi includevano non solo una componente educativa, ma anche interventi organizzativi e ambientali nell'ED. La maggior parte degli studi ha osservato un impatto positivo del loro intervento sulla frequenza degli incidenti violenti o sulla preparazione del personale del pronto soccorso ad affrontare situazioni violente.

4- Thomas et al., 2021, Australia.	Infermieri del PS dell'Ospedale metropolitano di Victoria.	Studio qualitativo	In questo studio sono state esplorate le barriere, i fattori abilitanti e le opportunità per i follow-up della WPV vista dagli infermieri di PS. I focus group hanno evidenziato otto ostacoli, sette facilitatori e sette opportunità per il follow-up. Utilizzando il modello Grol e Wensing per strutturare i risultati, si è visto che le barriere erano evidenziate a più livelli del sistema sanitario mentre quasi tutti i fattori abilitanti e le opportunità erano a livello organizzativo. Gli ostacoli al follow-up erano legati al tipo di autore del reato, alla risposta iniziale all'incidente, al processo di segnalazione dell'incidente e all'azione organizzativa. I fattori abilitanti identificati erano in gran parte legati alle iniziative che l'ospedale aveva messo in atto per gestire la violenza e sostenere il benessere del personale. Le opportunità includevano sia strategie per migliorare il follow-up sia idee su come potrebbe avvenire il follow-up.
5- Ming et al., 2019, Taiwan.	Totale di 66 partecipanti, membri del personale infermieristico dei reparti di ED e ad alto rischio di violenza, arruolati allo studio tramite campionamento di convenienza in un Centro Medico nazionale di Taipei.	Studio quasi sperimentale	In questo studio quasi sperimentale è stato inserito un programma di educazione "di formazione simulata sulla WPV" ha migliorato significativamente la percezione e la fiducia degli infermieri di affrontarne la gestione dell'aggressività. Un livello infermieristico più elevato era associato a punteggi più elevati di percezione della violenza sul posto di lavoro. Al contrario, i punteggi dei partecipanti con precedenti episodi di violenza sul posto di lavoro ed esperienze di formazione sulla violenza sul posto di lavoro erano negativamente associati alla percezione della violenza sul posto di lavoro. (3) Diminuzioni significative della fiducia nelle capacità di coping sono state riscontrate nei partecipanti con livelli di istruzione più elevati e con l'intenzione di ricevere formazione sulla violenza sul posto di lavoro.
6- Khan et al., 2021, Pakistan.	Personale sanitario (infermieri e medici) dei PS di due Ospedali	Studio con metodi misti	Questo studio è stato condotto in PS di due ospedali di terzo livello Pakistan, in uno di questi ospedali veniva formato il personale riguardo la riduzione della violenza sul posto di lavoro: è il gruppo d'intervento mentre il secondo (personale non formato) è considerato come gruppo di controllo. L'efficacia della formazione sulla de-escalation è stata valutata attraverso uno studio quasi sperimentale nel quale si è riscontrato che la formazione al personale sanitario nel primo PS ne ha portato miglioramenti significativi sulla fiducia nell'affrontare l'aggressività.

Tabella: descrizione degli studi inclusi dalla revisione.

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

È stato deciso di escludere due degli studi selezionati fino al penultimo step in quanto, rispetto agli altri articoli, non contenevano tutti gli elementi ritenuti necessari per rappresentare il fenomeno.

Entrambi gli articoli esclusi descritti in tabella 2 sotto riportata, vengono distinti dagli altri in quanto il contesto in cui si è svolto lo studio è differente secondo il criterio di inclusione (contesto: Pronto Soccorso) infatti il primo studio di Touzet, 2019 si concentra in un emergency department però specifico ossia *ophthalmic emergency department*.

Il secondo invece, si esclude sempre per il contesto diverso dal PS: lo studio si articola nella fase di emergenza pre-ospedaliera e non dall'accesso del paziente in U.O. di Pronto Soccorso.

Autore, Anno di pubblicazione, Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi
1- Touzet et al., 2019, Francia.	Tutti i pazienti e loro accompagnatori dell'OED (ophthalmic emergency departem) di un ospedale universitario	Studio prospettico monocentrico a serie temporali interrotte	In questo studio, considerando il concetto di prevenzione primaria, è stato valutato l'impatto di un programma di prevenzione globale volto a prevenire la violenza nei confronti degli operatori sanitari.
2- Spelten et al., 2022, Canada.	Operatori sanitari di emergenza pre-ospedaliera, paramedici e operatori di centrale	Studio qualitativo descrittivo	L'obiettivo principale dello studio è quello di identificare e discutere le strategie utilizzate dagli operatori sanitari di emergenza preospedaliera, in risposta alla violenza e all'aggressione da parte di pazienti e astanti.

Tabella 2: descrizione degli studi esclusi dalla revisione

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

In questa revisione di letteratura sono stati presi in considerazione e analizzati specificamente 6 articoli, tutti provenienti da Paesi diversi: Italia, Stati Uniti d’America, Australia, Nord Europa, Taiwan e Pakistan.

