UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

# PERSONALE SANITARIO VITTIMA DI AGGRESSIONI, ECCEZIONE O CONSUETUDINE? INDAGINE CONOSCITIVA NEL DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

Relatore: Chiar.ma
**Dott.ssa Marinella Tommasi**

Correlatore: Chiar.ma
**Dott.ssa Valentina Simonetti**

Tesi di Laurea di:
**Iryna Zonova**

A.A. 2018/2019

# INDICE

INTRODUZIONE …… 1

CAPITOLO 1. IL FENOMENO DI AGGRESSIONE NEI LUOGHI DI LAVORO …. 3

1.1 Rilevanza del problema per la professione ……... 3

1.2 Definizione di aggressività sul posto di lavoro ……. 5

1.3 Ciclo dell'aggressività …….. 6

CAPITOLO 2. INDAGINE CONOSCITIVA NEL DISTRETTO DI ASCOLI PICENO…… 9

2.1 Obiettivo dello studio ……... 9

2.2 Disegno di ricerca ……. 9

2.3 Campione sottoposto ad indagine ……. 9

2.4 Analisi dei risultati dello studio ……... 11

2.4.1 Caratteristiche del campione …….. 11

2.4.2 Tipologie di aggressione subita …….. 12

2.4.3 Autori delle aggressioni …….. 15

2.4.4 Turni a rischio …… 15

2.4.5 Strategie messe in atto dagli operatori ……... 15

2.4.6 Conseguenze sugli operatori coinvolti ……... 17

2.4.7 Formazione del personale ……... 19

CAPITOLO 3. DISCUSSIONI E CONCLUSIONI …….. 20

BIBLIOGRAFIA ……... 24

SITOGRAFIA …… 26

ALLEGATI

ALLEGATO 1. QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL PERSONALE …... 27

ALLEGATO 2. GRAFICI …… 31

ALLEGATO 3. TABELLE …….. 32

# INTRODUZIONE

Il fenomeno di aggressione sul posto di lavoro da parte dell'utenza è un problema mondiale ed è sempre più diffuso in molti ambiti lavorativi, ma il settore sanitario risulta essere uno dei più colpiti. Durante lo svolgimento del proprio dovere gli operatori sanitari sono spesso esposti a rischio di aggressione, in quanto operano in contatto diretto con l'utenza. Secondo la FNOPI circa cinque mila infermieri subiscono aggressioni verbali o fisiche ogni anno, circa tredici-quattordici al giorno, ma la reale dimensione del fenomeno non è nota poiché spesso le denunce vengono presentate solo nel momento in cui l'aggressione al personale genera un infortunio. Molto spesso infatti, in caso di aggressioni verbali, il professionista della sanità rinuncia in maniera errata alla denuncia. Sono stati svolti diversi studi nazionali ed internazionali con lo scopo di analizzare il fenomeno dell'agito aggressivo nelle sue varie forme considerandone i variabili, quali il contesto, la tipologia di aggressione, le conseguenze psichiche/fisiche/lavorative.

Una delle ultimi indagini è stata condotta dall'Università di Tor Vergata nella primavera del 2019 e mostra che l'89,6% degli operatori sanitari è stato coinvolto, nel corso della sua attività lavorativa, in episodi di violenza fisica, verbale, verbale telefonica o di molestie sessuali. Nella maggior parte dei casi il motivo dell'aggressione in ambito di sanità è legato all'insoddisfazione per i servizi e l'organizzazione.

Gli episodi di violenza nei confronti del personale sono considerati eventi sentinella perché evidenziano che nell'ambiente lavorativo vi siano situazioni di rischio e vulnerabilità che necessitano l'adozione di misure di prevenzione e protezioni dei lavoratori.

Il Ministero della Salute nel 2007 ha redatto le "Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno di operatori sanitari", per incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati, con l'adozione di iniziative e programmi, finalizzati alla prevenzione di azioni violente e/o attenuare le conseguenze negative.

**Obiettivo**

L'obiettivo di questo lavoro di tesi è quello di indagare il fenomeno di aggressività verso il personale medico, infermieristico e socio-sanitario nel Distretto di Ascoli Piceno, esplorare i tipi di aggressioni subite, le caratteristiche dell'utente aggressivo, i turni più a rischio e le conseguenze sugli operatori coinvolti.

**Materiali e metodi**

Il lavoro è stato svolto in due fasi. La prima prevedeva la revisione della letteratura a partire da testi e articoli attraverso le banche dati PubMed e CINAHL, utilizzando parole

chiave quali “patient aggression”, “aggressivity”, “nurses”, “healthcare workers”, con limiti per lingua e data di pubblicazione (rispettivamente inglese o italiana e ultimi 5 anni). La seconda fase del lavoro consisteva nello svolgimento dell’indagine conoscitiva attraverso la somministrazione al personale del Distretto di Ascoli Piceno di un questionario composto da 26 domande, con lo scopo di studiare le manifestazioni aggressive verso i medici e operatori sanitari sul posto di lavoro. Sono state esaminate tre tipologie di aggressioni, quali verbale, verbale telefonica e fisica.

**Risultati**

Sono stati analizzati 109 questionari compilati. Del totale degli operatori sanitari che hanno aderito all’indagine il 90,8% ha dichiarato di aver subito o assistito ad episodi di aggressività da parte dell’utenza sul posto di lavoro. L’aggressione di tipo verbale risulta essere maggiormente diffusa nei luoghi di cura (l’81,7% del personale la identifica come violenza subita), il 24,8% degli operatori ha riferito di aver subito le aggressioni di tipo verbale telefonica, il 20,2% di tipo fisica e il 17,4% sono stati coinvolti sia in aggressione verbale che fisica. Gli aggressori sono stati nel 60% dei casi il paziente e nel 40% un familiare o un caregiver. Il 38,4% degli operatori ha riferito di aver incontrato delle difficoltà nell’affrontare le situazioni violenti.

Del totale del personale che ha subito degli atti aggressivi il 43,4% ha dichiarato di aver avuto le conseguenze di tipo psicologico, il 12,1% ha riportato i danni fisici, il 37,4% ha avuto delle problematiche nel effettuare il proprio lavoro, il 47,5% ha dovuto ricorrere a qualche forma di aiuto.

**Conclusioni**

L’indagine effettuata conferma che negli istituti di cura del Distretto di Ascoli Piceno il fenomeno di aggressività verso il personale sanitario è molto diffuso e l’abuso verbale si verifica con maggiore frequenza rispetto alla violenza di tipo fisico. Assume particolare importanza l’impatto psicologico dell’agito aggressivo da parte dell’utenza, poiché condiziona sempre di più l’attività lavorativa dei professionisti della sanità.

# CAPITOLO 1
# IL FENOMENO DI AGGRESSIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

## 1.1. Rilevanza del problema per la professione

Nell'espletamento della propria attività lavorativa gli operatori sanitari di strutture ospedaliere e territoriali hanno un rischio maggiore di subire un'aggressione da parte di pazienti, parenti o accompagnatori, rispetto ad altri gruppi di dipendenti, in quanto operano in contatto diretto con l'utenza. Secondo un'analisi di incidenti segnalati sul posto di lavoro nel 2016 in Germania un buon 31% di tutti gli atti di aggressione avvenuti riguarda proprio ospedali e case di cura[1].

Sono diventate ormai quasi quotidiane le notizie di aggressioni, anche gravi, nei confronti del personale del settore sanitario, sociosanitario e in modo particolare dei servizi di emergenza-urgenza e delle strutture psichiatriche. Nella maggior parte dei casi gli atti di violenza consistono nell'uso di un linguaggio offensivo, minacce, e in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione fisica[2].

Secondo un sondaggio del sindacato Anaao Assomed, effettuato nel 2018 su un campione di 1280 soggetti, il 65% dei partecipanti afferma di essere stato vittima di aggressioni, di questi il 66,19% ha subito aggressioni verbali, mentre il 33,81% ha subito aggressioni fisiche. Il 70% della popolazione presa in esame riferisce di essere stato testimone di aggressioni rivolte al personale sanitario, il che rinforzerebbe l'ipotesi della sottostima del fenomeno[3].

Negli ultimi anni si è verificato un aumento degli episodi di aggressioni nei confronti del personale sanitario. È stato dimostrato dalle due indagini condotte dal sindacato delle professioni infermieristiche NurSind, realizzate al livello nazionale nel 2013 su un campione di circa 1800 soggetti e nel 2017 su un campione di oltre cinque mila operatori sanitari. Nel sondaggio dell'anno 2013 la tendenza all'aumento del numero di aggressioni era del 12% annuo (dati 2010-11-12). Invece nel sondaggio dell'anno 2017 si è registrato un incremento del 31,9% tra il 2014 ed il 2015 e del 32,5% tra il 2015 ed il 2016[4]. Nel 62% ad essere aggredito è stato il personale femminile. La fascia di età tra i 40-50 anni è risultata la più esposta al rischio di aggressione. Nel 40,1% dei casi l'aggressore è stato il paziente e nel 34,3% un parente. Per quanto riguarda le motivazioni dell'atteggiamento

[1] DGUV. Datenblatt Schreck, Bedrohung, Gewalt. Available online: http://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4_quartal/factsheet_schreck_bedrohung_gewalt.pdf
[2] https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2019/05/opuscolo_fp_aggressioni_sanit.web.pdf
[3] http://www.anaao.it/public/aaa_7861190_relazione_indagineaggressioni_giugno2018.pdf
[4] https://www.osservatoriodiritti.it/wp-content/uploads/2018/04/aggressioni-ai-medici-nursind.pdf

aggressivo verso gli operatori sanitari, secondo l'indagine del 2017 nel 59,4% dei casi sono legati all'insoddisfazione per la qualità dei servizi e l'organizzazione, mentre quelle collegabili all'utenza costituiscono il 40,6%, tra cui i principali fattori sono le alterazioni di tipo psicologico, la pretesa di avere un accesso prioritario, la discordanza sul trattamento terapeutico, lo stato ansioso del paziente, la maleducazione dell'utenza e complicanze causate dai parenti.

