



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO: ANALISI DEI  
FATTORI DI RISCHIO E IDENTIFICAZIONE DEGLI  
STRUMENTI DI PREVENZIONE E GESTIONE

Relatore:

**Dott. Giordano Cotichelli**

---

Correlatore:

**Dott. Pasquale Palumbo**

---

Tesi di Laurea di:

**Inna Vyacheslavivna  
Kolyahina**

---

A.A. 2019/2020



## **INTRODUZIONE**

Tutti gli operatori sanitari, medici, infermieri, OSS, personale ausiliario si ritrovano sempre più spesso a diventare vittime di atti di violenza sul proprio luogo di lavoro. Anche se questo fenomeno riguarda molteplici realtà assistenziali diverse fra loro, il luogo più colpito in assoluto rimane il Pronto Soccorso in quanto è un ambiente caratterizzato da altissima intensità di cure, elevato livello di stress, sia per gli operatori che per gli utenti, ed una costante e consistente fluenza di persone con varie problematiche e condizioni psico-fisiche costrette a permanere in stretto contatto fra loro in uno spazio limitato per un tempo prolungato. La figura coinvolta maggiormente è quella dell'infermiere in quanto si ritrova in prima linea a gestire rapporti con il paziente e/o i suoi famigliari (Becattini, et al., 2007).

Questo fenomeno purtroppo è in continua crescita sia per numero che per la gravità di aggressioni. In Italia gli atti di violenza a carico dell'operatore sanitario sono considerati eventi sentinella, per cui qualora accadessero devono essere prontamente segnalati al Ministero della Salute attualmente l'ultimo protocollo di monitoraggio è stato redatto nel 2012 e le aggressioni subite dagli operatori sanitari si posizionano al 4° posto con ben 165 casi (Ministero della salute, 2012). Purtroppo, non tutti gli operatori denunciano: moltissimi sottovalutano l'importanza della segnalazione in quanto erroneamente considerano questi eventi come un normale rischio da correre in determinate aree assistenziali. Si tratta del cosiddetto fenomeno dell'under reporting, infatti uno studio italiano evidenzia che nonostante il numero delle aggressioni subite (sia fisiche che verbali), il 62,7% degli operatori intervistati ha riferito di non aver mai denunciato l'accaduto né al Ministero della Salute né, tantomeno al proprio coordinatore dell'unità operativa (Ramacciati, Ceccagnoli & Addey, 2013). Questo ci fa riflettere sul fatto che se tutti gli atti di violenza subiti fossero stati denunciati correttamente avremmo avuto una statistica ben più preoccupante di quanto non lo sia già. A tal proposito diventa di fondamentale importanza fornire un'adeguata formazione al personale sanitario per consentirgli di conoscere e riconoscere sia i vari fattori di rischio inerenti al proprio ruolo e luogo di lavoro sia le varie tecniche/strumenti che permettono di prevenire le possibili aggressioni o arrestarne la progressione.

## 1.1 Fattori di rischio del Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è sottoposto ad elevato rischio di aggressioni a carico degli operatori da parte dei pazienti e/o dei loro famigliari/accompagnatori (Cannavò et al., 2017). In letteratura sono stati identificati alcuni fattori maggiormente innescanti gli atti di aggressione:

- L'eziopatogenesi di alcune malattie che inducono il paziente a rivolgersi al Pronto Soccorso (Rintoul, Wynaden & McGowan 2009) a causa dell'insorgenza o evoluzione rapida ed improvvisa, che comporta sia la manifestazione dei sintomi della malattia (per es. dolore), sia la manifestazione di turbamenti psicologici quali stress, paura della morte, rabbia (Reever & Lyon, 2002). In questi casi, l'aggressione fisica o verbale può insorgere in quanto si sovrappongono gli aspetti clinici ed emotivi caratterizzate da ansia e stress con conseguente alterazione di lucidità, del pensiero, della comunicazione e del comportamento del paziente e/o degli accompagnatori (Brunetti & Bambi, 2013).
- Le caratteristiche strutturali del Pronto Soccorso hanno un ruolo rilevante nel controllo dell'aggressività: infatti le strutture più piccole con spazi limitati, mancanza di privacy, costituiscano un fattore di rischio per l'insorgenza degli atti di aggressività fisica e verbale (Gillespie & Melby, 2003). Il pronto soccorso essendo una struttura multispecialistica giornalmente richiama un alto numero di accessi ed il personale addetto alla sicurezza se non numericamente sufficiente o non adeguatamente formato, conduce all'aumento del numero di casi segnalati di aggressione fisica e verbale (Gillespie et al., 2003).
- Il tempo di attesa ed il fenomeno di "overcrowding", ovvero un numero di accessi superiore all'effettiva capacità di ricezione della struttura, in letteratura rappresentano i due fattori di rischio maggiori per la manifestazione di episodi di aggressività fisica e verbale da parte degli utenti del Pronto Soccorso (Brunetti et al., 2013).
- I pazienti psichiatrici essendo più vulnerabili psicologicamente, se utenti del pronto soccorso (ambiente che li stimola per lo più in maniera negativa), comportano un aumento del rischio di aggressione, manifestando atteggiamenti violenti e di chiusura nei confronti sia del personale sanitario che degli altri utenti del Pronto Soccorso (Appelbaum, 2006).

- I pazienti di tipo neurologico, affetti da morbo di Alzheimer o altri tipi di demenza senile, possono avere comportamenti aggressivi verso gli operatori (Bidzan, L., Bidzan, M. & Paçhalska, 2012).
- I pazienti in stato di ebrezza o di abuso di sostanze stupefacenti (Hodge & Marshall, 2007) rappresentano un altro fattore di rischio importante per l'insorgenza di episodi di aggressività dovuto all'alterato stato cognitivo ed elevata irritabilità (Hides et al., 2015).

## 1.2 Aggressività ed aggressione

Innanzitutto, è importante sottolineare le distinzioni tra aggressività ed aggressione. L'aggressività è la predisposizione ad avere in maniera abituale una reazione aggressiva ad una qualsiasi azione proveniente dall'esterno, invece l'aggressione è la messa in atto di un comportamento in grado di arrecare un danno diretto o indiretto nei confronti di un altro individuo (Palmonari, Cavazza & Rubini, 2012).

In ambito sanitario per aggressività si intende una qualsiasi azione fisica o verbale in grado di arrecare un danno diretto o indiretto alla salute ed alla sicurezza dell'operatore (Mayhew & Chappel, 2005). In letteratura sono state identificate tre tipologie di aggressioni:

- **Aggressione fisica:** si traduce nell'uso intenzionale della forza da parte di una persona nei confronti di un'altra senza apparente giustificazione, che sfocia in un danno fisico a carico del ricevente (Design Council with the partnership of Health Department, 2011). Quindi possiamo definire l'aggressione fisica come l'uso intenzionale della forza rincorrendo, delle volte, anche all'utilizzo di oggetti contundenti di uso comune oppure persino di armi, con l'obiettivo di arrecare un danno ad una persona (American Association of College of Nursing, 2000).
- **Aggressione verbale:** consiste nell'utilizzo di espressioni che suscitano nel destinatario la sensazione di angoscia oppure costituiscono una minaccia (Design Council with the partnership of Health Department, 2011). Fanno parte di questa tipologia anche le discriminazioni rivolte alla persona facendo riferimenti a caratteristiche personali come per esempio l'etnia, l'orientamento sessuale o religioso (Ferns, 2005).

- **Aggressione sessuale o molestia sessuale:** per quanto riguarda il primo viene definito come “qualsiasi atto che, risolvendosi in un contatto corporeo, pur se fugace ed estemporaneo tra soggetto attivo e passivo, coinvolgente la sfera fisica di quest’ultimo, pone in pericolo la libera autodeterminazione della persona offesa della sfera sessuale” (Codice penale, articolo 609). Invece la molestia sessuale viene definita come “espressione volgare a sfondo sessuale, con il fine di corteggiamento invasivo ed insistito” (Codice Penale, articolo 660).

Alla base del comportamento aggressivo abbiamo le cosiddette pulsioni ovvero comportamenti puramente istintuali che si possono suddividere in due categorie: aggressività sana ed aggressività negativa (Krahe, 2005). L’aggressività sana nell’essere umano corrisponde al suo istinto di difesa ed alla conservazione del Sé, invece l’aggressività negativa consiste nel comportamento negativo per la società e non è correlato alla conservazione del proprio benessere. (Krahe, 2005).

L’aggressività è una componente indispensabile dell’essere umano presente a livello biologico, appartiene a tutti e precede ogni dimensione etico-morale (World Health Organization, 2002). Inoltre, essa può assumere diverse sfaccettature, è possibile distinguere “l’aggressività ostile” e “l’aggressività strumentale”: la prima corrisponde alla precisa volontà di danneggiare l’altro, la seconda, invece, viene vista come un mezzo per raggiungere un determinato obiettivo attraverso il compimento di una determinata azione (Krahe, 2005). Sono molti gli autori che hanno studiato ed analizzato negli ultimi anni numerosi episodi di aggressività nei vari contesti, e sono riusciti a definire il cosiddetto “ciclo dell’aggressione” (Maier & Van Rybroek, 1995).

Il ciclo dell’aggressione è composto da 5 fasi:

- **Fase del fattore scatenante o del “Trigger”,** ovvero un determinato evento o una determinata situazione che scaturlisce una reazione aggressiva dovuta alla perdita dell’equilibrio psico-emotivo dell’individuo.
- **Fase dell’escalation:** con l’aumentare del disagio psico-fisico dell’individuo si innesca l’attivazione fisiologica che sfocia nello stato emotivo di rabbia.
- **Fase della crisi:** l’individuo raggiunge il picco massimo dello squilibrio della baseline psico-emotiva ordinaria.

- **Fase del recupero:** l'individuo ha superato il picco massimo della fase di espressione dell'aggressività e inizia a riprendere contatto con la realtà che lo circonda.
- **Fase della depressione post-critica:** in questa fase insorgono diverse emozioni nell'individuo, fra queste il senso di colpa, il rimorso e la vergogna.