Importante sottolineare in questa revisione di letteratura questa differenza di provenienza degli studi poiché il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari è presente in tutto il mondo, però è altrettanto vero che ci sono differenze sostanziali a partire dal contesto socioculturale, fino allo specifico dell’organizzazione sanitaria e la gestione delle emergenze. Il fenomeno delle aggressioni è un fenomeno presente a livello internazionale e, come si è potuto rendere noto dalla ricerca e dagli studi inclusi, si manifesta ugualmente attraverso agiti verbali o fisici ai danni dei professionisti, ma i determinanti dell’escalation del paziente o suo familiare/caregiver possono e devono essere analizzati in base alle differenze che vi sono in determinati luoghi.

Il primo studio: Cannavò et al., (2017), Italia, è uno studio descrittivo. L’indagine è stata condotta presso il DEA dell’azienda ULS RM/B di Roma tra ottobre 2014 e gennaio 2015. I partecipanti che hanno collaborato all’indagine sono stati 58 operatori, 7 dei quali non hanno prestato il loro consenso a partecipare allo studio. La raccolta dei dati è stata fatta tramite 2 specifici questionari: il QVS (*Questionario sulla Violenza in Sanità*) e il QES (*Questionario sugli Eventi Stressanti*) infine, un’intervista per ciascun partecipante condotta da uno psichiatra. La grande maggioranza degli intervistati (64%) riferisce di essere stato vittima di aggressione verbale e fisica mentre il 36% è riportato come aggressioni di tipo verbale. Gli autori di aggressione sono principalmente di sesso maschile mentre le vittime risultano essere perlopiù di sesso femminile (in proporzione al numero di dipendenti). Tra gli indicatori presenti o fattori di rischio si descrivono in fattori ambientali e fattori lavorativi, i primi troviamo: tempi di attesa, setting emergenziale, qualità organizzativa degli ambienti e struttura, aspettative dei familiari e dei pazienti. Lo studio conclude e afferma la sottostima del fenomeno delle aggressioni nei contesti di Emergenza e sottolinea l’importanza della formazione degli operatori sanitari riguardo il paziente autore di aggressione.

Lo studio di Stene et al., (2015), Stati Uniti d'America, è uno studio sperimentale, i partecipanti in questo studio sono stati infermieri e assistenti sanitari di ED presso un centro traumatologico di I livello nel Midwest superiore.

Un gruppo di lavoro diretto da infermieri ha condotto un'indagine iniziale per valutare la Work Place Violence (WPV) all'interno di questo Emergency Department (ED). Dati i risultati, è stato valutato di sviluppare uno strumento di reporting e un programma di formazione riguardo il fenomeno della violenza; ne risulta che gli infermieri e gli assistenti sanitari formati hanno maggior percezione sugli eventi aggressivi e loro stessi sono più sicuri all'interno del contesto lavorativo dove affrontano con maggior fiducia e sicurezza i pazienti aggressivi.

Lo studio di Wirth et al., (2021), Europa, Nord America e Australia è una revisione sistematica di letteratura dove sono stati analizzati 15 articoli scientifici (10 dall'USA, 2 australiani, 2 francesi e uno tedesco) dal 2010. Sono 11 gli articoli che hanno esaminato interventi di tipo comportamentale, in forma di programmi di formazione per operatori sulle capacità di allentamento della tensione, sulla gestione delle persone aggressive e violente e anche sulle tecniche di autodifesa possibile da mettere in atto. Gli altri 4 studi comprendevano inoltre interventi ambientali e organizzativi rispetto all'ED. Nella maggior parte degli studi risultano efficaci gli interventi educativi, formativi, ambientali sulla gestione e riduzione degli episodi di violenza.

Lo studio di Thomas et al., (2021), Australia, è uno studio qualitativo: la mancanza dei follow-up sugli episodi di violenza e sulle aggressioni agli operatori è associata appunto ad alti livelli di violenza. Studio condotto in un ospedale metropolitano della città di Victoria, i partecipanti infermieri del PS sono stati reclutati nel novembre 2018 durante una giornata di formazione. Sono stati creati due focus group con gruppo di ricerca e partecipanti; il gruppo di ricerca ha sviluppato così una guida per le interviste per facilitarne la discussione, due focus group sono stati condotti da un membro del gruppo di ricerca e altri 3 membri hanno osservato direttamente sul campo.

A entrambi i focus group sono stati dati 90 minuti di tempo per discutere degli argomenti oggetto di studio e sono stati registrati. I temi del follow-up organizzativo (oggetto dello studio) sono stati suddivisi in 3 categorie (barriere, facilitatori e opportunità). Attraverso il modello teorico di (Grol e Wensing, 2019) sono stati organizzati i risultati: sono emersi dalle discussioni 8 ostacoli, 7 facilitatori e 7 opportunità per il follow-up organizzativo del

PS. Ne risulta che le barriere sono identificabili in più livelli del sistema sanitario, mentre le opportunità e i fattori abilitanti sono a livello organizzativo. Gli ostacoli al follow-up invece risultano dipendenti da tipo di autore del reato, alla risposta iniziale dell'incidente, al processo di segnalazione dell'accaduto e all'azione organizzativa. I fattori abilitanti includono azioni organizzative ospedaliere per gestire la violenza e il supporto al personale sanitario, le opportunità includono strategie per il miglioramento del follow-up e nuovi studi per implementare queste strategie.