Nelle raccomandazioni del Ministero della Salute del 2007 emerge che gli eventi di aggressione si verificano più frequentemente nelle seguenti aree[5]:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- servizi di continuità assistenziale;
- servizi di geriatria;
- luoghi di attesa.

Le aggressioni nascono in contesti particolari. Ci sono vari fattori che possono contribuire all'aumento degli episodi di aggressione nei confronti del personale sanitario[6]:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o aree cliniche, con aumento della frustrazione in pazienti e accompagnatori;
- ridotto numero di personale nei momenti di maggiore attività, come il trasporto dei pazienti, visite ed esami diagnostici;
- mancanza di formazione del personale medico-sanitario nel riconoscimento e controllo dei comportamenti aggressivi;
- servizi di assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di mezzi di segnalazioni;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

Le conseguenze delle aggressioni subite sugli operatori sanitari coinvolti variano ampiamente. Lanctot e Guay nella loro revisione sistematica della letteratura individuano

[5] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf
[6] NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health, Violence - Occupational Hazards in Hospitals. 2002.

sette categorie di conseguenze degli episodi di violenza sul posto di lavoro, quali fisica, emotiva, psicologica, lavorativa, sociale, finanziaria, ed infine le conseguenze sulla qualità delle cure e la relazione con i pazienti[7]. Oltre alle potenziali lesioni fisiche provocate dall'utenza, l'attenzione deve concentrarsi in particolare sulle conseguenze psicologiche[8], poiché esse possono contribuire a una riduzione della soddisfazione, dello stato di salute e delle prestazioni del professionista sanitario a lungo termine[9],[10] portando ad una riduzione del livello di soddisfazione professionale ed un aumento del numero di giorni di malattia[11].

Il subire delle aggressioni colpisce molto non solamente l'operato dei singoli lavoratori ma anche l'efficienza dell'intera organizzazione. L'esposizione a comportamenti aggressivi è associata ad un aumento del livello di stress che, a sua volta, influisce sulla capacità dei lavoratori di svolgere i propri compiti[12] e sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata che, nei casi estremi, potrebbe portare alla pratica di malasanità[13].

### 1.2. Definizione di aggressività sul posto di lavoro

Tra i rischi potenzialmente in grado di interessare gli ambienti di lavoro, una fonte concreta di pericolo è rappresentata dalla probabilità di subire un'aggressione verbale o fisica nell'espletamento dell'attività lavorativa quotidiana.

L'aggressione sul posto di lavoro viene definita dalla Commissione Europea come: "tutte le situazioni in cui un lavoratore è offeso, minacciato o attaccato in condizioni direttamente legate al suo lavoro e quando queste situazioni mettono direttamente o indirettamente in pericolo la sua sicurezza, benessere e salute"[14]. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come

---

[7] Lanctot, N.; Guay, S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggress. Violent Behav. 2014, 19, 492–501.

[8] Schablon A.; Wendeler D.; Kozak A.; Nienhaus A.; Steinke S. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. 2018

[9] Nienhaus, A.; Drechsel-Schlund, C.; Schambortski, H.; Schablon, A. Violence and discrimination in the workplace. The effects on health and setting-related approaches to prevention and rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016, 59, 88–97.

[10] Pekurinen, V.; Willman, L.; Virtanen, M.; Kivimaki, M.; Vahtera, J.; Valimaki, M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 1245.

[11] Zeh, A.; Schablon, A.; Wohlert, C.; Richter, D.; Nienhaus, A. Violence and aggression in care-related jobs—A literature overview. Gesundheitswesen 2009, 71, 449–459.

[12] Merecz D, Drabek M, Moscicka A. Aggression at the workplace-psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. Int J Occup Med Environ Health. 2009; 22(3): 243–260.

[13] Bonner G, McLaughlin S. The psychological impact of aggression on nursing staff. Br J Nurs. 2007; 16(13): 810–814.

[14] European Commission. Opinion of the Advisory Committee on Safety, Hygiene and Health Protection at Work on Violence at the workplace DOC 1564/2/2001 EN. 2001.

"ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"[15].

L'atteggiamento aggressivo potrebbe avere varie forme ed intensità, che vanno dall'aggressione verbale alla violenza diretta[16]. L'aggressione verbale è una forma di comportamento aggressivo psicologico diretto che include le urla contro il fornitore di servizi, i commenti sarcastici o offensivi[17]. Invece l'aggressione di tipo fisico viene definita come "l'uso intenzionale della forza da parte di una persona verso un'altra, senza una legittima giustificazione, risultante in un danno fisico o discomfort della persona"[18].

### 1.3. Ciclo dell'aggressività

Ogni episodio aggressivo consiste sostanzialmente nella successione delle fasi che generalmente si fondano su due concetti principali: l'arousal e la de-escalation.

L'arousal è un'attivazione psicomotoria, un fattore scatenante, che comporta cambiamenti emotivi, fisici e psicologici, primariamente cognitivi che si producono in relazione alla percezione di una minaccia. È alla base degli atti di aggressività.

La de-escalation consiste in una serie di interventi di desensibilizzazione volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale degli agiti aggressivi. Si basano sulla comunicazione verbale e non verbale trovando il loro razionale teorico nella psicologia cognitivo-comportamentale e seguendo il modello del ciclo dell'aggressività[19].

Il modello schematizza le fasi tipiche che si succedono in un episodio violento e che vanno prontamente riconosciute, perché in ognuna di esse vi è una particolare indicazione delle varie tecniche di intervento da adottare, che devono essere tempestive[20].

La fase del trigger, o del fattore scatenante, si presenta con uno scostamento della linea basale psicoemotiva della condizione ordinaria. In questa fase i comportamenti verbali ed espressivi annunciano l'avvio del processo. Risulta molto importante poter riconoscere e rimuovere il fattore scatenante, isolare la persona in un luogo il più possibile neutro e privo di stimoli forti.

---

[15] NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health , Violence : occupational hazards in hospitals.

[16] Kowalczuk K, Krajewska-Kulak E, Kulak W, Ostapowicz-Van Damme K, Klimaszewska K, Rolka H. Influence of aggression on stress development in the population of nurses and midwives in the Podlaskie Province. Probl Hig Epidemiol 2010; 91(3): 444–450.

[17] Dormann C, Zapf D. Customer-related social stressors and burnout. Journal of Occupational Health Psychology, vol.9, no. 1, pp. 61–82, 2004.

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

[19] Maier G.J. e Van Rybroek G.J. (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In Eichelman, B.S., Hartwig, A.C., ads. "Patient's violence and the clinician", Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 73-104.

[20] Bonamici E. Prevenire e gestire il comportamento aggressivo. 2013

La fase della escalation è la fase di crescita dell'aggressività, in cui i cambiamenti emotivi, fisici e psicologici si fanno sempre più marcati. Le prime due fasi sono quelle della pre-aggressione. La priorità in queste fasi deve essere data a interventi verbali che saranno rivolte alla risoluzione dell'agitazione in un contesto che favorisca la relazione ed eviti la conflittualità. Particolarmente efficace sembra essere l'utilizzo della tecnica "talk down", un approccio verbale che utilizza una comunicazione alla persona di tipo diretto, specifico e positivo, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la risoluzione dei problemi. La tecnica prevede di stabilire un contatto verbale con la persona, chiamandola per nome, usando frasi brevi e termini semplici, mantenendo un tono di voce calmo e rassicurante, ponendosi in maniera non giudicante e controaggressiva. Bisogna astenersi dal dare ordini, discutere o rimproverare. È importante non invadere lo spazio occupato dal paziente, ma mantenere una distanza utile. L'obiettivo, in questo momento, non è di giungere a una comunicazione completa, ma di instaurare una comunicazione possibile. L'intenzione è quella di contenere e gestire una situazione che potrebbe evolvere con delle manifestazioni aggressive[21].

Assume quindi molta importanza saper gestire la persona potenzialmente aggressiva per non arrivare alla fase critica, il massimo discostamento della linea basale.

La fase critica o fase acting out è il momento in cui viene raggiunto il punto culminante dell'eccitamento. In questa fase la persona, se non contenuta, può mettere in atto un'aggressione vera e propria. L'intervento in questo caso deve incentrarsi sulla sicurezza, gestione dell'aggressione e sulla riduzione delle possibili conseguenze.