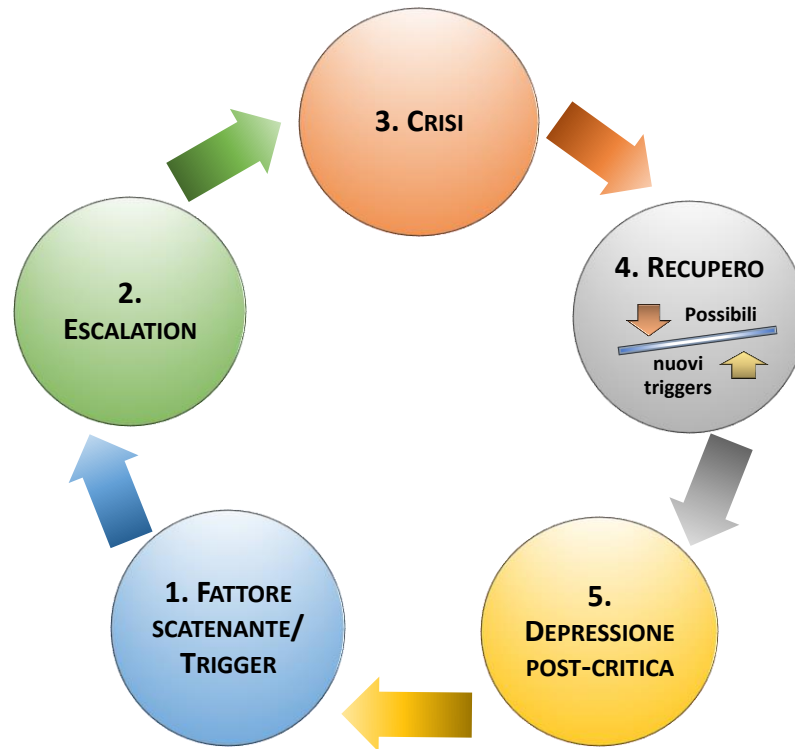


Figura 1: Ciclo dell'aggressione (Maier & Van Rybroek, 1995)

Inoltre, è possibile aggiungere un'ulteriore fase tra la prima e la seconda ovvero la fase della Pre-aggressione (Maier et al., 1995) durante la quale, se si interviene correttamente, è possibile contenere l'individuo. Questa fase intermedia è caratterizzata dalla manifestazione di segnali prodromici come la confusione, l'irritabilità, l'innalzamento della voce, comportamenti compulsivi come la camminata avanti ed indietro oppure frequente cambio di posizione (Almvik & Woods, 2003).

# MATERIALI E METODI

## 2.1 Obiettivo della tesi

L'obiettivo di questa tesi è quello di esaminare, attraverso la revisione narrativa della letteratura, i fattori di rischio che predispongono alla manifestazione di aggressività a danno di operatori sanitari in Pronto Soccorso e di rinvenire gli strumenti attualmente disponibili ai quali è possibile ricorrere per valutare, prevenire e gestire in maniera adeguata questi episodi.

## 2.2 Metodo di ricerca

Questo elaborato è stato redatto attraverso una revisione narrativa della letteratura scientifica nazionale ed internazionale, in base all'obiettivo definito precedentemente.

Qui di seguito vengono indicate le strategie di ricerca utilizzate, ovvero viene descritto il processo di selezione e di analisi degli articoli reperiti nelle varie banche dati. La ricerca degli articoli è avvenuta attraverso la formulazione di quesiti clinici di tipo foreground:

- ❖ Quali sono i fattori di rischio che predispongono gli episodi di aggressività o violenza in pronto soccorso?
- ❖ Quali sono gli strumenti di screening per gli episodi di aggressività o violenza in pronto soccorso?
- ❖ Quali cambiamenti sono necessari per ridurre gli episodi di aggressività o violenza in pronto soccorso?

A partire dai quesiti clinici indicati sono state individuate delle parole chiave utilizzate successivamente per la definizione delle stringhe di ricerca inserite poi all'interno della banca dati PubMed. La formulazione delle stringhe di ricerca è avvenuta servendosi sia di Mesh che in modalità libera con ricorso agli operatori booleani AND ed OR. Le parole chiave individuate ed utilizzate nella formulazione delle stringhe di ricerca sono state: Aggression (Mesh), Violence (Mesh), Aggression/classification (Mesh), Aggression/prevention (Mesh), Aggression/prevention and control (Mesh), Emergency service Hospital (Mesh), Emergency service hospital/statistics (Mesh), Factor (Mesh), Risk (Mesh) in modalità All Fields. I filtri che sono stati impostati in ogni ricerca di ogni banca dati sono: search fields (title/abstract), text availability (full text) e periodo di pubblicazione (1989-2020). Effettuando una ricerca nella banca dati Pubmed avvalendosi



della stringa integrata con le parole chiave e gli operatori booleani è stata reperita una cospicua quantità di articoli riguardanti l'argomento in questione. Sono stati reperiti 1013 articoli, successivamente, adottando i criteri di inclusione quali la pertinenza dell'argomento (aggressività e violenza), le strategie di prevenzione (scale e modifiche ambientali) e il setting di applicazione e figure di riferimento (Pronto Soccorso, infermieri). Gli articoli individuati come pertinenti nell'abstract sono stati filtrati per l'anno di pubblicazione a partire dal 1989 al 2020, in quanto numerosi articoli antecedenti presentavano dati statistici non più attuali al giorno d'oggi, inoltre, sono stati ulteriormente scartati tutti gli articoli scritti in lingue diverse da italiano e inglese, di conseguenza sono stati selezionati 48 articoli adatti per la stesura di questa tesi.

### **2.3 Setting e popolazione target**

Il setting di riferimento è il Pronto Soccorso, la popolazione target è l'utenza del Pronto Soccorso a rischio di sviluppare comportamenti aggressivi verso gli operatori sanitari della U.O.; l'intervento riguarda le azioni da mettere in atto per prevenire e/o ridurre gli episodi di violenza oppure per correggere i fattori di rischio modificabili; l'outcome auspicabile consiste nella riduzione sia della frequenza di manifestazione che della gravità degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del pronto soccorso.

## RISULTATI

### 3.1 Revisione della letteratura

Il pronto soccorso viene considerato un ambiente predisponente agli episodi di violenza a danno di infermieri ed altri operatori sanitari da parte di utenti e/o loro familiari sottoposti ad elevati livelli di ansia e stress (King, Corbiere & Milord, 2006). Anche se la tematica di aggressività a carico degli operatori sanitari sia un argomento in letteratura molto conosciuto, ancora non esistono protocolli specifici che trattano la prevenzione ed il riconoscimento tempestivo di utenti potenzialmente violenti né, tantomeno strumenti validati necessari per classificare questa tipologia di utenti in maniera standardizzata (King et al., 2006). Già a partire dal 1991 l'Emergency Nurses Association degli Stati Uniti ha definito le aggressioni come un problema prioritario il quale deve essere gestito dall'azienda ospedaliera per garantire un ambiente lavorativo sicuro per i propri dipendenti (Gurney et al., 2014). Sempre l'Emergency Nurses Association ha redatto una serie di diritti/doveri degli infermieri che hanno subito un episodio di violenza, introducendo così il concetto di prevenzione che consiste in tre aspetti fondamentali: amministrativo, ambientale e quello di sicurezza (Gurney et al., 2014). Alcuni stati come Pennsylvania e California facendo seguito al suddetto documento e considerando gli eventi di aggressione in ambito sanitario hanno aumentato le sanzioni penali ed economiche come fattore deterrente per quegli utenti che esercitano qualsiasi forma di aggressione verso un operatore sanitario, in particolar modo verso gli infermieri che svolgono la loro attività lavorativa in pronto soccorso (Ray, 2007). Queste misure purtroppo non hanno fornito i risultati attesi (in termini di riduzione della manifestazione degli atti violenti), lo dimostra uno studio cross-sectional statunitense del 2009 dal quale emerge che l'87,4% degli infermieri che lavorano in area critica su un campione di 3.465 persone, è stato vittima di almeno un episodio di violenza nel corso dei 6 mesi precedenti (Gacki-Smith et al., 2010). Dallo studio di Gates del 2011 si deduce che per quanto possa essere auspicabile riuscire a prevenire gli atti di violenza non tutte le volte è possibile, perciò il problema andrebbe adeguatamente affrontato nelle sue tre fasi: pre-aggressione, durante l'aggressione e post-aggressione intervenendo su tre fattori principali quali operatori sanitari stessi, utenti e loro familiari e caratteristiche ambientali del pronto soccorso (Gates et al., 2011), come viene illustrato nella tabella sottostante.

Haddon matrix applied to ED violence prevention			
	Host (employee) factors	Vector and vehicle (patient/visitor) factors	Physical/social environmental factors
Before assault	Education and training Policy and procedures Preventing aggressive behavior De-escalation and conflict resolution Managing aggression	Communication to patients and visitors of policy that violence will not be tolerated and potential consequences of violent behavior Minimize anxiety for waiting patients and visitors by communicating with them every 30 min	Develop and communicate policy to employees and management that violence is never acceptable Development and implementation of violence policies and procedures Manager education Security/police response/policies and education Monitor access to emergency department Develop mechanism to alert staff when patients and visitors who were previously violent visit the emergency department again Quiet environment/areas Special area for aggressive individuals/safe room for criminals Enforce visitor policies (ie, number of visitors)
During assault	Education and training Nonviolent crisis intervention	Isolate perpetrator from others	Security/police plan Implement procedures for dealing with violent event Create procedure for investigating physical threats
After assault	Critical incident debriefing Mandatory reporting of all physical assaults and physical threats	Reporting to security/police Maintain patient's/visitor's name for alerting staff upon return visit	Create procedure for reviewing violent event

Tabella 1: Gates, 2011, pagina 33

- Interventi pre-aggressione:** si tratta di interventi di prevenzione da mettere in atto prima che l'aggressione si verifichi, basati soprattutto sul riconoscimento precoce dell'utente potenzialmente aggressivo (Luck, Jackson & Usher, 2007) e sull'esercitazione degli operatori sanitari simulando una situazione di pericolo in affiancamento ad un team multidisciplinare composto da psichiatri, psicologi, infermieri specializzati in psichiatria ed altri professionisti (Gates et al., 2011). Un altro fattore importante è quello di riuscire a riconoscere tra gli utenti che accedono al pronto soccorso quelli che in precedenza hanno già avuto comportamenti aggressivi. La comunicazione tra l'operatore sanitario e l'utente è di fondamentale importanza, si consiglia di verificare la condizione clinica dell'utente ogni 30 minuti per evitare l'aumento del livello di ansia sia dell'utente stesso che dei suoi famigliari/accompagnatori. (Gates et al., 2011).