Lo studio di Ming et al., (2019), Taiwan, studio quasi sperimentale, recluta come partecipanti un totale di 66 partecipanti, personale infermieristico dell'ED e reparti ad alto rischio di violenza, tramite un campionamento di convenienza in un centro medico nazionale di Taipei. I partecipanti dello studio sono stati invitati a partecipare a corsi di formazione simulata sulla violenza e a completare dei questionari pre e post-formazione.

Questo studio ha come risultato che la formazione simulata sulla violenza sul posto di lavoro come intervento preventivo ha migliorato significativamente la percezione della violenza e la fiducia da parte dei professionisti di affrontare l'aggressività dei pazienti o familiari/caregiver.

L'ultimo studio selezionato, Khan et al., (2021), Pakistan, studio con metodi misti: componente comparativa trasversale e la seconda componente qualitativa attraverso discussioni di focus group. Partecipa a questo studio il personale sanitario dei PS dei 2 ospedali (uno formato e il secondo di comparazione) di III livello nel distretto di Peshawar in Pakistan. L'obiettivo dello studio di ricerca è di valutare l'efficacia di un corso di formazione sulla WPV e sulla riduzione dell'escalation al personale del primo ospedale e confrontare la riduzione della violenza attraverso la comparazione con il secondo ospedale scelto perché con caratteristiche simili. Dai risultati si descrive che il numero degli episodi di violenza non si distingue da quanto rilevato in precedenza, però la differenza si evince che nel primo ospedale ove il personale sanitario è stato istruito attraverso la formazione complementare, la fiducia è aumentata nel far fronte agli episodi di aggressione e, di conseguenza, anche la soddisfazione lavorativa e un minor rischio di comparsa della sindrome da burnout.

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

La comparazione degli studi inclusi nella seguente revisione della letteratura con i quesiti di ricerca è graficamente evidenziata nelle tabelle di seguito rappresentate.

Tra questi studi selezionati e analizzati, risulta che vi sono delle situazioni presenti o dei fattori scatenanti all'interno delle aree di Emergenza-Urgenza, per esempio il sovraffollamento del Pronto Soccorso oppure il prolungamento dei tempi di attesa, quando lo stato di ansia e agitazione di pazienti e/o familiari/caregiver può amplificarsi ed aumentare.

In letteratura si evidenzia come il fenomeno della violenza verbale, le aggressioni, sono presenti maggiormente durante le fasi di assegnazione del codice di priorità (Triage) e prima dell'accesso agli ambulatori per la valutazione del medico di Pronto Soccorso.

Come risulta da più studi selezionati, ci sono delle modalità e delle strategie suggerite al personale del Pronto Soccorso per organizzare il lavoro, con l'obiettivo di monitorare i bisogni dell'utenza, che permettono di osservare ed intercettare i primi segnali per gestire gli eventi aggressivi; tali strategie risultano essere ad esempio i corsi di formazione sulle tecniche di de-escalation, anche con l'utilizzo delle simulazioni oppure, a livello organizzativo, la gestione degli spazi e dei servizi a disposizione dell'utenza. Fondamentale la presenza di adeguato numero di operatori e, se possibile, la presenza della Forze dell'Ordine, come deterrente negli orari di maggior afflusso.

TABELLA DI COMPARAZIONE n. 1

Articoli Indicatori	ART.1 Cannavò et al., 2017, Italia.	ART.2 Stene et al., 2015, Stati Uniti d' America.	ART.3 Wirth et al., 2021, Europa, Nord America, Australia.	ART.4 Thomas et al., 2021, Australia.	ART.5 Ming et al., 2019, Taiwan.	ART.6 Khan et al., 2021, Pakistan.
Sovraffollamento	P	P	P	P	A	P
Tempi di attesa lunghi (>240 minuti)	P	P	P	P	A	P
Operatori presenti in turno	P	P	P	A	P	P
Comunicazione difficile tra utenza e personale sanitario	P	A	P	P	A	P

Utenza con diagnosi psichiatrica	P	P	P	P	A	A
Formazione specifica del personale (tecniche di de-escalation)	P	P	A	P	P	P
Presenza Forze dell'Ordine	P	P	A	P	A	P
Utenti sotto effetto di sostanze (alcol, droghe)	A	P	P	A	A	A
Avviso di presenza di un sistema di segnalazione	P	P	A	P	A	P
Disposizione degli spazi/locali (sala attesa, ambulatori, angolo caffè, TV, filodiffusione, ecc.)	P	P	A	A	A	P
Stato emotivo dell'utente (paura, ansia, ecc.)	P	P	A	P	A	A
Orario del giorno	P	A	P	A	A	A
Barriere linguistiche/culturali	P	A	A	A	A	P
Aspettative dei familiari	A	P	A	A	A	A
Accesso libero per visitatori	P	A	A	A	A	A
Tasso di alfabetizzazione della comunità	A	A	A	A	A	P

Tabella 3: comparazione tra gli studi inclusi nella revisione: P = presente, A = assente