Nella fase del recupero c'è il ritorno ad uno stato emotivo più equilibrato, l'eccitamento cala, si verifica una graduale ripresa della linea basale psicoemotiva. È una fase molto delicata, poiché la persona si sente ancora fragile e potenzialmente ricettiva nei confronti di nuovi fattori scatenanti. Viene raccomandato monitoraggio attivo ma distante, senza stimoli nuovi ed inopportuni.

L'ultima fase, della depressione post-critica, consiste nel recupero totale dell'emotività e caratterizzata dalla comparsa di sensi di colpa, vergogna e rimorso per l'accaduto. Intervento in questa fase deve basarsi sull'elaborazione dell'evento, con lo scopo di ridurre i sentimenti più gravi. È importante effettuare un confronto con la vittima e discutere dell'evento all'interno dell'equipe.

[21] Amadei, E, dirigente medico ACO San Filippo Neri. Sicurezza del Paziente e degli Operatori Sanitari: obiettivo comune per un'assistenza di qualità. Prevenzione e monitoraggio delle aggressioni nei confronti degli Operatori Sanitari. ACO San Filippo Neri: Roma. 2011.

Il ciclo dell'aggressività ci mostra che il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione, solitamente partendo dall'uso di espressioni verbali di rabbia o frustrazione, tono di voce alto, gestualità esagerata e talvolta minacciosa, irrequietezza motoria, contatto visivo diretto e prolungato, e nei casi più gravi potrebbe arrivare fino all'aggressione fisica o addirittura a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza delle fasi dell'agito aggressivo può aiutare al personale sanitario nella comprensione dell'evento che si sta svolgendo ed interromperne il suo decorso.

# CAPITOLO 2
# INDAGINE CONOSCITIVA NEL DISTRETTO DI ASCOLI PICENO

## 2.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questa indagine è quello di studiare la dimensione del fenomeno dell'agito aggressivo verso gli operatori sanitari nel Distretto di Ascoli Piceno, in particolare le tipologie e gli autori delle aggressioni subite, le conseguenze psicologiche, fisiche e lavorative sugli operatori coinvolti, i turni più a rischio, le difficoltà riscontrate nell'affrontare gli episodi di aggressione e il tipo di approccio utilizzato dal personale per la gestione del soggetto aggressivo.

## 2.2 Disegno di ricerca

Per studiare il fenomeno di aggressione, al personale sanitario del Distretto di Ascoli Piceno è stato somministrato un questionario composto da 26 domande e diviso in due sezioni. La prima, di sei domande, esplora le caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti, quali età, genere, formazione e ruolo professionale, anni di lavoro. La seconda parte, invece, include 20 domande che vanno ad indagare l'estensione del fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari sul luogo del lavoro (ALLEGATO 1). Nello specifico la seconda parte del questionario va a studiare:

- Tipologie dei comportamenti aggressivi maggiormente riscontrate durante il servizio, distinguendo l'aggressione subita in verbale, verbale telefonica e fisica;
- I principali autori delle aggressioni;
- I turni considerati più a rischio;
- Difficoltà riscontrate nell'affrontare episodio del comportamento aggressivo;
- Strategie messe in atto per gestire il soggetto aggressivo;
- Reazioni degli operatori sanitari di fronte all'episodio violento;
- Eventuali conseguenze psicologiche, fisiche e lavorative;
- Necessità di richiedere qualche forma di aiuto a seguito dell'aggressione subita;
- L'utilità del corso di formazione su come affrontare le situazioni a rischio.

## 2.3 Campione sottoposto ad indagine

Il questionario è stato somministrato a tutto il personale del Distretto di Ascoli Piceno costituito da 148 operatori sanitari:

- 19 infermieri di Poliambulatorio di Ascoli Piceno

- 7 infermieri e 1 medico del servizio ADI/PUA di Ascoli Piceno
- 8 infermieri e 5 medici dell'istituto penitenziario
- 2 infermieri e 3 medici di Poliambulatorio di Comunanza (comune della provincia di Ascoli Piceno)
- 2 infermieri, 2 medici, 2 assistenti sociali e 2 psicologi (dirigenti non medici) del Servizio per le Tossicodipendenze
- 16 infermieri e 19 operatori socio sanitari del servizio RSA di Offida
- 11 infermieri e 24 operatori socio sanitari della RSA e della Residenza Protetta di Ascoli Piceno
- 8 infermieri e 17 operatori socio sanitari della RSA di Acquasanta Terme.

Hanno aderito, rispondendo al questionario, 109 operatori (73,6%). La massima collaborazione all'indagine è stata dimostrata dagli operatori sanitari dei servizi di Poliambulatori di Ascoli Piceno e Comunanza, del Servizio per le Tossicodipendenze, dell'istituto penitenziario, dell'ADI/PUA e della RSA di Acquasanta, restituendo il 100% dei questionari compilati. Invece per quanto riguarda i servizi della RSA di Offida e della RSA e la RP di Ascoli Piceno, hanno partecipato il 100% degli infermieri ma solo il 9,3% degli operatori socio sanitari.

Lo studio è stato svolto quindi su un campione di 109 persone costituito per il 67% da infermieri, per il 10,1% da medici, per il 19,2% da operatori socio sanitari, e per il 3,7% da altri operatori, che includono due assistenti sociali e due psicologi dirigenti non medici (grafico 1).

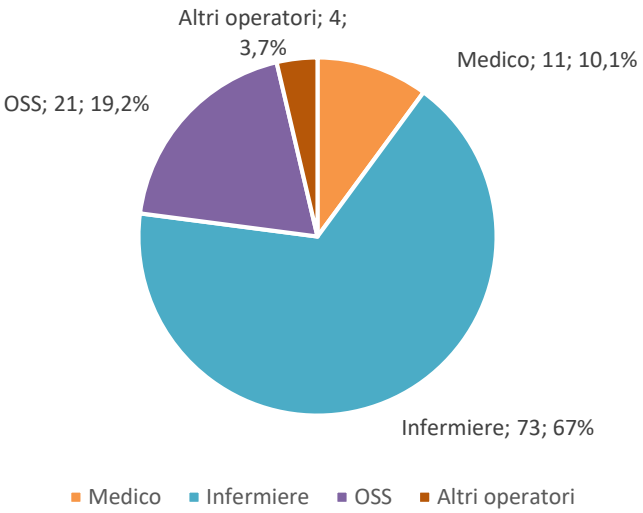



Grafico 1. Suddivisione del campione per il ruolo professionale

## 2.4 Analisi dei risultati dello studio

### 2.4.1 Caratteristiche del campione

Genere

Il personale del Distretto che ha partecipato all'indagine è costituito dall'86% da donne e dal 14% da uomini. Andando nello specifico il personale medico è composto dal 55% da donne e dal 45% da uomini, il personale infermieristico dal 92% da donne e dall'8% da uomini, gli operatori socio sanitari sono per l'86% donne e per il 14% uomini ed infine gli operatori non medici sono per il 75% donne e per il 25% uomini (grafico 2).

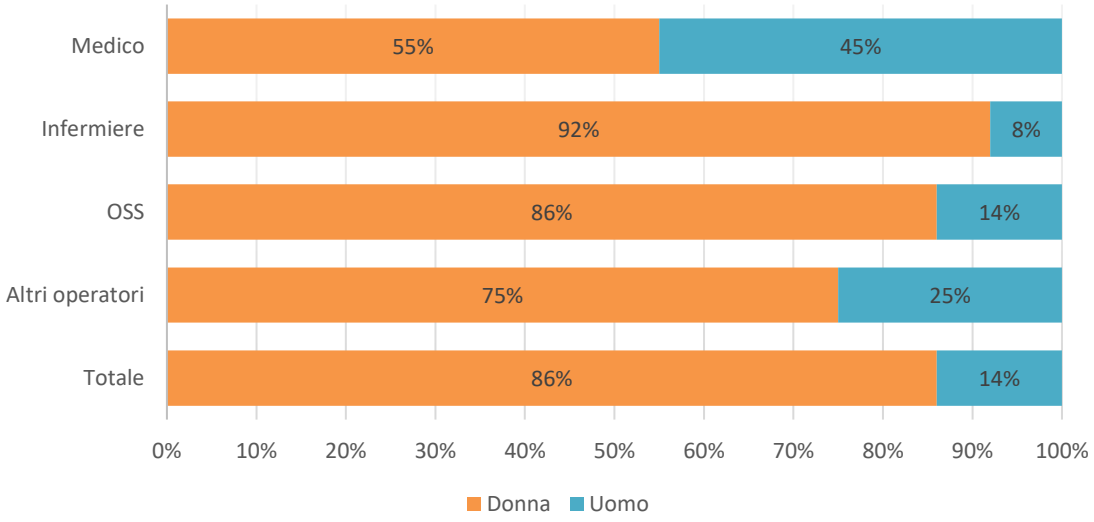



Grafico 2. Suddivisione del personale per genere

Età

Il 39,5% del personale oggetto di studio ha un'età maggiore di 50 anni. Invece gli operatori di età minore o uguale a 30 anni costituiscono solo l'11,9% (tabella 1).

| Età | N° | % |
|---|---|---|
| ≤ 30 anni | 13 | 11,9% |
| 31-40 anni | 25 | 22,9% |
| 41-50 anni | 28 | 25,7% |
| > 50 anni | 43 | 39,5% |
| Totale | 109 | 100,0% |

Tabella 1. Suddivisione per classi di età

Livello di istruzione

Del 105 operatori che hanno indicato il proprio livello di istruzione il 40% possiede il diploma di scuola regionale, il 36,2% la laurea triennale e l'8,6% la laurea magistrale (ALLEGATO 3, tabella 2). Al titolo di studio acquisito il 23,8% (25 operatori) associa la formazione post-base, quale master di I e di II livello, corsi di perfezionamento, specializzazione (ALLEGATO 3, tabella 3).