- **Interventi di contenimento:** in corso dell'aggressione, l'obiettivo primario è quello di cercare di gestire la crisi con metodi non invasivi e non costrittivi utilizzando le tecniche appropriate di comunicazione, per riuscire a contenere i danni arrecati dall'utente. È di fondamentale importanza in questa fase la presenza del personale di sicurezza adeguatamente formato (Erickson & Williams-evans, 2000).
- **Interventi di debriefing:** nella fase post-aggressione si procede con la stima dei danni arrecati al personale sanitario ed all'ambiente circostante (Gates et al., 2011). Inoltre, in letteratura è emerso che ancora sono molti gli infermieri che considerano questi eventi come parte integrante del loro lavoro (Erickson et al., 2000). Questo punto di vista è ritenuto come l'ostacolo maggiore da superare per poter affrontare in maniera adeguata il problema di aggressività e violenza (Gates et al., 2011) anche se c'è da dire che in molte strutture ospedaliere non ci sono indicazioni specifiche su cosa e come segnalare oppure, laddove presenti, la procedura risulta lunga e complicata (Gates et al., 2011).

### ***3.1.1 Interventi di prevenzione dell'aggressione***

In letteratura sono state individuate diverse tecniche che possono essere utilizzate a seconda dei casi per prevenire l'insorgenza dell'aggressione o la progressione di quest'ultima verso la fase critica, difficilmente trattabile:

#### ***3.1.1.1 BVC***

Nel 2000 è stata sviluppata la BVC (Brøset Violence Checklist) da Almvik R., Woods P. e Rasmussen K. (Almvik et al., 2000) a partire da uno studio condotto da Linaker & Buschlversen del 1995 durante il quale sono stati osservati giornalmente i comportamenti dei pazienti ricoverati presso un'unità ospedaliera in Norvegia. In seguito all'osservazione sono state riscontrate 56 forme di comportamento differenti nell'arco delle 24 ore precedenti un episodio di violenza (Almvik & Woods, 2003). Le forme di comportamento che però si ripetevano con maggiore frequenza sono le seguenti 6 (Almvik et al., 2000):

- **Confusione e disorientamento:** l'utente inizia a perdere la cognizione spazio-temporale.
- **Irritabilità:** l'utente diventa particolarmente suscettibile, si innervosisce facilmente e risulta infastidito dalla presenza di altre persone.
- **Clamorosità:** l'utente mette in atto dei comportamenti rumorosi/chiazzosi, come alzare improvvisamente la voce o sbattere violentemente le porte o altri oggetti.
- **Minacce verbali:** l'utente innalza la voce verso una persona specifica, con l'obiettivo di minacciarla, intimidirla o insultarla verbalmente, talvolta il contenuto della sua comunicazione può essere neutrale ma espresso in maniera aggressiva.
- **Minacce fisiche:** l'utente mette in atto delle azioni con evidente obiettivo di provocare la vittima, strattonandola per i vestiti oppure esibendo un pugno.
- **Crisi pantoclastica:** l'utente aggredisce intenzionalmente gli oggetti, rompendoli, lanciandoli o sbattendoli.

INDICATORE	PUNTEGGIO	
	PRESENZA	NON PRESENZA
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
<b>PUNTEGGIO TOTALE:</b>	<b>6</b>	

Tabella 2: Terzoni et al., 2016, pagina 2

Ogni indicatore accumula un punteggio, che può essere 1 se quel comportamento è presente oppure 0 se è assente, il punteggio, inoltre, può variare se un determinato comportamento diventa cronico e ripetitivo per l'utente (Almvik et al., 2003). Il risultato finale ci permette di classificare il comportamento dell'utente in tre categorie di rischio (Almvik et al., 2000):

- **Rischio minimo o nullo** di aggressione quando la somma dei singoli punteggi è pari a zero, non deve essere preso nessun provvedimento.
- **Rischio medio** di aggressione quando la somma dei punteggi è tra 1 e 2, è consigliabile adottare delle misure di prevenzione.
- **Rischio alto** di aggressione quando la somma dei punteggi è da 3 a 6, significa che l'aggressione ormai è imminente, diventa di fondamentale importanza predisporre tutto il necessario per contenerla limitando così eventuali danni.

Diversi studi hanno dimostrato l'affidabilità e l'efficacia di questo strumento (Almvik et al., 2003; Terzoni et al., 2016), analizzando 109 pazienti per 3 giorni consecutivi con la scala BVC, i 12 di loro svilupparono un comportamento aggressivo e la BVC ha previsto con accuratezza l'insorgenza del comportamento violento nel'63% dei casi, e di quello non violento nel'92% dei casi (Almvik & Woods, 2003). Uno studio italiano, svolto presso l'AO San Paolo di Milano ha portato alla validazione in lingua italiana (Terzoni et al., 2016). Una volta validata, la versione italiana della BVC è stata utilizzata nell'unità operativa di psichiatria dell'AO San Paolo di Milano su un campione di 153 pazienti nelle 24 ore successive al ricovero. È stata dimostrata l'efficacia della scala con una specificità del 95,1% ed una accuratezza del 81,8% (Terzoni et al., 2016), dimostrandone pertanto l'effettiva efficacia. Un altro studio recente, del 2020, ha valutato in modo pragmatico l'utilità della Brøset Violence Checklist (BVC) e la sua potenziale utilità nel guidare la gestione proattiva e gli interventi per aiutare a ridurre gli episodi di violenza e / o aggressività all'interno di un'unità di terapia intensiva psichiatrica. Gli episodi di comportamento disturbato del paziente sono stati raccolti in un periodo di 13 settimane utilizzando il sistema di segnalazione degli incidenti DATIX. Sono state esaminate le registrazioni BVC completate nelle 24 ore precedenti a qualsiasi incidente. È stato identificato l'utilizzo dei piani di gestione del rischio sviluppati dopo il completamento del BVC. I piani sono stati codificati come: Interventi farmacologici; Interventi ambientali; Interventi restrittivi. Su 86 incidenze segnalate, i risultati hanno suggerito un

completamento soddisfacente dei fogli dei punteggi BVC per tutti i pazienti. I piani di gestione sono stati notati come efficaci per i pazienti i cui punteggi BVC erano più alti di 3, come raccomandato dallo strumento. È stato notato che l'attuazione di interventi restrittivi era inferiore a quelli farmacologici o ambientali all'interno dei piani di gestione del rischio proposti. Per cui l'integrazione dell'utilizzo di questo strumento di valutazione del rischio a breve termine è stata pertanto considerata un'utile aggiunta alle procedure standard (Theruvath-Chalil, Davies & Dye, 2020).

#### *3.1.1.2 STAMP*

Uno studio australiano condotto nel 2005 e pubblicato nel 2007 (Luck et al., 2007) ha identificato una serie di aspetti osservabili che permettono di stimare il potenziale aggressivo di un utente all'interno dell'area critica. Sono stati coinvolti 20 infermieri del pronto soccorso in questo studio (sia uomini che donne, con diversi anni di servizio) e sono stati osservati per 290 ore in 5 mesi (Luck et al., 2007). Al termine dell'osservazione gli infermieri sono stati intervistati e dai loro feedback sono emersi 5 aspetti osservabili indicativi di una potenziale capacità di aggredire, questi 5 aspetti compongono l'acronimo STAMP (Luck et al., 2007):

STAMP assessment components and cues	
Assessment component	Assessment cue
Staring	Prolonged glaring at the nurse whilst s/he is engaged in nursing practice Absence of eye contact (culture is a variable here)
Tone and volume of voice	Sharp or caustic retorts Sarcasm Demeaning inflection Increase in volume
Anxiety	Flushed appearance Hyperventilation Rapid speech Dilated pupils Physical indicators of pain, grimacing, writhing, clutching body Confusion and disorientation Expressed lack of understanding about emergency department processes
Mumbling	Talking 'under their breath' Criticizing staff or the institution just loudly enough to be heard Repetition of same or similar questions or requests Slurring or incoherent speech
Pacing	Walking around confined areas such as waiting room or bed space Walking back and forth to the nurses area Flailing around in bed 'Resisting' health care

Tabella 3: Luck et al., 2007, pagina 15

- **Staring and eye contact:** l'utente fissa continuamente l'infermiere. Questo è uno degli aspetti più significativi in termini di predizione di una potenziale aggressione, infatti in 9 casi su 16 i pazienti violenti hanno fissato l'operatore prima di aggredirlo. Anche se gli infermieri hanno definito due tipologie di questo aspetto: una consiste nel fissare il vuoto e l'altra nel cercare continuamente in contatto visivo. In entrambi i casi però gli infermieri hanno percepito l'utilizzo di questo mezzo a scopo intimidatorio (Luck et al., 2007).
- **Tone and volume of voice:** l'utente modifica il tono o il volume della sua voce, introduce risposte taglienti, battute sarcastiche e volte a sminuire il personale infermieristico; questo comportamento è stato individuato in 13 casi violenti su



16 esaminati (Luck et al., 2007). Solitamente l'utente si comporta così quando vuole attirare l'attenzione su di sé, in quanto crede che la sua situazione clinica sia stata sottovalutata dal personale (O'Connell et al., 2000).