TABELLA DI COMPARAZIONE n. 2

Articoli Indicatori	ART.1 Cannavò et al., 2017, Italia.	ART.2 Stene et al., 2015, Stati Uniti d' America.	ART.3 Wirth et al., 2021, Europa, Nord America, Australia.	ART.4 Thomas et al., 2021, Australia.	ART.5 Ming et al., 2019, Taiwan.	ART.6 Khan et al., 2021, Pakistan.
Formazione specifica del personale (tecniche di de- escalation)	P	P	A	P	P	P
Presenza Forze dell'Ordine	P	P	A	P	A	P
Avviso di presenza di un sistema di segnalazione	P	P	A	P	A	P
Disposizione degli spazi/locali (sala attesa, ambulatori, angolo caffè, televisioni, filodiffusione, ecc.)	P	P	A	A	A	P

Tabella 4: comparazione tra studi inclusi nella revisione: P = presente, A = assente

CAPITOLO V – *DISCUSSIONE*

5.1 Discussione: Tabella di comparazione n. 1

Per analizzare gli studi e ricercare gli elementi principali presenti nelle situazioni di violenza verso gli operatori sanitari è stata creata una tabella di comparazione nel quale si mette a confronto ogni elemento o indicatore con tutti gli articoli e si verifica la presenza o assenza dell'elemento nei vari studi selezionati.

Partendo con gli elementi risultati presenti nella maggior parte degli studi, analizziamo il *sovraffollamento*, che risulta presente negli articoli di Cannavò et al., (2017), Stene et al., (2015), Wirth et al., (2021), Thomas et al., (2021), Khan et al., (2021); il sovraffollamento del Pronto Soccorso inteso come la sproporzione tra la domanda sanitaria ossia numero di pazienti in carico e in attesa e le risorse disponibili erogate logistiche, strumentali e professionali (Ministero della Salute, 2019).

Un altro elemento importante considerato, perché presente in 5 studi, è il tempo di attesa prima della presa in carico del paziente: questo elemento è da considerarsi in base alle differenze che vi possono essere, sia in relazione alla struttura che all'organizzazione del Pronto Soccorso di riferimento, oltre che al contesto socio-culturale e al tasso di alfabetizzazione, una peculiarità che si evince in particolare dallo studio di Ming et al., (2019), in cui si descrive la problematica anche del sovraffollamento poiché i pazienti vengono accompagnati da più persone e questi sono disposti a richiamare l'attenzione continuamente per informazioni e aggiornamenti dello stato di salute del familiare. I tempi di attesa considerati lunghi è un elemento presente negli studi effettuati in Italia (Cannavò et al., al 2017), negli Stati Uniti d' America (Stene et al., 2015), Nord Europa e Australia (Wirth et al., 2021. Thomas et al., 2021) e in Pakistan (Khan et al., 2021).

La comunicazione considerata "*difficile*" tra operatori e pazienti/caregiver è un elemento cardine sul verificarsi delle aggressioni e in più studi è stato confermato: nello studio di Cannavò et al., (2021), Wirth et al., (2021); in Australia anche nello studio di Thomas., et al (2021), e in Pakistan (Khan et al., 2021).

Si è evidenziato inoltre come il fenomeno della violenza sia frequente in presenza di pazienti con patologia psichiatrica, come descrivono gli studi di Cannavò et al., (2017), Stene et al., (2015), Wirth et al., (2021), Thomas et al., (2021).

Alcuni studi hanno riportato anche elementi riconducibili ad aspetti più marginali, rilevati in concomitanza all'evento aggressivo, tra questi vengono citati:

- *le aspettative dei familiari*: la disomogeneità degli studi obbliga ad una riflessione parziale, in quanto potrebbe risultare fortemente dipendente dal contesto socioculturale, espressi in diverse manifestazioni dei bisogni e delle aspettative dell'utenza, sulla gestione e sull'erogazione dei medesimi interventi assistenziali espressi in funzione del Paese indagato, come riportato nello studio di Stene et al., (2015).

- *abuso di alcol e droghe*: Stene et al., (2015) e Wirth et al., (2021) prendono in considerazione anche lo stato in cui il paziente (o l'accompagnatore) si presenta al triage e la difficoltà nel controllare le proprie azioni-reazioni nei confronti dell'operatore del dipartimento di emergenza-urgenza.

- *orario del giorno*: gli studi di Cannavò et al., (2017) e Wirth et al., (2021) riferiscono che gli eventi aggressivi e/o violenti si verificano perlopiù durante il turno notturno e pomeridiano.

- *il tasso di alfabetizzazione o livello socioculturale del Paese*: lo studio di Khan et al., (2021), ritiene di esprimersi con una sostanziale omogeneità nel presentarsi del fenomeno a livello internazionale, senza evidenti differenze tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo.

5.2 Discussione: Tabella di comparazione n. 2

A livello internazionale viene ritenuto fondamentale per la prevenzione del fenomeno, un progetto di organizzazione del personale disponibile in servizio e degli ambienti e della struttura dei contesti di emergenza-urgenza, inoltre anche in Italia vengono stese delle linee guida per la gestione e la prevenzione degli atti di violenza come per esempio il Vademecum aziendale della regione Lombardia “*Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori e operatrici sanitari del 2023*”, nel quale al suo interno definisce strategicamente alcune disposizioni ambientali e di informazione per l'attesa e la presa in carico del paziente.