Anni di servizio

Parlando di anni di servizio effettuati, hanno dato la risposta a questa domanda 106 operatori, di cui il 49,1% lavora da più di 20 anni. Nello specifico il 73% dei medici e il 57,2% degli infermieri intervistati hanno un'esperienza lavorativa maggiore di 20 anni. La categoria con meno esperienza è quella di operatori socio sanitari (tabella 4).

| | **< 1** | **1-5** | **6-10** | **11-15** | **16-20** | **> 20** | **Totale** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Campione | 1,9% | 15,1% | 16% | 11,3% | 6,6% | 49,1% | 100% |
| Medico | 9% | 9% | - | 9% | - | 73% | 100% |
| Infermiere | 1,4% | 15,7% | 15,7% | 4,3% | 5,7% | 57,2% | 100% |
| OSS | - | 23,8% | 33,3% | 28,6% | 14,3% | - | 100% |
| Altri operatori | - | - | - | 50% | - | 50% | 100% |

Tabella 4. Distribuzione del personale per anni di lavoro

### 2.4.2 Tipologie di aggressione subita

Dall'indagine effettuata emerge che 99 operatori sanitari (90,8%) che hanno aderito allo studio dichiara di aver assistito nel corso della propria attività lavorativa ad episodi di aggressività verbale o fisica da parte dell'utenza (il 91% dei medici, il 90,4% degli infermieri, il 90,5% degli operatori socio sanitari e il 100% degli altri professionisti intervistati). Invece negli ultimi sei mesi hanno subito un'aggressione il 33% del personale (il 18,2% dei medici, il 39,7% degli infermieri, il 14,3% degli operatori socio sanitari ed il 50% degli altri professionisti).

Le donne sono risultate più a rischio con il 37,2% del personale aggredito negli ultimi sei mesi rispetto al 6,7% del personale maschile aggredito. La percentuale di chi ha assistito ad episodi di aggressività nel corso della vita lavorativa è pari al 91,5% per le donne e all'86,7% per gli uomini (grafico 3).

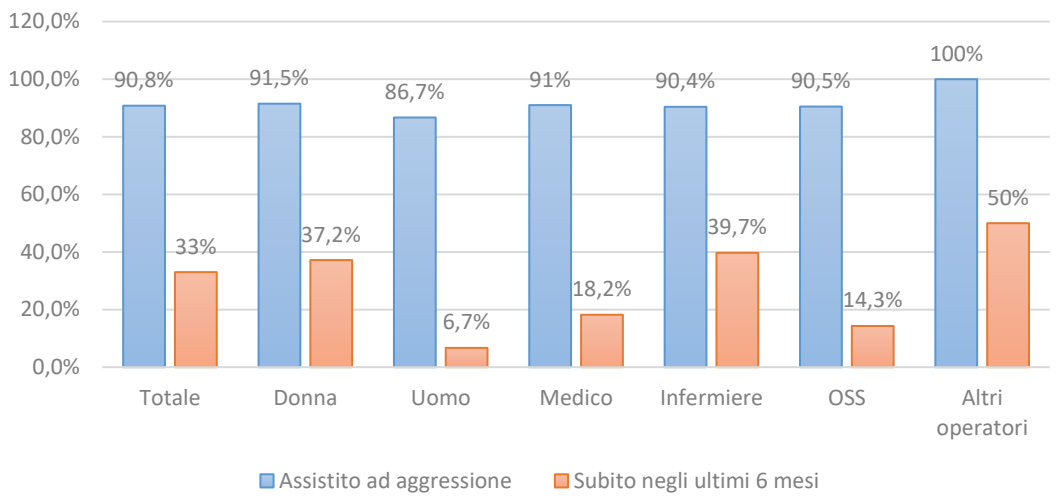



Grafico 3.Operatori sanitari coinvolti in episodi di aggressività

La tabella 5 riassume le percentuali degli operatori, suddivisi per genere e ruolo professionale, che hanno subito o hanno assistito ad episodi di aggressività. Dallo studio effettuato emerge che l'81,7% del personale intervistato ha subito le aggressioni di tipo verbale, il 24,8% di tipo verbale telefonica, il 20,2% di tipo fisica e il 17,4% degli operatori sono stati coinvolti sia in aggressione verbale che in quella fisica nel corso della propria attività lavorativa. Il personale femminile risulta essere più a rischio di subire ogni tipo di aggressione rispetto al personale maschile. L'84% delle donne ha dichiarato di aver subito l'aggressione di tipo verbale (contro il 66,7% degli uomini), il 25,5% di tipo verbale telefonica (20% per gli uomini), il 21,3% delle donne ed il 13,3% degli uomini sono stati coinvolti o hanno assistito ad un'aggressione fisica. Il 20,2% delle donne sostengono inoltre di aver subito l'aggressione sia verbale che fisica durante lo svolgimento del proprio dovere (0% per gli uomini).

Studiando per categoria professionale, il fenomeno di aggressione verbale ha interessato il 72,7% dei medici, l'80,8% degli infermieri, l'85,7% degli operatori socio sanitari e il 100% degli altri professionisti che hanno partecipato all'indagine. L'aggressione verbale telefonica ha coinvolto il 18,2% dei medici, il 30,1% degli infermieri ed il 75% degli altri operatori. Invece per quanto riguarda le aggressioni di tipo fisico la prevalenza risultano avere gli operatori socio sanitari, rispetto alle altre categorie, con il 47,6% degli operatori contro il 18,2% del personale medico ed il 13,7% del personale infermieristico. La percentuale degli operatori socio sanitari che ha subito le aggressioni sia di tipo verbale che quello fisico sul luogo di lavoro è pari a 47,6%.

| | Verbale | Verbale telefonica | Fisica | Verbale e fisica |
|---|---|---|---|---|
| Totale operatori | 81,7% | 24,8% | 20,2% | 17,4% |
| Donne | 84% | 25,5% | 21,3% | 20,2% |
| Uomini | 66,7% | 20% | 13,3% | - |
| Medico | 72,7% | 18,2% | 18,2% | - |
| Infermiere | 80,8% | 30,1% | 13,7% | 12,3% |
| OSS | 85,7% | - | 47,6% | 47,6% |
| Altri operatori | 100% | 75% | - | - |

Tabella 5. Operatori che hanno subito o assistito ai diversi tipi di aggressione.

Sono state studiate anche le più frequenti tipologie delle aggressioni verbali e aggressioni telefoniche, quali urla contro la propria persona, offese verbali, minacce, e delle aggressioni fisiche, quali spintoni, calci, sputi, schiaffi e/o pugni, lancio di oggetti, essere respinti in modo violento e tentata aggressione. A queste domande era possibile dare più risposte. Dopo averli analizzati, si nota che di tutte le persone coinvolte in un'aggressione di tipo verbale il 30,3% hanno subito le minacce, il 46% le urla contro la propria persona. Nel caso dell'aggressione di tipo verbale telefonica il 18,5% del personale è stato minacciato e il 55,6% ha subito le urla. Ma il fenomeno che si è verificato più frequentemente è rappresentato dalle offese e insulti verbali e verbali telefoniche (60,7% e 70,4% rispettivamente) (grafico 4).

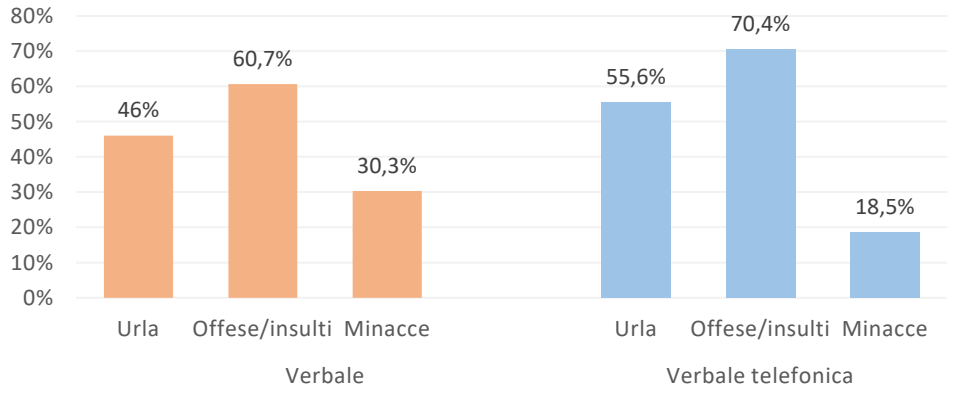



Grafico 4. Tipologie di aggressioni verbale e telefonica maggiormente subite dagli operatori

Per quanto riguarda l'aggressione di tipo fisico i fenomeni più frequenti che gli operatori hanno riferito di aver subito sono stati schiaffi e pugni (45,4%), graffi (36,4%), sputi (31,8%) e spintoni (27,3%) (grafico 5).