- **Anxiety:** l'utente o i suoi accompagnatori manifestano ansia a causa di questi tre fattori (Luck et al., 2007):
  - il fattore psico-sociale dipende dalla situazione familiare dell'utente
  - il fattore situazionale, ovvero il motivo per il quale l'utente si trova in pronto soccorso
  - il fattore contestuale, altri motivi che possono non riguardare l'utente stesso ma lo inducono ad incrementare il livello di ansia (Brunetti et al., 2013).

Secondo gli infermieri che hanno contribuito allo studio, una mancata conoscenza dei protocolli e/o procedure possono creare delle aspettative diverse dalla realtà, per esempio, per quanto riguarda i tempi di attesa o l'attribuzione del codice colore e questa incongruenza incrementa ulteriormente lo stato ansioso dell'utente, facendogli perdere il controllo fino ad arrivare ad aggredire l'operatore (Luck et al., 2007).

- **Mumbling:** mormorio o rimuginazione, l'utente spesso a bassa voce sussurra, farfuglia delle frasi senza alcun significato oppure ripete continuamente le frasi dispregevoli per sottolineare il suo disaccordo di qualsiasi natura, questo comportamento è stato presente in 11 casi su 16 (Luck et al., 2007). Di solito queste tipologie di utenti si trovano sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti oppure sono affetti da malattie mentali, categorie di per sé considerate ad alto rischio di comportamenti aggressivi (Winstanley & Whittington, 2002).
- **Pacing:** camminata compulsiva e afinalistica, per esempio avanti e indietro in sala d'attesa oppure intorno al letto (Luck et al., 2007). Uno studio spiega che questo atteggiamento viene utilizzato inconsciamente per oggettivare a livello fisico l'ansia e l'agitazione che si sta vivendo (Lau, Magarey & McCutcheon, 2005). Questo comportamento a volte integrato anche dall'aumento della frequenza respiratoria e rotazione delle braccia in aria è stato presente in 9 su 16 casi di aggressioni avvenute (Luck et al., 2007).

L'obiettivo della checklist STAMP è quello di permettere ai medici e infermieri riconoscere in maniera tempestiva un utente potenzialmente pericoloso utilizzando uno strumento semplice, efficace ed evidence based practice. (Luck et al., 2007).

### *3.1.1.3 Fnopi e Fnomceo: FAD gratuito per infermieri e medici sull'aggressività*

La violenza in pronto soccorso è un fenomeno, in continuo aumento, uno studio condotto dal Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università di Tor Vergata di Roma dimostra che l'89,6% degli operatori sanitari è stato sottoposto, nel corso della propria attività lavorativa, ad episodi di violenza fisica, verbale o psicologica.

L'ordine dei medici riporta che nell'ultimo anno, il 50% ha subito aggressioni verbali ed il 4% fisiche. L'Indagine Nazionale sulla violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso evidenzia come i tempi d'attesa dilungati (79,7%), il sovraffollamento (76,0%) la sensazione di mancanza di cura (56,1%) sono state definite come le cause più frequenti che hanno provocato la reazione violenta da parte degli utenti e l'attività di Triage viene considerata come l'attività infermieristica più rischiosa in assoluto per quanto riguarda la violenza (86,3%) ( Ramacciati, 2016).

Questi avvenimenti portano il personale medico-infermieristico ad una sensazione di insicurezza, preoccupazione e paura di essere aggrediti anche soltanto varcando la soglia del proprio luogo di lavoro. Le conseguenze a cui gli atti di violenza possono portare, però sono spesso sottovalutate oppure non vengono prese in considerazione come dovrebbero, qui di seguito alcune di queste:

- Difficoltà/calo di concentrazione durante il lavoro
- Sensazione di paura e/o rabbia
- Evitare di svolgere determinate attività delegandole ad un collega
- Comportamento di esclusione che influenza negativamente l'attività lavorativa

Un'altra conseguenza grave come sottolinea Massimo Picozzi e conferma Filippo Anelli (presidente della Fnomceo), è la rassegnazione del personale sanitario, ovvero accettazione della violenza come parte integrante ed inevitabile del proprio lavoro. Questa rassegnazione e percezione errata portano a gravosi effetti collaterali come ad esempio la mancata segnalazione, l'immobilismo, il burnout o l'esaurimento emotivo, perdita di

motivazione verso lo svolgimento della propria professione. Picozzi ci tiene a specificare che la violenza non fa assolutamente parte del lavoro né tanto meno si tratta di un incidente di mestiere, quindi, deve essere denunciata sempre. Soprattutto per quanto riguarda la professione infermieristica dove la relazione con il paziente è alla base di tutto. In riferimento alla suddetta situazione a dir poco allarmante la FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche) in collaborazione con la FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) ha inaugurato il progetto “C.A.R.E.” (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) – “Prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute”, realizzando un corso FAD gratuito indirizzato a tutti i medici e gli infermieri iscritti agli ordini di riferimento che possono accedere al corso attraverso la piattaforma FadInMed. Il corso si articola in 12 sezioni che trattano principalmente la comunicazione verbale e non verbale, ogni argomento viene spiegato attraverso dei video specifici e l'obiettivo è quello di ridurre la tensione e di conseguenza anche l'aggressività nelle relazioni interpersonali. Massimo Picozzi, il responsabile di questo e di molti altri corsi è uno psichiatra, criminologo e scrittore italiano, ha l'obiettivo di rendere i professionisti della sanità consapevoli riguardo le dinamiche comportamentali che si manifestano nelle persone aggressive per poter reagire in maniera più adeguata possibile (Picozzi, 2019). Ha pubblicato inoltre un libro di testo nel 2014 “*Guida pratica alla sicurezza per gli operatori della salute. Riconoscere e gestire rabbia e aggressività, minacce e violenza, nel lavoro di ogni giorno*” (Picozzi, 2014).

### ***3.1.2 Interventi durante l'aggressione***

#### ***3.1.2.1 BERT***

Il Behavioral Emergency Response Team (BERT) è stato istituito nel 2011 basato sulla linea guida dell'ICSI (Institute of Clinical Systems Improvement) che ha proposto di formare un team multidisciplinare di rapido intervento per i contesti non psichiatrici per supportare il personale non adeguatamente addestrato a gestire i pazienti con comportamenti che si evolvono verso un'aggressione a danno degli operatori sanitari o altre persone presenti (Institute for Clinical Systems Improvement , 2011). Il team multidisciplinare BERT comprende principalmente un infermiere di psichiatria, un

educatore e un addetto alla sicurezza. L'attivazione di questo team viene richiesta dall'infermiere o medico del reparto in cui si trova il paziente secondo determinati parametri descritti nella tabella sottostante (Zicko et al., 2017):

#### Behavioral Emergency Response Team Call Parameters

Patient responding to auditory and/or visual hallucinations or other impairment of reality impeding staff's ability to redirect or effectively communicate with patient
Concern the patient's psychiatric condition is deteriorating and that the patient and/or others may be in impending danger
Agitated, disruptive, threatening, and/or acting out behavior is not responsive to staff's redirection or other attempted interventions
<ul style="list-style-type: none"><li>• Threatening danger to self or others (family, other patients, staff)</li><li>• May be related to: mental illness, dementia, traumatic brain injury, withdrawal of drugs/alcohol, agitated delirium, hallucinations/delusions, situational coping</li><li>• May include: yelling, demanding, cursing, manipulative activities</li></ul>
Sexual threats, assault, or unwanted physical contact

Tabella 4: Zicko et al., 2017, pagina 379

#### Parametri attivazione BERT:

- Il Paziente risponde unicamente alle proprie allucinazioni visive e/o uditive: tutti i tentativi di comunicazione da parte del personale medico-infermieristico sono inefficaci;
- Il Paziente si trova nello stato di agitazione, non risponde né alle indicazioni né agli altri interventi del personale medico-infermieristico;
- Il Paziente mette in atto molestie sessuali, comportamenti violenti o contatto fisico non desiderato.

Il BERT attraverso le tecniche di de-escalation verbale, rilassamento terapeutico o interventi ambientali cerca di ripristinare l'equilibrio nelle situazioni critiche (Zicko et al., 2017). Il team può anche, in caso di bisogno e previo parere del medico psichiatra, consigliare una terapia farmacologica per contenere la situazione critica oppure adattare la posologia della terapia già in prescrizione in quanto non più sufficiente (Zicko et al., 2017).

Durante l'intervento del BERT il personale del reparto rimane coinvolto agendo secondo le specifiche indicazioni del team. L'addetto alla sicurezza interviene quando falliscono tutte le tecniche verbali e il paziente inizia a manifestare l'aggressività provvedendo al suo contenimento fisico (Zicko et al., 2017). Quando la situazione critica rientra nella normalità o si stabilizza l'infermiere psichiatrico, in collaborazione con il resto del team e con gli altri operatori coinvolti nell'intervento, effettua un de-briefing durante il quale analizza tutti gli interventi eseguiti ed identifica quelli che sono stati più efficaci nel fermare l'escalation per migliorare le proprie strategie in vista degli interventi futuri. Inoltre, in contemporanea con il de-briefing, l'infermiere del BERT e l'infermiere dell'unità operativa provvedono alla compilazione della scheda dell'intervento ed all'impostazione del monitoraggio nelle 4-6 ore che seguono l'intervento durante le quali è sempre possibile attivare di nuovo il BERT nel caso di necessità (Zicko et al., 2017).

La convocazione della squadra BERT prevede anche la somministrazione di un questionario al termine dell'intervento a tutti gli operatori sanitari che vi hanno partecipato per analizzare il grado di comprensione delle decisioni terapeutiche intraprese dal team durante l'intervento per poter poi, sulla base dei risultati, provvedere alla formazione del personale (Zicko et al., 2017). Questa tecnica è molto efficace, come lo dimostra lo studio di Zicko, in quanto permette di addestrare il personale sanitario delle varie unità operative a riconoscere i parametri sulla base dei quali bisogna attivare il BERT. Lo studio è durato 5 mesi durante i quali il BERT si è trovato a gestire 17 casi di aggressività comportamentale e solo in 3 casi è stato inevitabile l'intervento del personale addetto alla sicurezza, applicazione delle contenzioni ed il personale sanitario ha subito l'aggressione (Zicko et al., 2017).