Se prendiamo in considerazione le strategie proposte dagli studi analizzati, possiamo ritrovare elementi legati:

- al numero di operatori in turno, dove un'adeguata numerosità programmata nei momenti di maggiore affluenza, rende possibile velocizzare il flusso degli utenti, ed incrementa la percezione della 'presenza' di personale,
- la presenza strutturale di sistemi di segnalazione,
- la presenza di personale delle Forze dell'ordine,
- la disposizione logistica degli ambienti, provvisti anche di sistemi di informazione e di comfort,
- la gestione adeguata dell'accesso riservato ai familiari e accompagnatori dei pazienti, riscontrati negli articoli di Cannavò et al., (2017), Stene et al., (2015), Wirth et al., (2021), Thomas et al., (2021), Ming et al., (2019) e Khan et al., (2021).

Seguendo questa linea di osservazione analitica, in 5 degli studi selezionati viene messa in risalto l'importanza della formazione del personale riguardo l'individuazione precoce e la gestione fin dalle prime fasi di escalation nel paziente, mentre quello di Wirth et al., (2021), rende ancora più evidente l'efficacia dell'intervento formativo offerto al personale dell'area di emergenza-urgenza, ancor più focalizzando l'importanza di un percorso teorico, pratico ma soprattutto di simulazione, che ha portato alla rilevazione di un trend di eventi sensibilmente in diminuzione.

5.3 Limiti dello studio

I principali limiti di questo elaborato si sono presentati durante la ricerca degli studi in formato free full text nelle banche dati utilizzate, escludendo direttamente gli articoli non disponibili in tale formato. Questo limite ha probabilmente precluso la possibilità di trovare articoli più specifici e dettagliati.

Per la ricerca sulle banche dati è stato deciso di includere tutti gli studi dal 2014 ad oggi, per cui sono stati esclusi direttamente tutti gli articoli pubblicati prima del 2014, ricercando così degli studi più aggiornati rispetto all'argomento trattato: il fenomeno della WPV e delle aggressioni è studiato comunque da diversi decenni.

Importante, in questo elaborato, considerare come limite effettivo anche l'eterogeneità degli studi inclusi: studi provenienti da paesi diversi, del mondo orientale e occidentale, ove indubbiamente troviamo culture sono diverse, l'organizzazione della sanità è differente, come sono differenti anche i bisogni della popolazione. Gli Ospedali e i Pronto Soccorso sono diversi per tipologia, anche in risposta alle caratteristiche dei pazienti che vi

accedono, se pensiamo solo all'aspetto assicurativo alla base dell'assistenza sanitaria di alcuni Paesi. Nonostante la diversità e la provenienza diversa degli studi, è possibile sottolineare la presenza del fenomeno della violenza, fenomeno che risulta essere presente a livello mondiale e con caratteristiche simili tra loro, anche in considerazione delle diverse espressioni locali appena accennate.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Implicazioni per la pratica

Gli studi dimostrano come alcuni elementi, definibili come strutturali o logistici, rendano più complessa la gestione dell'utenza nel contesto di PS e sembrano essere determinanti nell'accentuare i fenomeni emergenti di aggressività; in particolare, questi sono riscontrabili nei momenti di maggiore afflusso e sembrano imputabili direttamente al contesto stesso, ma anche al difficoltoso deflusso verso le UU.OO di degenza, una volta disposto il ricovero.

Altri elementi risultano essere, ad esempio, il sovraffollamento o il protrarsi del tempo di attesa per la definizione del percorso di cura, mentre non risultano essere così rilevanti nella gestione del paziente con diagnosi psichiatrica, probabilmente perché da tempo procedurati attraverso specifici protocolli clinico-assistenziali.

Tra gli elementi ritenuti meno influenti, vengono descritti gli aspetti legati allo stato di alterazione dell'utente al momento dell'accesso in PS, per gli effetti dell'abuso di alcol o droghe, ma anche quelli riferiti all'orario del giorno, al grado di alfabetizzazione o alla situazione socioeconomica di provenienza.

Alla luce dell'analisi che offre la revisione qui proposta, si può affermare che:

- un'adeguata numerosità di operatori programmata nei momenti di maggiore affluenza, rende possibile velocizzare il flusso degli utenti, riducendo anche la percezione di 'assenza' da parte dell'utenza
- la disposizione logistica degli ambienti, la presenza di sistemi di informazione, di sistemi di segnalazione e di comfort, forniscono informazioni utili a tenere monitorato il progredire degli interventi ed aiutano a ridurre la percezione del tempo
- la presenza di personale delle Forze dell'Ordine, risulta essere un deterrente all'escalation messa in atto dall'utente
- una gestione adeguata dell'accesso riservato ai familiari e accompagnatori dei pazienti contribuisce a creare i presupposti di un supporto familiare durante il tempo necessario alla definizione del percorso di cura
- un percorso di formazione specifica del personale, permette l'individuazione precoce e la gestione fin dalle prime fasi di escalation nel paziente, rendendo ancora più evidente

l'efficacia di un percorso teorico, pratico ma soprattutto di simulazione, che ha portato alla rilevazione di un trend di eventi sensibilmente in diminuzione.