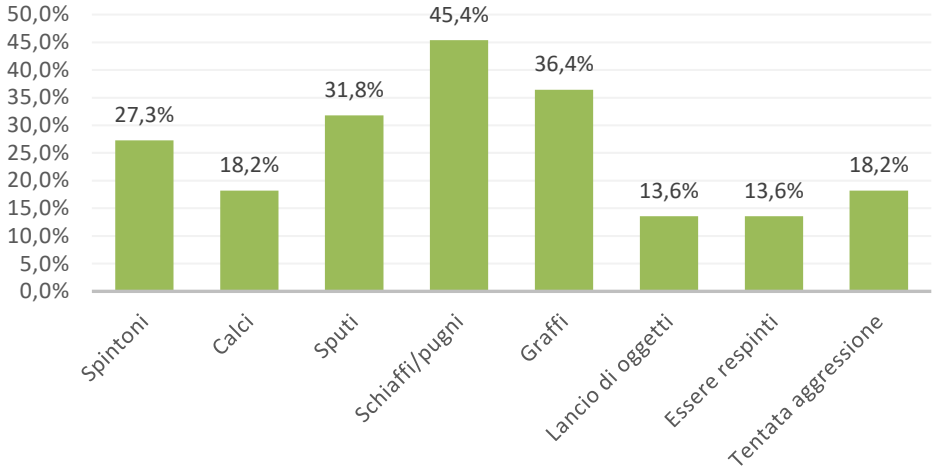



Grafico 5. Tipologie di aggressione fisica subite dagli operatori

### 2.4.3 Autori delle aggressioni

Secondo lo studio effettuato, il 60% degli operatori sanitari hanno identificato come l'aggressore il paziente ed il 40% ha affermato che l'atto aggressivo è avvenuto da parte di un familiare o un caregiver.

### 2.4.4 Turni a rischio

I turni di lavoro dove secondo il personale le aggressioni avvengono con maggiore frequenza sono per il 49,1% il turno di mattina (dalle 7 alle 14) e per il 40,2% il turno di pomeriggio (dalle 14 alle 22). Solo il 10,7% degli operatori hanno identificato il turno di notte (dalle 22 alle 7) come quello con il rischio maggiore di subire un episodio aggressivo (ALLEGATO 2, grafico 6).

### 2.4.5 Strategie messe in atto dagli operatori

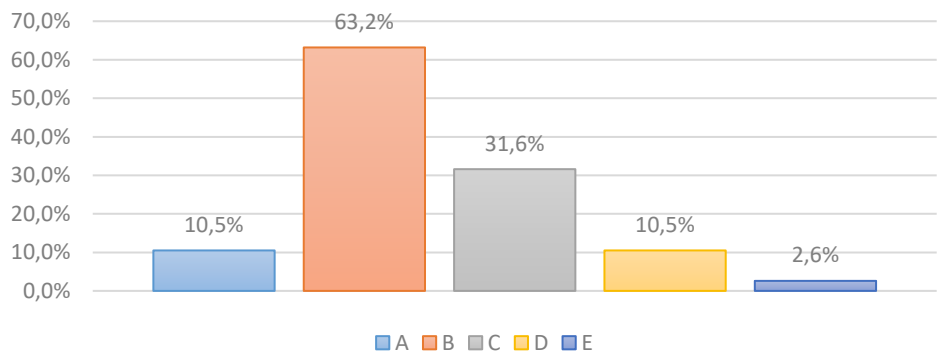
<u>Gestione del soggetto aggressivo</u>

L'89,9% degli operatori sanitari che hanno subito un'aggressione hanno utilizzato l'approccio di tipo relazionale nella gestione della persona violenta, il 9,1% di tipo contenitivo e solo l'1% ha assunto l'atteggiamento indifferente di fronte all'episodio aggressivo.

<u>Difficoltà nell'affrontare un'aggressione</u>

Il 38,4% (38 persone) del personale aggredito da parte dell'utenza ha affermato di aver riscontrato difficoltà nell'affrontare questo tipo di situazione. Di cui il 63,2% ha dichiarato di aver avuto difficoltà nella gestione dell'evento imprevedibile, il 31,6 %

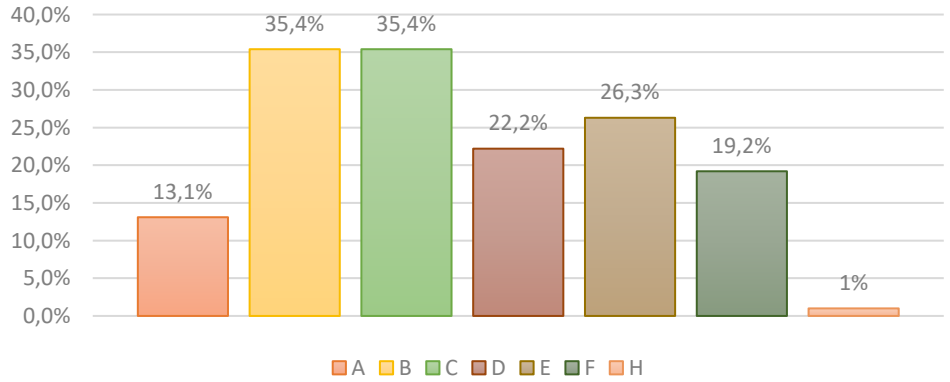
difficoltà di comunicazione, il 10.5% ha riferito come problema incontrato la mancanza di conoscenze e il 10,5% assenza di strumenti di immediato utilizzo (grafico 7).




Leggenda: A – mancanza di conoscenze; B – difficoltà nella gestione di un evento imprevedibile; C – difficoltà di comunicazione; D – assenza di strumenti di immediato utilizzo; E – altro.
Grafico 7. Difficoltà incontrate dagli operatori. Possibili più risposte

<u>Reazione all'episodio di aggressione subita</u>

È stato indagato anche il modo di reagire all'aggressione subita o assistita. Il 13,1% del personale ha dichiarato di non aver avuto nessuna reazione, il 35,4% di aver chiesto alla persona aggressiva di smettere, il 35,4% degli operatori ha riferito di aver chiamato un collega, il 26,3% di aver provato ad attuare tecniche di comunicazione, il 19,2% ha dovuto richiedere l'intervento delle forze dell'ordine e il 22,2% ha riportato l'incidente a un superiore. Nonostante il fatto di aver subito l'episodio di aggressività, nessuno degli operatori sanitari ha compilato il modulo di incidente sul lavoro (grafico 8).



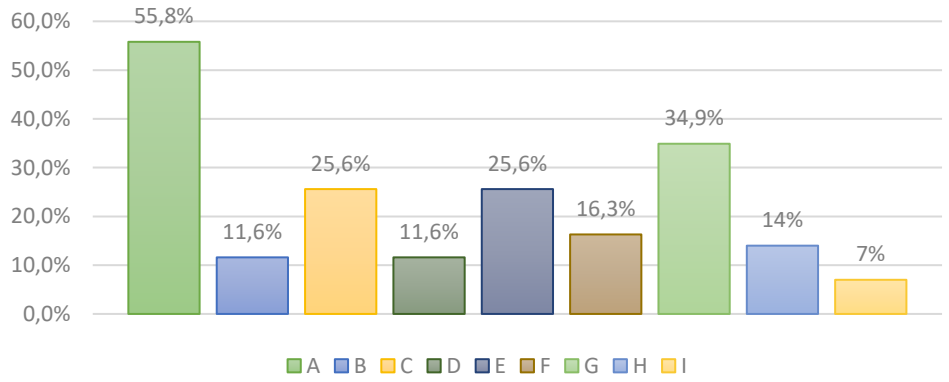

Leggenda: A – nessuna reazione; B – ha chiesto all'autore di violenza di smettere; C – ha chiamato un collega; D – ha riportato l'incidente a un superiore; E – ha provato ad attuare tecniche di comunicazione; F – ha richiesto l'intervento delle forze dell'ordine; G – ha compilato il modulo di incidente sul lavoro; H – altro.
Grafico 8. Reazioni degli operatori di fronte all'aggressione. Possibili più risposte (G con frequenza pari a 0)

### 2.4.6 Conseguenze sugli operatori coinvolti

Risvolti emotivi

Il 43,4% del personale che ha subito o ha assistito ad un atto di aggressione da parte dell'utenza sul posto di lavoro ha confessato di aver avuto le conseguenze di tipo psicologico. Il 90,7% di questi operatori è rappresentato da donne e il 9,3% da uomini (ALLEGATO 2, grafico 9). Suddividendo per il ruolo professionale, la maggior parte di chi ha avuto questo tipo di conseguenze sono gli infermieri (76,7%), i medici costituiscono il 9,3%, come anche gli operatori socio sanitari (9,3%) e gli altri operatori coinvolti il 4,7% (ALLEGATO 2, grafico 10).