### BERT Response-Specific Patient Outcomes (N=17)

<b>Outcome</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Calmed and remained in room	14	82
Transferred to intensive care unit	2	12
Left against medical advice	1	6
Consult liaison (on-call psychiatrist) consulted	5	29
Medication administered (initiation or adjustment)	9	53
1:1 sitter initiated	5	29
1:1 sitter in place pre-BERT, remained post-BERT	6	35
Code green	2	12
Security intervention	2	12
Restraint	3	18
Staff assault/injuries	3	18

Note. BERT = behavioral emergency response team.

Tabella 5: Zicko et al., 2017, pagina 383

Grazie allo studio è stata dimostrata l'efficacia del BERT nel portare il paziente alla de-escalation prima che avvenisse la fase della crisi. Questo metodo inoltre può essere applicato in qualsiasi unità operativa e non esclusivamente nei contesti psichiatrici, grazie alla collaborazione tra il personale specializzato in psichiatria ed il personale di altre unità operative (Zicko et al., 2017).

#### 3.1.2.2 Ricorso alla contenzione

L'articolo 30 del codice deontologico cita in merito all'argomento delle contenzioni "il ricorso alla contenzione fisica deve essere un evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali" (FNOPI, 2019) invece nella Costituzione Italiana troviamo che "un trattamento sanitario deve essere sempre incentrato sul rispetto della dignità e della libertà della persona" (art. 13, art. 32 Costituzione della Repubblica Italiana, 1947). Per contenzione fisica si intendono tutti i

presidi che vengono collegati alla persona impedendole di muoversi liberamente nello spazio oppure di raggiungere le parti del proprio corpo i quali non possono essere controllati e/o rimossi dalla persona stessa (Evans, Wood, Lambert & Fitzgerald, 2002). Esistono 3 tipologie di contenzione (Evans et al., 2002):

- **Contenzione fisica:** consiste nell'applicazione dei presidi che limitano i movimenti della persona. Nel Pronto Soccorso vengono maggiormente utilizzati i presidi per contenzione di determinati distretti corporei come, per esempio, le fasce per i polsi, le sponde del letto o le cinture pelviche (Zanetti, Castaldo & Miceli, 2012).
- **Contenzione chimica o farmacologica:** avviene mediante l'utilizzo di specifici farmaci con il potere sedativo come le benzodiazepine o sedativi maggiori. Per gestire le emergenze comportamentali in corso esistono diverse linee guida che prevedono l'uso di farmaci sedativi, una di queste è la Consensus Panel for Behavioral Emergency (Allen, Currier, Hughes & Reyes-Harde, 2001) basata su uno studio eseguito da 50 psichiatri che evidenzia l'efficacia nella somministrazione di benzodiazepine per os per controllare gli episodi di aggressività nei 50% dei casi (Allen et al., 2001). Invece NICE (National Institute for Health and Care Excellence) nel 2015 ha introdotto il concetto della Rapid Tranquilisation che consiste nell'intervento farmacologico tempestivo per gestire un'emergenza comportamentale sfociata nell'aggressività (NICE, 2015). La linea guida redatta dalla NICE promuove la Rapid Tranquilisation rispettando però alcune raccomandazioni e precauzioni prima di procedere alla somministrazione dei farmaci. Si specifica che l'utilizzo di sedativi possa provocare degli effetti avversi come la depressione respiratoria, il collasso cardio-circolatorio oppure il peggioramento delle patologie presenti (NICE, 2015). Perciò si raccomanda di monitorare attentamente l'attività cardiocircolatoria del paziente dopo la somministrazione, soprattutto se sono stati somministrati farmaci antipsicotici dato che predispongono all'allungamento del tratto QT che potrebbe provocare delle aritmie cardiache pericolose come l'asistolia (NICE, 2015).
- **Contenzione ambientale:** consiste nella modifica degli spazi in cui si trova il paziente favorendo la limitazione dei movimenti. Di solito questo metodo si utilizza nelle unità psichiatriche, isolando il paziente aggressivo in una stanza e

riducendo così eventuali stimoli stressogeni facendolo tornare al suo normale stato psico-emotivo (Zanetti et al., 2012).

- **Contenzione psicologica:** avviene con l'intervento di personale specializzato come psichiatri e psicologi che utilizzano le tecniche verbali di ascolto empatico attivo e di talk-down che aiutano a riportare il paziente a riprendere il contatto con la realtà riducendo la sua aggressività (Scarpa, 2012).

In Italia nel 2012 è stato condotto uno studio di prevalenza su un campione di 445 pazienti di vari reparti che sono stati contenuti; è emerso che la contenzione si applica in geriatria nel 35% dei casi e nell'area critica nel 27,9% dei casi (Zanetti et al., 2012). Le decisioni di applicare le contenzioni sono state motivate nell'8,7% dalla necessità di controllo dello stato di agitazione e nell'1,7% dalla necessità di controllare l'aggressività (Zanetti et al., 2012).

Il feedback di tale metodologia sia da parte degli infermieri che da parte dei pazienti è per lo più negativo, la maggior parte dei pazienti che hanno vissuto la contenzione hanno espresso dei giudizi molto negativi in merito a questa esperienza affermando in alcuni casi che tale pratica ha leso la loro autostima ed il senso di sé (Sibitz, Scheutz & Lakeman, 2011). Alcuni di loro invece si sono sentiti trattati come malati mentali (Sibitz et al., 2011) oppure hanno visto la contenzione come una punizione al loro comportamento più che una scelta necessaria per salvaguardare la loro sicurezza o quella degli altri (Soininen, Putkonen & Joffe, 2013). Per quanto riguarda gli operatori che nel corso della loro attività lavorativa si trovano costretti ad applicare le contenzioni dal punto di vista giuridico sono tutelati da alcune norme ma il rischio di oltrepassare il confine è molto alto in quanto, secondo il Codice Penale, l'applicazione delle contenzioni deve essere riservata soltanto ai casi di necessità (art.54, Codice Penale) o all'esercizio di un diritto e adempimento di un dovere (art. 51, Codice Penale). Nel caso in cui la contenzione non possiede la giustificazione necessaria o è priva del consenso medico e del familiare/tutore, oppure viene applicata per motivi disciplinari, potrebbe essere contestata e vista come sequestro di persona (art. 605 Codice penale) e/o violenza privata (art. 610 Codice Penale).



### ***3.1.3 Interventi post aggressione***

#### ***3.1.3.1 SOAS-RE***

La scala SOAS-RE (Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency Department), revisionata nel 2018 è stata definita in letteratura come uno strumento che permette di monitorare l'insorgenza, la tipologia e la gravità degli episodi violenti in Pronto Soccorso (Morken et al., 2018). È stata realizzata per la prima volta nel 1987 da Palmstierna e Wistedt (Palmstierna & Wistedt, 1987) per l'utilizzo esclusivo destinato ai contesti psichiatrici. Successivamente, in vista dell'incremento degli episodi di violenza contro gli operatori sanitari anche in altre realtà, nel 1999 è stata revisionata (Nijman et al., 1999). Attualmente la scala SOAS-RE può essere utilizzata da qualsiasi operatore che assiste il paziente o che subisce un'aggressione da parte del paziente o di un suo familiare. La scala è composta da due parti: la prima parte che contiene quesiti riguardanti il luogo dell'incidente, le informazioni sull'operatore coinvolto: età, sesso, posizione lavorativa, chi era presente nel momento di aggressione e le informazioni sull'aggressore: lo stato di salute mentale, segni che indicano l'assunzione di sostanze (Morken et al., 2018); la seconda parte è composta da sei colonne, ognuna di esse contiene varie opzioni che possono essere selezionate simultaneamente permettendo di rendere la descrizione dell'evento più precisa possibile (Morken et al., 2018). Le colonne sono le seguenti:

- 1. Fattore scatenante dell'episodio aggressivo:** si deve scegliere fra le opzioni, anche più di una contemporaneamente, sul cosa abbia potuto innescare la manifestazione dell'aggressività, per esempio tempi d'attesa, disaccordo con il giudizio clinico. Il punteggio che possa essere raggiunto in questa colonna varia da 0 a 2 (Morken et al., 2018).
- 2. Strumento utilizzato dall'aggressore:** viene descritto se l'aggressore ha fatto utilizzo di qualche ausilio/arma, altre voci per approfondire chiedono se l'aggressore fosse in possesso o avesse fatto utilizzo di armi, e se avesse rivolto l'arma contro qualcuno (Morken et al., 2018). Il punteggio massimo è di 3 (Morken et al., 2018).
- 3. Finalità dell'aggressione:** In questa colonna sono presenti varie figure professionali con le quali il paziente potrebbe essere entrato in contatto, come

medico, infermiere, personale del 118, addetto alla sicurezza, agente di polizia. Il punteggio massimo raggiungibile è di 4 (Morken et al., 2018).

4. **Conseguenze dell'aggressione sulla vittima:** qui vengono descritti gli esiti dell'aggressione avvenuta, ci sono voci che riguardano lo stress emotivo e psicologico ed il bisogno di lasciare il turno. Sia nella versione del 1987 (SOAS) che nella versione del 1999 (SOAS-R) la quarta colonna viene utilizzata per analizzare i danni arrecati alla vittima ed agli oggetti circostanti, il punteggio massimo ottenibile per gli oggetti era più alto rispetto al punteggio attribuibile alla vittima (Palmstierna et al., 1987; Nijman et al., 1999). Invece nella versione revisionata SOAS-RE il punteggio di gravità maggiore riguarda la vittima con un valore massimo pari a 4, mentre il valore massimo ottenibile per gli oggetti è pari a 2 (Morken et al., 2018).
5. **Strategie messe in atto per arrestare l'aggressione:** qui sono state aggiunte varie possibilità, come il ritiro spontaneo dell'aggressore, il rispetto del desiderio della persona, la richiesta di allontanarsi dal posto, con il punteggio massimo di 4 (Morken et al., 2018).
6. **Figure che hanno fermato l'aggressione:** l'obiettivo di questa colonna è quello di recuperare ulteriori informazioni riguardo le persone che hanno partecipato nella risoluzione dell'aggressione. È una colonna facoltativa che serve per stimare la gravità dell'accaduto e non fa parte del calcolo del punteggio (Morken et al., 2018).