In molti studi riguardo l'argomento trattato viene sottolineato il fenomeno dell'under reporting ovvero la mancanza di segnalazione degli episodi di violenza da parte degli infermieri, per questo motivo vi è una sottostima dell'incidenza delle aggressioni e non si rilevano i dati reali invece presenti. Di conseguenza, come risulta anche dalla descrizione degli studi, l'opportuna formazione ed educazione al personale sanitario e un sistema di report, attraverso check-list per esempio, potrebbe diventare una strategia di sostegno per il lavoro degli infermieri e un sistema efficace per rilevare dati reali sulla frequenza all'interno delle Aziende Ospedaliere.

6.2 Implicazioni per la ricerca

Questa revisione della letteratura offre alcuni spunti per la ricerca futura:

- non è stato possibile mettere a confronto diverse realtà italiane, e questo potrebbe essere utile per uniformare la base dell'indagine e di conseguenza il confronto dei dati emersi a livello nazionale,
- sarebbe utile implementare gli studi per verificare quanto le strategie anche strutturali, di educazione e formazione del personale influiscano sull'incidenza degli episodi violenti nei confronti degli infermieri e sulla loro miglior gestione.

6.3 Conclusione

Attraverso questo elaborato di revisione della letteratura si può concludere dicendo che il problema del fenomeno delle aggressioni agli infermieri e al personale di PS sia presente a livello mondiale; sono stati analizzati 6 studi provenienti da Nazioni e contesti socio-culturali diversi e, nonostante tutte le differenze che caratterizzano ogni Paese, è possibile valutare come la violenza e le aggressioni perpetrate dai pazienti e/o accompagnatori, familiari, caregiver contro gli infermieri e il personale di Pronto Soccorso si manifesta, verosimilmente, con le stesse modalità.

Si rende noto attraverso la comparazione degli studi analizzati come alcune situazioni, tra le quali il sovraffollamento (*overcrowding*), i tempi di attesa prima della presa in carico del paziente o la mancanza di presidi strutturali e organizzativi ritenuti deterrenti, possano influire negativamente sul verificarsi dell'episodio aggressivo e dare origine all'escalation.

Se non vengono riconosciute le prime fasi del ciclo dell'aggressività manifestate dalla persona, è probabile che questa raggiunga livelli crescenti e si trasformi in agiti aggressivi violenti verso il personale di PS, ma potrebbe mettere a rischio l'incolumità di altri pazienti presenti in sala d'attesa e nei vari ambienti del Pronto Soccorso.

L'importanza di riconoscere le prime fasi dell'escalation è fondamentale per gestire e prevenire conseguenti aggressioni.

Da questo studio risulta che la formazione e l'educazione con vari metodi, ad esempio i corsi teorici in aula, i corsi teorico-pratici o di simulazione, offerti al personale di PS, risultano essere strategici per riconoscere precocemente l'escalation e contenere l'eventuale progressione verso l'aggressione verbale o fisica, così da prevenire conseguenze negative.

Oltre a ciò, risulta efficace per contribuire alla riduzione e alla prevenzione dell'escalation, la disposizione a livello strutturale/ambientale delle aree dei contesti di emergenza-urgenza che accolgono l'utenza e che sono deputati alla permanenza, spesso per un tempo prolungato, la presenza in struttura di sistemi di segnalazione facili da raggiungere, la presenza continua di personale delle Forze dell'Ordine, la predisposizione dei locali con sistemi di comfort e di informazione, oltre che un'organizzazione efficace per la gestione degli accessi dei familiari e accompagnatori.

Non si può però sottovalutare l'importanza delle politiche organizzative del SSN, in tema di accettazione e organizzazione dei percorsi per l'utenza, compreso la possibilità di velocizzare i flussi di diagnosi e trattamento.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

Al-Qadi M. M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of occupational health*, 63(1), e12226. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>.

Bagnasco A., Scelsi S., Silvestro A., Rocco G., & Sasso L., *Infermieristica in area critica*. Terza edizione. Milano. Mc Graw Hill Education. 2020.

Brioschi, M., Cassioli, S., Alberti, A., Disca, B., Spagnolo, E., Tremamondo, J., ... & Destrebecq, A. (2021). Aggressioni e atti violenti nei confronti degli infermieri di pronto soccorso: studio osservazionale. *Italian Journal of Nursing (IJN)*, (36).

Calabrò, A., Marangon, A., Carriero, M. C., Ilari, F., Lupo, R., & Bardone, L. (2020). *L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa*. NSC Nursing, 2(1), 1-17.

Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie/NIOSH Bollettino Current intelligence 57: *Violenza sul posto di lavoro 1996* www.cdc.gov/niosh/violcont.html. Fimeuc. 2011. Standard Organizzativi delle strutture di Emergenza-Urgenza.

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI, 12 e 13 aprile 2019.

Giacomel, S. (2013). Il paziente non urgente e l'accesso al Pronto Soccorso: una scelta consapevole? Studio di prevalenza.

Ministero della Salute. (2022). Triage: nuova codifica di priorità e tempi di attesa. <https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1>
Ultima consultazione: 09/04/2024.

Lupo, R., De Mitri, O., Merola, D., Calabro, A., Landolfo, M., Rango, A., & Maggio, E. (2018). L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: Studio osservazionale. *Italina Journal of Emergency Medicine SIMEU*. <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.032>.

Ministero della Salute (2019). *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso*. Recuperato da: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3143. Ultima consultazione: 09/04/2024.

Ministero della salute. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. 2019. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3145. Ultima consultazione: 09/04/2024.