Per indagare meglio la natura dei risvolti emotivi a seguito di un episodio violento è stato chiesto agli operatori sanitari di indicare i sentimenti maggiormente provati. Sono stati proposti i sentimenti, quali paura, umiliazione e vergogna, abbattimento, disperazione, senso di impotenza, tristezza, rabbia, stupore e sfiducia verso le proprie competenze. Dalle risposte ottenute emerge che la paura è un sentimento maggiormente provato (55,8%) dagli operatori sanitari in seguito ad episodio aggressivo. Altri ripercussioni psicologiche con più incidenza sono la rabbia, con il 34,9% degli operatori che l'ha provata, l'abbattimento (25,6%) e il senso di impotenza (25,6%). Nel 7% del personale sanitario un atto aggressivo subito ha generato i sentimenti di sfiducia verso le proprie competenze professionali (grafico 11).




Leggenda: A – paura; B – umiliazione/vergogna; C – abbattimento; D – disperazione; E – senso di impotenza; F – tristezza; G – rabbia; H – stupore; I – sfiducia verso le proprie competenze professionali.
Grafico 11. Ripercussioni psicologiche post-aggressione. Possibili più risposte

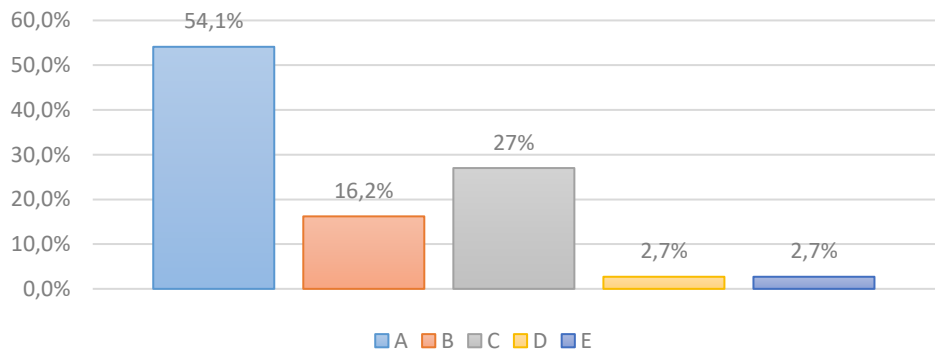
Danni fisici

In seguito ad aggressione subita 12 operatori sanitari (12,1%) hanno dichiarato di aver riportato danni di carattere fisico, di cui 10 operatori (83,3%) hanno dovuto assentarsi dal

posto di lavoro. Nel 20 % (2 operatori) il danno da aggressione subita ha procurato un'assenza maggiore di 15 giorni, nel 10% (1 operatore) di 6-10 giorni e nel 70% (7 operatori) di 1-5 giorni lavorativi (ALLEGATO 3, tabella 6).

Conseguenze in campo lavorativo

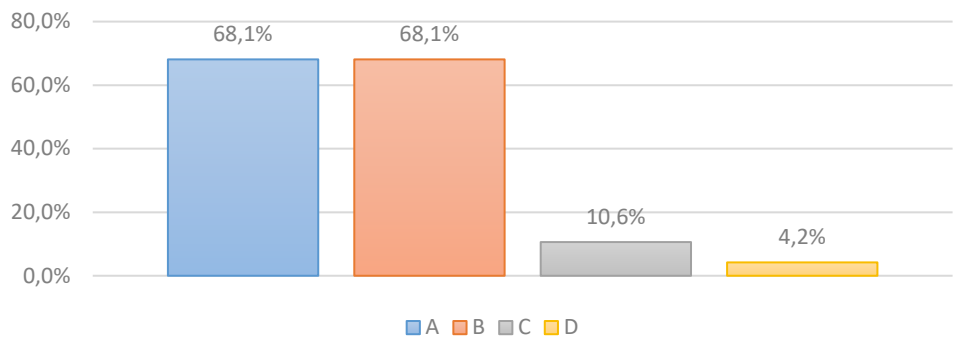
Il 37,4% del personale sanitario ha riferito che il fenomeno di aggressione subito ha avuto ripercussioni sul lavoro effettuato in termini sia di concentrazione che di qualità delle cure prestate. Il 54,1% degli operatori ha dichiarato che l'episodio di aggressività ha generato la paura nell'attuare l'assistenza all'utente violento, il 27% invece afferma di aver avuto le difficoltà e il calo di concentrazione per l'intero turno lavorativo e il 16,2% le difficoltà e il calo di concentrazione nelle cure verso la persona aggressiva. Solo il 2,7% (1 operatore) ha dovuto delegare un proprio compito ad un collega (grafico 12).




Leggenda: A – paura nell'attuare l'assistenza all'utente; B – difficoltà/calo di concentrazione nelle cure verso l'utente aggressivo; C – difficoltà/calo di concentrazione per l'intero turno; D – delega delle proprie mansioni verso l'utente ad un collega; E – altro
Grafico 12. Ripercussioni in campo lavorativo. Possibili più risposte

Richieste di aiuto

Dai dati raccolti emerge che il 47,5% degli operatori sanitari ha avuto la necessità di ricorrere a diverse forme di aiuto a seguito di un atto aggressivo subito. Le fonti di aiuto maggiormente indicati sono il confronto con i colleghi (68,1%) e il confronto con un superiore (68,1%). Il 10,6% del personale ha riferito di essersi rivolto ad un amico o ad un familiare e solo il 4,2% (2 operatori) ha affermato di aver avuto la necessità di richiedere aiuto di tipo psicologico (grafico 13).




Leggenda: A – confronto con i colleghi; B – confronto con un superiore; C – familiare/amico; D – psicologo
Grafico 13. Persone alle quali gli operatori hanno chiesto aiuto. Possibili più risposte

### 2.4.7 Formazione del personale

Infine è stato chiesto agli operatori sanitari che hanno aderito all'indagine se hanno mai frequentato il corso su come affrontare i fenomeni di aggressività. Da 104 risposte date, l'89,4% degli intervistati ha risposto negativamente. Solo il 10,6% dei rispondenti (11 operatori) quindi ha avuto qualche forma di formazione specifica. Di questi il 18,2% ritiene che il corso in materia di formazione sia utile solo nel prevenire un atto di aggressione, il 27,3% che sia utile solo nell'affrontarlo. Il 45,4% di chi ha frequentato il corso afferma l'utilità di esso non solo nel prevenire ed affrontare un episodio violento ma anche nel comprenderlo. Il 9,1% (1 operatore) ha riferito inutilità del corso di formazione (ALLEGATO 3, tabella 7).

# CAPITOLO 3
# DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Diversi studi riportano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono più esposti, rispetto ad altri professionisti che operano a contatto diretto con le persone, a rischio di aggressione da parte dell'utenza sul posto di lavoro. I dati ottenuti dall'indagine effettuata negli istituti di cura del Distretto di Ascoli Piceno non fanno altro che confermare tale situazione. Situazione che purtroppo sta diventando una consuetudine nel campo della sanità, in quanto il fenomeno dell'agito aggressivo è in aumento negli ultimi anni.

Il rischio di subire un episodio di aggressività corrono tutti gli operatori, uomini e donne. La tipologia di aggressione più comune tra il personale sanitario è quella verbale e l'essere offeso o insultato si verifica come evento a maggior incidenza. Più della metà degli intervistati identifica il paziente come l'autore dell'aggressione subita od assistita. Il turno considerato più a rischio di subire un atto violento sia verbale che fisico è quello mattutino. Questo dato si trova leggermente in contrasto con la letteratura disponibile, dove viene indicato il turno pomeridiano come quello a rischio maggiore[22].

Per la gestione del soggetto aggressivo si utilizza principalmente l'approccio di tipo relazionale, solo in alcuni casi si verifica la necessità di usare misure contenitive. Alcuni rispondenti hanno incontrato delle difficoltà nell'affrontare le situazioni di aggressione, le più frequenti sono i problemi di comunicazione con la persona violenta e di gestione di un evento imprevedibile.

L'episodio aggressivo vissuto spesso porta alle conseguenze di tipo psicologico, generando prevalentemente i sentimenti di paura, rabbia, abbattimento e senso di impotenza. Il coinvolgimento emotivo degli operatori può influenzare il loro modo di lavorare in termini di qualità delle cure prestate o di concentrazione. Più della metà degli intervistati che hanno subito qualche forma di aggressione riferisce di provare la paura nell'attuare l'assistenza all'utente violento, alcuni affermano di avere calo di concentrazione sia nelle cure verso la persona aggressiva sia per l'intero turno.

Lo studio svolto rileva la necessità di attuare misure di prevenzione per ridurre il rischio di subire un'aggressione sul posto di lavoro.