L'ultima parte della scheda è riservata alla percezione personale della gravità dell'accaduto da parte del soggetto compilatore. È infatti possibile esprimere una valutazione soggettiva tramite VAS (Visual Analogic Scale) (Gift, 1989) attribuendo un punteggio da zero (evento non grave) ad un massimo di 100 (evento molto grave). Questa valutazione si è inoltre rivelata essere un semplice ed efficace strumento per la misurazione dello stress sul posto di lavoro (Lesage & Berjot, 2011).

**SOAS-RE**  
The Staff Observation Aggression Scale - Revised - Emergency primary care

The form is to be completed by the staff member who has exposed to aggressive behavior defined as any verbal, nonverbal or physical behavior that was threatening (to self, others, property), or physical behavior that did harm (to self, others, property).

1. When was the incident?  
Date (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Time \_\_\_\_\_

2. Where was the incident?  
At the clinic   
Over the phone   
At home visit   
Other \_\_\_\_\_

3. Staff member exposed to incident  
Age \_\_\_\_\_  
Occupation \_\_\_\_\_  
Sex: Female  Male

4. Were you alone in the situation?  
Yes  No

5. Aggressor:  
Who: Patient  Next-of-kin  Other \_\_\_\_\_  
Sex: Female  Male

6. Does the aggressor have a known mental illness?  
Yes  No  Unknown

7. Was the aggressor under influence of drugs or alcohol?  
Yes  No  Unknown

Mark at least one alternative in each of the six columns below

Provocation of aggressive behaviour	Means used by the aggressor	Target of aggression	Consequence(s) for victim(s)	Measure(s) to stop aggression	Persons involved in measure(s) to stop aggression
No understandable provocation <input type="checkbox"/>	Verbal aggression <input type="checkbox"/>	None <input type="checkbox"/>	None <input type="checkbox"/>	None <input type="checkbox"/>	Physician <input type="checkbox"/>
Provoked by: Person had to wait <input type="checkbox"/>	Threat <input type="checkbox"/>	Furniture/objects <input type="checkbox"/>	Objects <input type="checkbox"/>	Talked to person <input type="checkbox"/>	Nurse <input type="checkbox"/>
The person was denied something <input type="checkbox"/>	Ordinary objects <input type="checkbox"/>	Physician <input type="checkbox"/>	Damaged <input type="checkbox"/>	Took the person aside <input type="checkbox"/>	Ambulance personnel <input type="checkbox"/>
The person disagreed about assessment/ advice <input type="checkbox"/>	Room contents/ objects <input type="checkbox"/>	Nurse <input type="checkbox"/>	Person <input type="checkbox"/>	Withdrew from situation/ ended call <input type="checkbox"/>	Security guard <input type="checkbox"/>
Involuntary assessment of health condition <input type="checkbox"/>	Parts of the body <input type="checkbox"/>	Ambulance personnel <input type="checkbox"/>	Psychological/ emotional stress <input type="checkbox"/>	Complied with the person's wish <input type="checkbox"/>	Police <input type="checkbox"/>
Other, describe: <input type="checkbox"/>	Hand <input type="checkbox"/>	Security guard <input type="checkbox"/>	Felt threatened <input type="checkbox"/>	Asked the person to leave the site <input type="checkbox"/>	Other patients <input type="checkbox"/>
	Face <input type="checkbox"/>	Police <input type="checkbox"/>	Pain <input type="checkbox"/>	forced the person to leave <input type="checkbox"/>	Next-of-kin <input type="checkbox"/>
	Other, describe: <input type="checkbox"/>	Other patients <input type="checkbox"/>	Visible injury <input type="checkbox"/>	Other, describe: <input type="checkbox"/>	Others, describe: <input type="checkbox"/>
	Dangerous objects or methods <input type="checkbox"/>	Other persons, describe: <input type="checkbox"/>	Need for treatment by a physician <input type="checkbox"/>		
	Attempt of strangulation <input type="checkbox"/>		Needed to be taken off duty <input type="checkbox"/>		
	Used/had weapon <input type="checkbox"/>		Other, describe: <input type="checkbox"/>		
	Used/had pointed weapon <input type="checkbox"/>				
	Other dangerous objects incl. syringe <input type="checkbox"/>				

Adjusted from: "The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)" (Nijman et al. 1999)

Visual Analogue Scale (VAS)

Mark on the line  
The aggressive incident was

not severe at all ----- extremely severe

Tabella 6: Morken et al., 2018, pagina 8

Il punteggio raggiungibile va da 0 a 22 punti ed in base del valore ottenuto è possibile definire 3 categorie di gravità (Morken et al., 2018):

- 0-7 lieve
- 8-15 moderata
- 16-22 alta

Un valore pari o superiore a 9 determina un'aggressione che comprende o un contatto fisico che suscita paura per l'incolumità oppure utilizzo di oggetti pericolosi rivolti alla persona (Hvidhjelm, Sestoft, Skovgaard & Bjorner, 2014). Questa scala è stata validata

grazie ad uno studio norvegese che analizzò in maniera casuale 10 strutture ospedaliere per 12 mesi. In questo lasso di tempo sono state compilate e restituite 350 schede di cui complete 291, a cui sono stati attribuiti punteggi da 1 a 22 (Morken et al., 2018). Dai risultati è emerso che la media dei punteggi della SOASE-RE era di circa 10 punti con deviazione standard di 4,1, invece il punteggio medio della VAS era di circa 45,4 con deviazione standard di 26,7 (Morken et al., 2018). Analizzando i suddetti dati lo studio dimostrò un indice di correlazione tra il punteggio della SOAS-RE quello della VAS di 0,45 definendo così la significatività positiva (Morken et al., 2018). La scala SOAS-RE in seguito a questo studio è stata definita uno strumento molto utile per la ricerca, registrazione e gestione degli episodi di aggressività in Pronto Soccorso (Morken et al., 2018).

### *3.1.2.3 EAP*

L'Employee Assistance Program è un servizio di assistenza rivolto ai dipendenti delle aziende ospedaliere nato nel 1987 e si occupa degli aspetti gestionali, legali e psicologici delle questioni lavorative e familiari che possono alterare il rendimento sul lavoro (Lipscomb, 2015). In base alla gravità della situazione e della tipologia del servizio richiesto è possibile ricorrere al supporto telefonico attivo h 24 o direttamente alla consulenza psicologica. L'obiettivo principale di questo servizio è quello di individuare i possibili fattori di rischio e intervenire prima che la situazione si aggravi al punto di indurre l'operatore all'assenteismo oppure allo svolgimento inefficace della propria mansione, mettendo a rischio anche la salute degli assistiti (Lipscomb, 2015). Per ogni tipologia di problematica il programma prevede un approccio specifico, sul tema della violenza sul luogo di lavoro sono previsti dei corsi sulla prevenzione dei potenziali episodi di aggressione oppure i gruppi di discussione in presenza di uno psicoterapeuta per i dipendenti che hanno già subito la violenza sul lavoro e devono superare l'accaduto (Lipscomb, 2015). Uno dei problemi più importanti di questo servizio consiste nel fatto che non viene erogato direttamente dall'azienda ospedaliera ma da aziende esterne, in questo modo il programma non può essere svolto durante l'orario lavorativo ed il dipendente dovrebbe dedicarvi il suo tempo libero per questo motivo molti operatori sono costretti a rinunciare (Lipscomb, 2015). In ogni caso l'organizzazione mondiale della salute (WHO, 2002) consiglia e promuove l'EAP in quanto porta dei miglioramenti sia

economici per le aziende ospedaliere, riducendo l'assenteismo e riducendo i premi assicurativi, (Mulligan, 2007) sia riguardanti il benessere psico-fisico dei dipendenti che, di conseguenza, migliora anche la qualità di assistenza erogata (Lipscomb, 2015).

### **3.2 Legge n. 113 del 14 agosto 2020**

Un passo importante è stato fatto di recente dal governo italiano, il 24 settembre scorso è entrata in vigore la **Legge n. 113 del 14 agosto 2020**, riguardante le “*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale lo scorso 9 settembre (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020). La Legge prevede applicazione di varie misure sia sanzionatorie a livello penale ed amministrativo che educative e preventive ed è rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Riassumendo brevemente è prevista nell'art. 2 della legge l'istituzione entro tre mesi a partire dal 24 settembre di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli operatori del settore sanitario, data di entrata in vigore della legge, l'osservatorio verrà istituito presso il Ministero della Salute, i compiti svolti dall'Osservatorio sono principalmente (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020):

- **Attività di monitoraggio** di episodi di violenza o di eventi sentinella degli episodi di violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, il monitoraggio di attuazione delle misure di prevenzione e protezione per garantire livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi d. lgs. 81/2008, anche mediante l'uso di strumenti di videosorveglianza (*art. 2 c. 1, lett. a, b, d*) (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020);
- **Attività di promozione** di studi e analisi per la formulazione di proposte e misure utili a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti; la promozione della diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in *équipe*; la promozione dello svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto volte a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti (*art. 2 c. 1, lett. c, e, f*) (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020).

L'obiettivo è quello di potenziare il più possibile la prevenzione e la protezione a favore degli operatori sanitari. È prevista la promozione di iniziative di informazione, da parte del Ministro della Salute, sull'importanza del rispetto del lavoro del personale che svolge professioni sanitarie o socio-sanitarie. L'art. 4 della legge prevede la modifica dell'art. 583 *del codice penale* e l'introduzione del secondo comma che disciplina un'ipotesi speciale del delitto di lesione personale (Codice Penale, 2020).

L'art. 583 *quater* c.p. viene così modificata:

*Lesioni personali gravi o gravissime a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive **nonché a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali*** (Codice Penale, 2020).

Il nuovo secondo comma dell'art. 584 *quater* c.p. dispone che:

*«Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività»* (Codice Penale, 2020).