Morrison LJ., (1999), “*Abuse of emergency department workers: an inherent career risk or a barometer of the evolving health care system?*”. Recuperato da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584087>. Ultima consultazione: 09/04/2024.

Ninan, R. J., Cohen, I. G., & Adashi, E. Y. (2024). State Approaches to Stopping Violence Against Health Care Workers. *JAMA*, 10.1001/jama.2024.1140. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.1140>.

Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., (2011), “*Violenza legata al paziente al triage: uno studio descrittivo qualitativo*”, da International Emergency Nursing.

Raccomandazione N° 8 novembre 2007, Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Ministero della Salute.

Regione del Veneto (2022), *Aggressione e violenza contro il personale sanitario: dalla Regione un documento di indirizzo e un corso per formare 90 istruttori 'anti-violenza'*. Guida per gli operatori del Servizio Sanitario della Regione del Veneto. Recuperato da: <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13542489>.

ultima consultazione: 09/04/2024.

Silvestri C., (1990). Il concetto di area critica. Atti Convegno ANIARTI, Regione Lombardia.

Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza, SIMEU. (2018). *La situazione dei pronto soccorso italiani. Il sovraffollamento dovuto all'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti di destinazione.* Recuperato da: <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/3238/leggi>.

Ultima consultazione: 09/04/2024.

Wensing, M., & Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC medicine*, 17(1), 1-6.

ALLEGATI

Caratteristiche degli studi inclusi

Studio N. 1

Cannavò et al., 2017, Italia.

Obiettivi	L'obiettivo di questo studio era quello di valutare gli episodi di violenza da parte dei pazienti e dei visitatori verso gli operatori sanitari nel Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale S. Pertini (ASL RMB, Roma).
Metodologia	Indagine retrospettiva attraverso questionario di valutazione degli eventi aggressivi e questionario sulla percezione dello stress del personale sanitario.
Setting	Dipartimento di emergenza.
Partecipanti	58 operatori sanitari.
Interventi	Somministrazione di due questionari: QVS e QES.
Outcomes	51 operatori sanitari su 58 partecipanti allo studio riferiscono di aver subito atti di violenza abitualmente ma soltanto una parte viene denunciata poiché la violenza viene considerata come "parte del lavoro". Gli aggressori sono pazienti e accompagnatori, prevalentemente di genere maschile e causano nei confronti degli operatori sanitari danni sia fisici che emotivi.

Studio N. 2

Stene et al., 2015, Stati Uniti d'America.

Obiettivi	Gli obiettivi di questo studio erano quelli di: conoscere il livello di percezione degli operatori sanitari riguardo la WPV, aumentare la consapevolezza del personale sulla WPV e sviluppare un processo semplificato per segnalare e valutare gli eventi di violenza nell'ED. Il progetto nasce con l'intento di migliorare la sicurezza del personale sanitario e la sua soddisfazione lavorativa.
Metodologia	Dapprima è stato analizzato il fenomeno della WPV tra i professionisti sanitari in PS attraverso un'indagine, dopo, è stato

	creato un programma formativo riguardo alla violenza per i partecipanti, creando un nuovo sistema di segnalazione.
Setting	Emergency Department.
Partecipanti	Personale infermieristico dell'ED e assistenti sanitari.
Interventi	Indagine attraverso un sondaggio sulla WPV verso gli infermieri. Una volta compilato il sondaggio, il team del progetto ha creato un programma formativo sull'argomento della violenza. Questa formazione includeva una revisione dei dati iniziali acquisiti dall'indagine, una rappresentazione fattuale di quali atti costituiscono WPV, una revisione dello strumento di segnalazione creato e informazioni su come segnalare incidenti violenti.
Outcomes	Quando sono stati forniti gli strumenti e il supporto per denunciare gli episodi di violenza, il personale si è reso conto di una minore tolleranza alla violenza. Attraverso la valutazione dello stato attuale, una formazione approfondita e uno strumento di reporting conciso, il team del progetto ha consentito ai propri colleghi di identificare i problemi e i modelli all'interno della popolazione di pazienti e di impegnarsi in un ambiente strutturato attorno alla tolleranza zero e a ritenere i pazienti responsabili delle loro azioni. Con questi strumenti in atto, la segnalazione di incidenti violenti è aumentata e la violenza all'interno dell'ED è non è più tollerata come parte del lavoro.

Studio N. 3

Wirth et al., 2021, Europa, Nord America, Australia.

Obiettivi	L'obiettivo di questa revisione sistematica mira a riassumere le prove provenienti da studi di valutazione sulla prevenzione della violenza e dell'aggressività tra pazienti e dipendenti nei pronto soccorso, dove lo scopo degli studi era ridurre la frequenza di incidenti violenti, aumentare conoscenze, abilità o consapevolezza legati a incidenti violenti o per aiutare il personale del pronto soccorso a sentirsi più sicuro e a proprio agio.
------------------	--

Metodologia	La conduzione e la descrizione di questa revisione sistematica seguono i Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).
Setting	Emergency Department.
Partecipanti	Studi selezionati attraverso sistema PIO (popolazione, intervento, risultato).
Interventi	Sono 11 gli studi che hanno esaminato interventi comportamentali sotto forma di programmi di formazione in aula, online o ibridi sulle capacità di allentamento della tensione, sulla gestione delle persone violente o sulle tecniche di autodifesa. Quattro studi includevano non solo una componente educativa, ma anche interventi organizzativi e ambientali nell'ED.
Outcomes	I risultati hanno rivelato che gli studi inclusi hanno mostrato per lo più un impatto positivo degli interventi comportamentali e multidimensionali sulla riduzione degli episodi di violenza da parte dei pazienti nei confronti del personale del pronto soccorso o sulla preparazione del personale ad affrontare situazioni violente, sebbene le prove siano ancora scarse.