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

Prevenzione e gestione di un evento aggressivo

La prevenzione dell'aggressione necessità una conoscenza di atteggiamenti che possono portare agli atti violenti. In letteratura sono presenti diverse tecniche che possono aiutare gli operatori sanitari a riconoscere la persona che sta per perdere pazienza, identificando i comportamenti potenzialmente aggressivi. Un esempio potrebbe essere il metodo END, acronimo di Empatia, Normalizzazione, Descalation, ideato da Biondi[23] e basato su tre sequenze comunicative che si focalizzano sulla capacità di comunicazione empatica, normalizzante e descalante. La comunicazione empatica aiuta a creare una relazione con la persona, riconoscendo il suo dolore, le sue preoccupazioni, la paura e la disperazione. La comunicazione normalizzante permette di ridurre questi sentimenti e distorsioni cognitivi che potrebbero potenziare tali vissuti. La descalation invece ha come finalità la riduzione dell'aggressività e i vissuti emotivi.

Cercare di comprendere ciò che disturba la persona, stabilire una relazione incentrata sul dialogo, con frasi brevi e semplici potrebbe aiutare a ridurre la tensione e a prevenire un atto aggressivo.

Un altro approccio alla persona potenzialmente violenta è rappresentato dal cosiddetto comportamento "stay cool" (resta calmo), che prevede l'attuazione di una serie di interventi comportamentali con lo scopo di calmare la persona aggressiva[24]:

- Stand: si consiglia di posizionarsi sempre di lato, piuttosto che faccia a faccia, e rimanere a distanza di uno o due braccia di lunghezza;
- Talk: parlare con tono di voce uniforme e coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte;
- Ask: porre domande semplici, evitare di provocare il soggetto violento, permettere di dire la sua, accettando eventuali discordanze delle opinioni;
- Yellow: se si è spaventati allontanarsi e chiamare aiuto;
- Concise: esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario;
- Observational awareness: sorvegliare i segnali emotivi e comportamentali del soggetto, come parlare da solo, camminare avanti e indietro, mantenere sguardo fisso, non seguire le indicazioni;
- Options: offrire possibili alternative di trattamento, infondere la speranza per il futuro del paziente;

[23] Biondi M. Comunicazione con il paziente: il metodo end. Roma: Alpes, 2014

[24] Hillard R, Zitek B. Il paziente potenzialmente violento. In Hillard R, Zitek B. Emergenza psichiatrica. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005:63-75

- Look/Listen: essere rispettosi, mantenere un'espressione neutrale, mantenere il contatto visivo senza fissare negli occhi; scoprire i bisogni della persona ed aiutarla a determinare se sono ragionevoli o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio.

Le presenti tecniche comunicative e comportamentali devono mirare alla risoluzione dell'agitazione, favorire la relazione con la persona ed evitare la conflittualità.

Risulta quindi importante una formazione continua degli operatori sanitari sugli aspetti della comunicazione e della relazione interpersonale, che deve centrarsi sull'identificazione precoce e sulla gestione della persona violenta usando le tecniche di de-escalation. L'uso di contenzione di tipo farmacologico o fisico deve essere preso in considerazione solo nel caso di fallimento di tutte le altre strategie[25],[26].

Un corso di formazione a distanza basato sulla de-escalation è stato presentato dalla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e FNOPI con lo scopo di insegnare ai professionisti che operano nel campo della sanità come riconoscere una persona potenzialmente violenta e come diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale. Si chiama C.A.R.E., che in inglese significa prendersi cura, ma che è anche acronimo di Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia. L'obiettivo è "prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute"[27].

Purtroppo lo studio svolto non ha potuto verificare l'utilità del corso su come prevenire ed affrontare episodi di aggressività poiché solo il numero limitato di operatori afferma di aver avuto formazione in merito.

Un altro aspetto importante per prevenire gli episodi di aggressione nei luoghi di cura è rappresentato dal riconoscimento e l'identificazione dei fattori di rischio per la sicurezza del personale da parte delle aziende sanitarie e la messa in atto delle strategie ritenute più opportune[28]. Garantire un ambiente di lavoro sicuro deve risultare senza dubbio una priorità. Ogni azienda sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, con le finalità di diffondere una politica di tolleranza zero verso gli atti di aggressione, incoraggiare gli operatori a segnalare gli episodi avvenuti, facilitare il coordinamento con le Forze dell'ordine o altri soggetti che possano fornire un

[25] Hodge AN, Marshall AP. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. Aust Critical Care. 2007; 20:61-7

[26] Biondi M. Comunicazione con il paziente: il metodo end. Roma: Alpes, 2014

[27] https://www.fnopi.it/2019/07/03/aggressioni-infermieri-e-medici-imparano-a-evitarle-partono-i-corsi-del-progetto-care-2/

[28] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari.

Al personale che ha subito un'aggressione devono essere fornite tutte le informazioni sulle procedure previste e sulle forme di supporto e assistenza disponibili. Perché lasciare inascoltate le difficoltà delle vittime dell'aggressione sul posto di lavoro incide non solamente sulle loro performance lavorative, ma anche dell'intera azienda.

# BIBLIOGRAFIA


- Amadei E, dirigente medico ACO San Filippo Neri. *Sicurezza del Paziente e degli Operatori Sanitari: obiettivo comune per un'assistenza di qualità. Prevenzione e monitoraggio delle aggressioni nei confronti degli Operatori Sanitari.* ACO San Filippo Neri: Roma. 2011.

- Biondi M. *Comunicazione con il paziente: il metodo end.* Roma: Alpes, 2014

- Bonamici E. *Prevenire e gestire il comportamento aggressivo.* 2013

- Bonner G, McLaughlin S. *The psychological impact of aggression on nursing staff.* Br J Nurs. 2007; 16(13): 810–814.

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

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

- DGUV. Datenblatt Schreck, Bedrohung, Gewalt. Available online: http://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4_quartal/factsheet_schreck_bedrohung_gewalt.pdf

- Dormann C, Zapf D. *Customer-related social stressors and burnout.* Journal of Occupational Health Psychology, vol.9, no. 1, pp. 61–82, 2004.

- European Commission. *Opinion of the Advisory Committee on Safety, Hygiene and Health Protection at Work on Violence at the workplace.* DOC 1564/2/2001 EN. 2001

- Hillard R, Zitek B. *Il paziente potenzialmente violento.* In Hillard R, Zitek B. Emergenza psichiatrica. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005:63-75

- Hodge AN, Marshall AP. *Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective.* Aust Critical Care. 2007; 20:61-7

- Kowalczuk K, Krajewska-Kulak E, Kulak W, Ostapowicz-Van Damme K, Klimaszewska K, Rolka H. *Influence of aggression on stress development in the population of nurses and midwives in the Podlaskie Province.* Probl Hig Epidemiol 2010; 91(3): 444–450.

- Lanctot, N.; Guay, S. *The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences.* Aggress. Violent Behav. 2014, 19, 492–501.

- Maier G.J. e Van Rybroek G.J. (1995). *Managing countertransference reactions to aggressive patients.* In Eichelman, B.S., Hartwig, A.C., ads. "Patient's violence and the clinician", Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 73-104.

- Merecz D, Drabek M, Moscicka A. *Aggression at the workplace-psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients.* Int J Occup Med Environ Health. 2009; 22(3): 243–260.

- Nienhaus, A.; Drechsel-Schlund, C.; Schambortski, H.; Schablon, A. *Violence and discrimination in the workplace. The effects on health and setting-related approaches to prevention and rehabilitation.* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016, 59, 88–97.

- NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health, *Violence - Occupational Hazards in Hospitals.* 2002.

- Pekurinen, V.; Willman, L.; Virtanen, M.; Kivimaki, M.; Vahtera, J.; Valimaki, M. *Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings.* Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 1245.

- Schablon A.; Wendeler D.; Kozak A.; Nienhaus A.; Steinke S. *Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany - A Survey*. 2018

- Zeh, A.; Schablon, A.; Wohlert, C.; Richter, D.; Nienhaus, A. *Violence and aggression in care-related jobs—A literature overview.* Gesundheitswesen 2009, 71, 449–459.

# SITOGRAFIA


- http://www.anaao.it/public/aaa_7861190_relazione_indagineaggressioni_giugno2018.pdf

- https://www.osservatoriodiritti.it/wp-content/uploads/2018/04/aggressioni-ai-medici-nursind.pdf

- https://www.fnopi.it/aree-tematiche/violenza-sugli-operatori-sanitari/

- https://www.fnopi.it/2019/07/03/aggressioni-infermieri-e-medici-imparano-a-evitarle-partono-i-corsi-del-progetto-care-2/

- https://www.fpcgil.it/wpcontent/uploads/2019/05/opuscolo_fp_aggressioni_sanit.web.pdf

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

# ALLEGATO 1. QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL PERSONALE

*Prima parte: Sezione socio-demografica*

1. Genere:
    - Maschio
    - Femmina
2. Età:
    - < 30 anni
    - 31 – 40 anni
    - 41 – 50 anni
    - > 50 anni
3. Titolo di studio (indicare la massima formazione acquisita):
    - Scuola Secondaria di I grado (licenza media)
    - Scuola Secondaria di II grado (diploma di maturità)
    - Diploma di scuola regionale
    - Laurea triennale
    - Laurea magistrale
    - Dottorato di ricerca
4. Formazione post-base
    - Master I livello
    - Master II livello
    - Corso di perfezionamento in: _____
    - Altro (specificare): _____
5. Qual è il suo ruolo professionale:
    - Medico
    - Infermiere
    - Operatore Socio Sanitario
    - Ausiliario Socio Sanitario
6. Da quanti anni esercita la sua professione?
    - < 1 anno
    - 1 – 5 anni
    - 6 – 10 anni
    - 11 – 15 anni
    - 16 – 20 anni
    - > 20 anni

*Seconda parte: Sezione conoscitiva*

1. Nel corso della sua attività lavorativa ha mai assistito ad episodi di aggressività verbale o fisica da parte dell'utenza sul luogo di lavoro?
    - Sì
    - No
2. Ha subito delle aggressioni verbali o fisiche da parte dell'utenza negli ultimi 6 mesi?