La legge ha introdotto una nuova circostanza aggravante comune con l'aggiunta del comma 11 *octies* all'art. 61 c.p. (Codice Penale, 2020). Pertanto, aggrava il reato: "l'aver agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività» (Codice Penale, 2020).

La legge ha operato delle modifiche al Codice penale in relazione ai reati di percosse (art. 581) e lesione personale (art. 582 c.p.). In particolare, il primo comma prevede la procedibilità d'ufficio in caso di percosse aggravate. Inoltre, è prevista la procedibilità d'ufficio nel caso in cui sia ravvisabile l'aggravante, anche nelle ipotesi di lesioni personali con durata inferiore ai venti giorni (Codice Penale, 2020).

Sono state introdotte le seguenti misure di prevenzione:

- Le strutture presso le quali opera il personale sanitario o socio-sanitario devono prevedere all'interno dei piani per la sicurezza, delle misure dirette a stipulare specifici **protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento** (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020).
- Sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla problematica della violenza contro gli operatori sanitari: la legge prevede l'istituzione della «*Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari*». La data sarà stabilita con **decreto** del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dell'istruzione e dell'Università e della Ricerca. Tale giornata non viene considerata come “solennità civile” ai sensi della legge 260/1949 e non determina gli effetti civili propri delle ricorrenze festive (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020).

Le sanzioni amministrative previste dalla legge consistono nel pagamento di un importo da **500 a 5.000 euro** per chiunque tenga condotte **violente, ingiuriose, offensive o moleste**, nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private (Gazzetta Ufficiale n. 224, 2020).

## DISCUSSIONE

Questo elaborato sottolinea l'importanza e l'attualità del problema della violenza in Pronto Soccorso contro gli operatori sanitari in quanto purtroppo è un fenomeno in continua crescita. I dati reperiti in letteratura parlano chiaro, sia dal punto di vista numerico (su 3.465 infermieri intervistati l'87,4% ha confermato di aver subito un'aggressione) (Gacki-Smith et al., 2010) sia dal punto di vista di gravità e crudeltà di questi episodi (Ray, 2007). Basandosi su questi dati è evidente che conoscere e applicare delle strategie di prevenzione diventa di fondamentale importanza, l'utilizzo della Brosët Violence Checklist attualmente aiuta a riconoscere precocemente un soggetto potenzialmente capace di mettere in atto un comportamento violento con una sensibilità del 63% e specificità del 92% (Almvik & Woods, 2003). Le caratteristiche di questa checklist sono state confermate e validate grazie alla ricerca condotta dall'azienda ospedaliera San Paolo di Milano: hanno fatto parte dello studio 153 pazienti ed è emersa una sensibilità del 81,8% ed una specificità del 95,1% (Terzoni et al., 2016). Sono state definite 6 forme di comportamento che compongono la checklist (Confusione e disorientamento, Irritabilità, Clamorosità, Minacce verbali, Minacce fisiche e Crisi pantoclastica). Il punto forte di questo strumento è la semplicità e velocità nella compilazione che permette di collocare il comportamento dell'utente in una delle tre categorie di rischio grazie al punteggio ottenuto. La checklist STAMP (Staring, Tone and volume of voice, Anxiety, Mumbling, Pacing) permette agli operatori sanitari di stimare, attraverso una semplice osservazione dell'utente, il suo potenziale aggressivo. Gli aspetti da prendere in considerazione sono stati identificati grazie alla ricerca condotta in Australia coinvolgendo 20 infermieri del pronto soccorso che sono stati osservati per 290 ore in 5 mesi (Luck et al., 2007). Dall'intervista effettuata in seguito, gli infermieri hanno definito le caratteristiche osservate maggiormente nei pazienti che hanno avuto un comportamento violento, la conoscenza di queste caratteristiche ad oggi permette di riconoscere nell'utente in maniera tempestiva una potenziale capacità di aggredire (Luck et al., 2007). Questo strumento però ha due limiti principali: il fatto che non sia stato ancora sperimentato sul territorio nazionale ed il fatto che gli indicatori STAMP non conferiscano alcun punteggio non permettendo così di determinare le varie fasce di rischio. L'ultima strategia di prevenzione emersa dalla ricerca è il corso FAD (Prevenire,



riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute) creato appositamente per infermieri e medici. Il punto di forza principale di questo progetto è la sua accessibilità a tutti gli operatori iscritti agli rispettivi ordini a titolo completamente gratuito, seguibile online, ed assegnazione di 39,6 crediti ECM.

Laddove prevenire l'insorgenza di un'aggressione non fosse possibile, la letteratura fornisce mezzi per gestirla, uno di questi è il ricorso alla Behavioral Emergency Response Team; l'attivazione del team viene richiesta dal medico o infermiere secondo determinati parametri. Anche se si tratta di un approccio abbastanza recente e ancora in via di sviluppo le realtà ospedaliere che hanno già la possibilità di usufruirne dimostrano come l'intervento di questo team di esperti abbia potuto ridurre notevolmente gli sviluppi negativi sia per gli operatori che per i pazienti stessi (Zicko et al., 2017). Lo ha evidenziato uno studio condotto per 5 mesi durante i quali il team è stato convocato nelle diverse unità operative per 17 casi di aggressività e solo in 3 casi è stato necessario ricorrere all'intervento delle forze dell'ordine (Zicko et al., 2017). Il punto forte di questa strategia è la presenza di diverse figure professionali che fra l'altro possiedono protocolli specifici di gestione farmacologica e non, hanno a disposizione varie possibilità di intervento indipendentemente dall'unità operativa richiedente (Zicko et al., 2017). Un altro metodo di gestione della violenza reperito in letteratura è la contenzione del soggetto (fisica, farmacologia, ambientale o psicologica), questa pratica però deve essere applicata soltanto nelle situazioni più estreme laddove tutti gli altri metodi hanno fallito, in quanto comporta una serie di conseguenze negative soprattutto sul piano psicologico per l'utente che subisce una contenzione (Sibitz et al., 2011) ed un rischio di conseguenze giuridiche per l'operatore che si trova costretto ad applicarla (art. 610 Codice Penale).

Dopo l'aggressione invece la letteratura fornisce diversi strumenti che permettono di valutare l'evento accaduto ed assistere l'operatore che lo ha subito. La più efficace fra queste è considerata la scala di autovalutazione Staff Observation Aggression Scale-Revised Emergency Department: attraverso la compilazione ed attribuzione di valori numerici alle varie voci della scala è possibile determinare la gravità dell'evento (Morken et al., 2018). Il punto di forza principale di questa scala è la sua specificità per l'ambiente del Pronto Soccorso, in quanto vengono elencati tutti i fattori di rischio possibili di quell'ambiente, inoltre è molto semplice e veloce da compilare, prevenendo così il fenomeno purtroppo ancora molto diffuso dell'under-reporting (Morken et al., 2018).

Altro strumento emerso in letteratura è l'Employee Assistant Program, un servizio di assistenza ai dipendenti. Per lo più si tratta del supporto psicologico volto a salvaguardare il benessere psico-fisico del lavoratore migliorando così anche la sua efficienza sul posto del lavoro (Lipscomb, 2015). Il punto di forza di questo progetto è la sua accessibilità h 24 permettendo così di usufruirne anche al lavoratore turnista.

Considerando i risultati di questa ricerca e la quantità di articoli reperiti in letteratura si può evincere che l'argomento "violenza in Pronto Soccorso" è rilevante non solo in Italia ma anche a livello internazionale. Oltretutto questo fenomeno è in continua crescita nonostante durante la ricerca siano emersi diversi studi sul fenomeno dell'under-reporting, i quali lasciano chiaramente intendere che i dati statistici di cui disponiamo possono essere definiti come la punta dell'iceberg e non comprendono la reale entità del problema.

## CONCLUSIONI

Violenza in Pronto Soccorso contro gli operatori sanitari, un fenomeno che purtroppo si legge sempre più spesso sui quotidiani, un problema che non perde la sua attualità e continua a crescere, continua a sottoporre i medici, gli infermieri ed altri operatori al rischio di subire danni personali ogni volta che timbrano il cartellino e varcano la soglia del proprio posto di lavoro; lavoro che consiste nel curare, aiutare ed assistere le persone che si racano in ospedale. I numeri riportati in questo elaborato fanno emergere soltanto una minima percentuale rispetto gli episodi veramente avvenuti in quanto una gran parte degli operatori purtroppo non denuncia, perché continua ad accettare i comportamenti violenti come un normale effetto collaterale, lasciando così impuniti i loro aggressori e sottovalutando la gravità del problema. Questo elaborato ha reperito in letteratura varie strategie che, portate alla conoscenza degli operatori, possono essere d'aiuto nel prevenire e/o gestire l'aggressività nelle varie fasi della sua progressione:

- **Prevenzione:** il risultato auspicabile è quello di prevenire l'insorgenza della violenza e lo strumento che permette di quantificare ed oggettivare il rischio è la Brosët Violence Checklist, molto facile e veloce da utilizzare, ad alta sensibilità e specificità, fornisce un risultato immediato che permette di agire subito prima che si verifichi un vero e proprio episodio di violenza (Almvik et al., 2003). Inoltre, questo strumento è stato sperimentato sul territorio nazionale dall'azienda ospedaliera San Paolo di Milano, mostrando appunto una elevata sensibilità e specificità e la possibilità di applicazione nell'ambito del Pronto Soccorso (Terzoni et al., 2016).
- **Gestione:** nel caso in cui non è stato possibile riconoscere in tempo i segnali d'allarme e l'aggressività è evoluta verso la manifestazione della violenza, in letteratura emerge come lo strumento più adeguato ed efficace il ricorso al team d'intervento BERT. Inizialmente sperimentato in singoli reparti, ha fornito degli outcomes interessanti (Zicko et al., 2017) ed è composto da un team multidisciplinare in possesso di protocolli standardizzati ed altamente riproducibili. BERT è considerata una risorsa molto utile nella gestione di episodi di violenza in Pronto Soccorso. Il limite di questo metodo consiste nella sperimentazione fatta all'estero e condurre una sperimentazione sul territorio

nazionale potrebbe permettere di ridurre notevolmente la violenza nell'ambito di Pronto Soccorso.