Studio N. 4

Thomas et al., 2021, Australia.

Obiettivi	Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le barriere, i fattori abilitanti e le opportunità per il follow-up organizzativo della violenza sul posto di lavoro dal punto di vista degli infermieri del Pronto Soccorso.
Metodologia	In questo studio qualitativo si comprendeva due focus group. Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le barriere, i fattori abilitanti e le opportunità per il follow-up organizzativo della violenza sul posto di lavoro dal punto di vista degli infermieri del Pronto Soccorso.
Setting	Pronto Soccorso.
Partecipanti	Infermieri del Pronto Soccorso dell'Ospedale metropolitano di

	Victoria.
Interventi	È stato utilizzato un approccio qualitativo con i focus group come metodo di raccolta dati per esplorare il significato e l'importanza delle esperienze dei partecipanti. Durante i focus group erano presenti solo il gruppo di ricerca e i partecipanti. Il gruppo di ricerca ha sviluppato una guida per interviste semistrutturate per facilitare la discussione sulla segnalazione degli incidenti, sul follow-up organizzativo e sugli autori di violenza. Due focus group sono stati moderati da un membro del gruppo di ricerca, mentre altri tre membri hanno preso appunti sul campo e hanno assicurato che tutti i partecipanti fossero inclusi nelle discussioni. Sono stati condotti due focus group con 10 e 8 partecipanti poiché l'ospedale ha facilitato due fasce orarie. A ciascun focus group sono stati assegnati 90 minuti in cui sono stati discussi tutti gli argomenti di discussione. I focus group sono stati registrati tramite audio. L'argomento di questo documento sono i temi individuati riguardanti il follow-up organizzativo.
Outcomes	Sono stati discussi otto ostacoli, sette facilitatori e sette opportunità per il follow-up organizzativo. Non sono stati evidenziati fattori abilitanti a livello dell'autore del reato o a livello sociale e nessuna opportunità è stata evidenziata a livello professionale. Non sono stati individuati temi a livello di Contesto economico e politico e Innovazione degli interventi.

Studio N. 5

Ming et al., 2019, Taiwan.

Obiettivi	Questo studio mirava a indagare l'efficacia della formazione tramite simulazione situazionale sul concetto del personale infermieristico e sulla fiducia in se stessi nell'affrontare la violenza sul posto di lavoro.
Metodologia	I corsi di simulazione della violenza sul posto di lavoro sono stati

	applicati sulla base della revisione sistematica della letteratura e delle conclusioni delle interviste dei focus group con il personale infermieristico.
Setting	Reparti alto rischio – Emergency Department.
Partecipanti	Sono 66, membri del personale infermieristico.
Interventi	Sono stati eseguiti dei corsi di formazione di simulazione e di educazione. I partecipanti sono stati invitati a partecipare a corsi di 3 ore per “educazione simulata sulla formazione alla violenza sul posto di lavoro” e a completare i questionari cartacei sia prima che immediatamente dopo il completamento di tutti i corsi di formazione. I partecipanti sono stati intervistati utilizzando tre questionari strutturati, tra cui: informazioni di base; scala della percezione dell'aggressività (POAS); e fiducia nell'affrontare l'aggressività del paziente.
Outcomes	I risultati hanno rivelato che l'intervento del corso di formazione ha migliorato significativamente l'autopercezione e la fiducia del personale infermieristico nei confronti della violenza sul posto di lavoro.

Studio N. 6

Khan et al., 2021, Pakistan.

Obiettivi	L'obiettivo principale di questo studio era valutare l'efficacia di una formazione di mezza giornata sulla riduzione della violenza contro il personale sanitario per quanto riguarda la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza rispetto a un ospedale simile di livello terziario senza tale formazione. Gli obiettivi secondari erano confrontare la soddisfazione complessiva, il burnout, la paura della violenza e la fiducia nel far fronte all'aggressività dei pazienti da parte del personale sanitario dei due ospedali.
Metodologia	Progettato lo studio con metodo misto con una componente comparativa trasversale e discussioni di focus group.
Setting	Emergency Department dei due ospedali presi per lo studio.

Partecipanti	Personale infermieristico di ED dei due ospedali.
Interventi	In uno di questi ospedali veniva formato il personale riguardo la riduzione della violenza sul posto di lavoro: è il gruppo d'intervento mentre il secondo (personale non formato) è considerato come gruppo di controllo.
Outcomes	Lo studio ha dimostrato che vi sono miglioramenti significativi nella fiducia del personale sanitario nel far fronte l'aggressività del paziente, insieme a una migliore soddisfazione lavorativa e a un minor burnout nell'ospedale d'intervento in seguito alla formazione del personale sanitario sulla riduzione dell'escalation.