- Sì
- No

3. Di che tipo di aggressività si è trattato?
    - Verbale:
        - urla contro la propria persona
        - offese verbali/insulti
        - minacce
        - altro (specificare): _____
    - Verbale telefonica:
        - urla contro la propria persona
        - offese verbali/insulti
        - minacce
        - altro (specificare): _____
    - Fisica:
        - spintoni
        - calci
        - sputi
        - schiaffi/pugni
        - graffi
        - lancio di oggetti
        - essere respinti in modo violento
        - tentata aggressione
        - altro (specificare): _____

4. Da parte di chi si è verificata l'aggressione?
    - Pazienti stessi
    - Familiari/ caregivers

5. Per la gestione del paziente/ familiare aggressivo, quale tipo di approccio è stato utilizzato?
    - Relazionale
    - Contenitivo/ di forza
    - Altro (specificare): _____

6. Ha avuto difficoltà nell'affrontare situazioni di aggressione?
    - Sì
    - No

7. Se sì, quali difficoltà ha incontrato maggiormente nell'affrontare queste situazioni?
    - Mancanza di conoscenze
    - Difficoltà nella gestione di un evento imprevedibile
    - Difficoltà di comunicazione
    - Assenza di strumenti di immediato utilizzo
    - Altro (specificare): _____

8. Di fronte all'episodio di aggressione verbale o fisica qual è stata la sua reazione?
    - Nessuna reazione
    - Ha chiesto all'autore di violenza di smettere
    - Ha chiamato un collega

- Ha riportato l'incidente a un superiore
- Ha provato ad attuare tecniche di comunicazione
- Ha richiesto l'intervento delle forze dell'ordine
- Ha compilato il modulo di incidente sul lavoro
- Altro (specificare): _____

9. Potrebbe indicare il turno dove i fenomeni di aggressione avvengono con maggiore frequenza?
    - 7 – 14
    - 14 – 22
    - 22 - 7
10. Il/i fenomeno/i di aggressione a suo carico ha/hanno avuto ripercussioni psicologiche su di Lei?
    - Sì
    - No
11. Se sì, come descriverebbe i sentimenti che ha provato?
    - Paura
    - Umiliazione/vergogna
    - Abbattimento
    - Disperazione
    - Senso di impotenza
    - Tristezza
    - Rabbia
    - Stupore
    - Sfiducia verso le proprie competenze professionali
12. In caso di aggressione da Lei subita ha riportato danni fisici?
    - Sì
    - No
13. Se sì, ha dovuto assentarsi dal posto di lavoro?
    - Sì
    - No
14. Se sì, per quanti giorni?
    - 1-5
    - 6-10
    - 11-15
    - >15
15. Il fenomeno di aggressione ha avuto ripercussioni sul suo lavoro in termini di qualità delle cure prestate o di concentrazione?
    - Sì
    - No
16. Se sì, cosa ha provocato?
    - Paura nell'attuare l'assistenza all'utente
    - Difficoltà/ calo di concentrazione nelle cure verso l'utente aggressivo
    - Difficoltà/ calo di concentrazione per l'intero turno

- Delega delle proprie mansioni verso l'utente ad un collega
- Altro (specificare): _____

17. Ha avuto la necessità di ricorrere a qualche forma di aiuto a seguito dell'episodio di aggressione?
    - Sì
    - No
18. Se sì, da chi?
    - Confronto con i colleghi
    - Confronto con un superiore
    - Familiare/amico
    - Psicologo
    - Altro (specificare): _____
19. Ha mai frequentato il corso su come affrontare i fenomeni di aggressioni?
    - Sì
    - No
20. Se sì, che informazioni date dal corso ritiene siano utili?
    - Comprensione del fenomeno
    - Metodi per prevenirlo
    - Metodi per affrontarlo
    - Nessuna

# ALLEGATO 2. GRAFICI

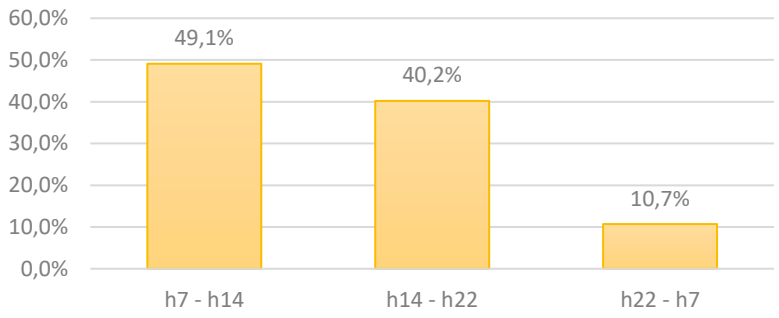



Grafico 6. Turni di rischio secondo gli operatori

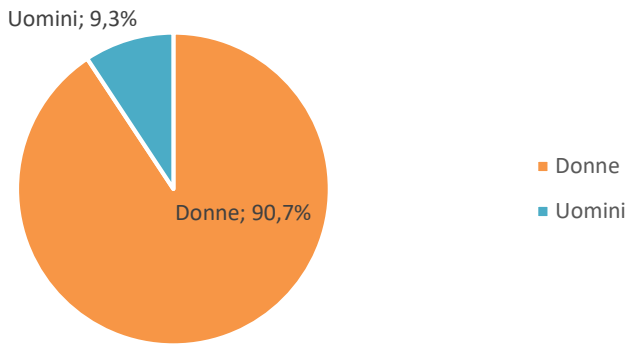



Grafico 9. Suddivisione delle conseguenze psicologiche per genere

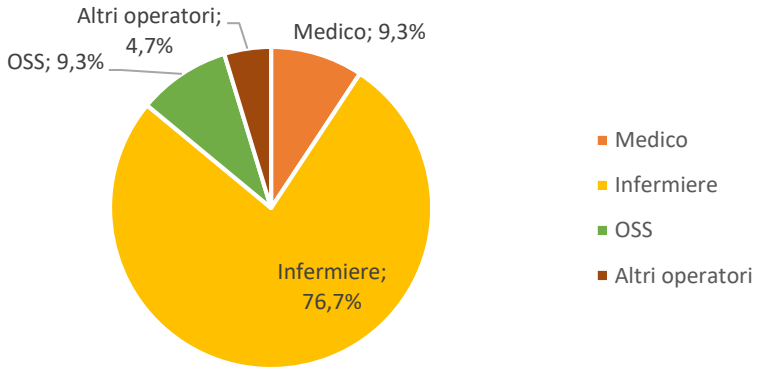



Grafico 10. Suddivisione delle conseguenze psicologiche per categoria professionale

# ALLEGATO 3. TABELLE

| Titolo di studio | N° operatori | % |
|---|---|---|
| Scuola secondaria di I grado | 6 | 5,7% |
| Scuola secondaria di II grado | 10 | 9,5% |
| Diploma di scuola regionale | 42 | 40,0% |
| Laurea triennale | 38 | 36,2% |
| Laurea magistrale | 9 | 8,6% |
| Dottorato di ricerca | - | - |
| Totale | 105 | 100,0% |

Tabella 2. Livello di istruzione degli operatori sanitari

| Formazione post-base | N° operatori | % |
|---|---|---|
| Master I livello | 13 | 52,0% |
| Master II livello | 2 | 8,0% |
| Corso di perfezionamento | 4 | 16,0% |
| Altro | 6 | 24,0% |
| Totale | 25 | 100,0% |

Tabella 3. Formazione post-base

| N° giorni | N° operatori | % |
|---|---|---|
| 1-5 giorni | 7 | 70% |
| 6-10 giorni | 1 | 10% |
| 11-15 giorni | - | - |
| > 15 giorni | 2 | 20% |
| Totale | 10 | 100% |

Tabella 6. Giorni di assenza dal posto di lavoro in seguito ad aggressione subita

| Informazioni utili date dal corso | N° operatori | % |
|---|---|---|
| Metodi per prevenire | 2 | 18,20% |
| Metodi per affrontare | 3 | 27,30% |
| Comprendere, prevenire, affrontare | 5 | 45,40% |
| Nessuna | 1 | 9,10% |
| Totale | 11 | 100,00% |

Tabella 7. Utilità del corso di formazione secondo gli operatori