- Gestione dell'esito della violenza avvenuta: per analizzare l'accaduto e fornire il supporto psicologico agli operatori che hanno subito un'aggressione, in letteratura emerge uno strumento creato con lo scopo di essere impiegato nell'ambito di Pronto Soccorso ed è la SOAS-RE: una scala grazie alla quale è possibile eseguire un'analisi critica dell'accaduto e valutare eventuali punti critici che potrebbero essere prevenuti o gestiti diversamente (Morken et al., 2018). La SOAS-RE è concentrata non soltanto sull'evento ma anche sullo stato psicologico dell'operatore colpito; c'è una sezione che dà la possibilità di esprimere il livello di stress percepito, un aspetto molto attuale per gli operatori del Pronto Soccorso. Nemmeno questo strumento è stato ancora sperimentato sul territorio italiano, la traduzione ed applicazione della SOAS-RE nell'ambito del Pronto Soccorso potrebbe essere utile nell'individuare eventuali aspetti critici presenti nelle varie realtà ospedaliere e ridurre il fenomeno dell'under reporting da parte degli operatori.

Questo elaborato fa emergere dalla letteratura varie soluzioni possibili, efficaci ed applicabili nella realtà del Pronto Soccorso. Per riuscire ad usufruirne, migliorando così la situazione di molte realtà italiane, sarebbe utile condurre una sperimentazione degli strumenti citati in questo elaborato sul territorio nazionale coinvolgendo sia le aziende ospedaliere che gli enti che si occupano della sicurezza sul luogo di lavoro ed eseguire una ricerca delle realtà italiane del Pronto Soccorso per identificare tutte le criticità presenti e gli strumenti attualmente utilizzati per prevenire, gestire e denunciare gli episodi di violenza ed i mezzi di supporto agli operatori vittime di violenza attualmente disponibili ed attuabili.

## **Bibliografia:**

1. American Association of College of Nursing, 2000. Position Statement. Violence as a public health problem. *Journal of professional Nursing*. Issue 16, pp. 63-69.
2. Allen, M., Currier, G., Hughes, D. & Reyes-Harde, M., 2001. Expert Consensus for Treatment of Behavioral Emergencies. *Postgraduate Medicine*. 1(1), pp. 1-88.
3. Almvik, R. & Woods, P., 2003. Short term risk prediction: the Broset violence Checklist. *The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Issue 10, pp. 231-238.
4. Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K., 2000. The Bröset Violence Checklist (BVC): sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. 15(12), pp. 1284-1296.
5. Appelbaum, P., 2006. Violence and mental disorders: data and public policy. *The American Journal of Psychiatry*. 163(8), pp. 1319-1321.
6. Becattini, G., Bambi, S., Palazzi, F. & Lumini, E., 2007. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. s.l., Aniarti. pp. 535-541.
7. Bidzan, L., Bidzan, M. & Pačalska, M., 2012. Aggressive and impulsive behavior in Alzheimer's disease and progression of dementia. *Medical Science Monitor*. 18(3), pp. 182-189.
8. Brunetti, L. & Bambi, S., 2013. Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. *Professioni Infermieristiche*, 66(2), pp. 109-116.
9. Cannavò, M. et al., 2017. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. *La Clinica terapeutica*. 2(168), pp. 99-112.
10. Codice Penale Italiano, Regio Decreto n.1398, 19 Ottobre 1930 in materia di "Approvazione del codice penale" e successive modifiche.
11. Costituzione della Repubblica Italiana, Gazzetta Ufficiale n.298 del 27 Dicembre 1947 e successive modifiche.
12. Design Council with the partnership of Health Department, 2011. Reducing violence and aggression in A&E. Londra: Cabe.
13. Erickson, L. & Williams-evans, S., 2000. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 26(3), pp. 210-215.
14. Evans, D., Wood, J., Lambert, L. & Fitzgerald, M., 2002. Physical restraint in acute and residential care. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 5(1), pp. 88-225.

15. Ferns, T., 2005. Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and ED. *Accident Emergency Nursing*, Issue 13, pp. 238-246.
16. FNOPI, 2019. FNOPI. [Online] Available at: <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico>
17. Gacki-Smith, J. et al., 2010. Violence against nurses working in US emergency departments. 26(1), pp. 81-89.
18. Gates, D. et al., 2011. Using Action Research Programme to Plan a Violence Prevention Program For Emergency Departments. *Journal Of Emergency Nursing*, 37(1), pp. 3239.
19. Gates, D., Gillespie, G. & Succop, P., 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. 29(2), pp. 59-66.
20. Gazzetta ufficiale n. 224, 2020. [Online] Available at: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/09/20G00131/sg>
21. Gift, A., 1989. Visual Analogue Scales: measurement of subjective phenomena. *Journal of Nursing Research*, 76(1), pp. 657-663.
22. Gillespie, M. & Melby, V., 2003. Burnout among nursing staff in accident, Emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, Issue 12, pp. 842-851.
23. Gurney, D. et al., 2014. Emergency Nurses Association. [Online] Available at: <https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practiceresources/position-statements/violenceintheemergencycaresetting.pdf>
24. Hides, L. et al., 2015. Alcohol-related emergency department injury presentations in Queensland adolescents and young adults over a 13-year period. *Drug and Alcohol review*, Volume 34, pp. 177-184.
25. Hodge, A. & Marshall, A., 2007. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Australian Critical Care*, 20(2), pp. 61-67.

26. Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. & Bjorner, J., 2014. Sensitivity and specificity of the Broset violence checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(1), pp. 536-542.
27. Institute for Clinical Systems Improvement , 2011. Rapid Response Team, Bloomington: ICSI.
28. King, R., Corbiere, M. & Milord, R., 2006. Use of a violence risk assessment tool in acute care hospitals. Effectiveness in identifying violent patients. *American Association of Occupational Health Nurse Journal*, 11(54), pp. 481-487.
29. Krahe, B., 2005. *Psicologia sociale dell'aggressività*. Milano: Il Mulino.
30. Lau, J. B. C., Magarey, J. & McCutcheon, H., 2005. Violence in the emergency department: a literature review. *Australian Emergency nursing Journal*, 7(2), pp. 2737.
31. Lesage, F. & Berjot, S., 2011. Validity of occupational stress assessment using a visuale analogue scale. *Occupational Medicine*, 61(1), pp. 434-436.
32. Lipscomb, J., 2015. *How to Take a Stand Against Violence in the Work Setting*. Silver Springs: American Nurses Association.
33. Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2007. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp. 11-19.
34. Maier, G. J. & Van Rybroek, G. J., 1995. Managing countertransference reactions to aggressive patients. *Patient's Violence and the Clinicians*, pp. 73-104.
35. Mayhew, C. & Chappel, D., 2005. Violence in the workplace. *Medical Journal of Australia*, Issue 183, pp. 346-347.
36. Ministero della salute, 2012. *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (2005-2012)*, Roma: Ministero della salute. Ministero della Salute, 2012. [Online] Available at: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2353\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf)

37. Morken, T. et al., 2018. The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R) - adjustment and validation for emergency primary health care. *Health Service Research*, 18(1), pp. 335-342.
38. Mulligan, P., 2007. The prevalence of employee assistance programs and the employee participation rates of Long Island companies. *Proceedings of the Northeast Business & Economics Association*, 10(1), pp. 68-71.
39. NICE, 2015. NICE. [Online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
40. Nijman, H. et al., 1999. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25(1), pp. 197-209.
41. O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J. & Lofthouse J., 2000. Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), pp. 602-610.
42. Palmonari, A., Cavazza, N. & Rubini, M., 2012. *Psicologia Sociale*. milano: il Mulino.
43. Palmstierna, T. & Wistedt, B., 1987. Staff Observation Aggression Scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(1), pp. 657-663.
44. Picozzi, M., 2013. *Guida pratica alla sicurezza per gli operatori della salute. Riconoscere e gestire rabbia e aggressività, minacce e violenza, nel lavoro di ogni giorno.*
45. Picozzi, M., 2019. *Prevenire, riconoscere e disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute.*
46. Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. & Addey, B., 2013. Violence towards nurses in the Triage area. *Scenario*, 30(4), pp. 4-10.
47. Ramacciati, N., 2016. *Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso. Report di ricerca.* [Online] Available at: <https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf>



48. Ray, M., 2007. The dark side of the job: violence in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 3(33), pp. 257-261.
49. Reeve, M. & Lyon, D., 2002. Emergency Room communication issues: dealing with crisis. *Topics In Emergency Medicine*, 4(24), pp. 62-66.
50. Rintoul, Y., Wynaden, D. & McGowan, S., 2009. Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *International Emergency Nurse*, 2(17), pp. 122-127.
51. Scarpa, N., 2012. *La contenzione fisica. Quesiti clinico-assistenziali a cura di Milano: Zadig.*
52. Sibitz, I., Scheutz, A. & Lakeman, R., 2011. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *the British Journal of Psychiatry*, 199(3), pp. 239-244.
53. Soininen, P., Putkonen, H. & Joffe, G., 2013. Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), p. 28.
54. Terzoni, S. et al., 2016. Validazione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica. *L'Infermiere*, 1(1), pp. 1-6.
55. Theruvath-Chalil, R., Davies, J. & Dye, S., 2020. Introduction of the Brøset Violence Checklist on a PICU. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, Volume 16, Number 1, April 2020, pp. 3-8(6).
56. WHO, 2002. World Health Organisation. [Online] Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/712.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf)
57. Winstanley, S. & Whittington, R., 2002. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(412), pp. 144-147.
58. World Health organisation, 2002. *World Report on Violence and Health*. Milano: CIS.

59. Zanetti, E., Castaldo, A. & Miceli, R., 2012. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. *L'Infermiere*, 2(1), pp. 29-38.
  
60. Zicko, J., 2017. Behavioral Emergency Response team: Implementation Improves Patient Safety, Staff Safety and Staff collaboration. *Worldviews on EvidenceBased Nursing*, 14(5), pp. 377-384.