UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in:

Infermieristica

Tesi di Laurea:

Violenza e aggressione agli infermieri del Pronto Soccorso: indagine conoscitiva di un fenomeno sempre più in crescita

Relatore:

Dott. Maurizio Mercuri

Candidata:

Chiara Belletti

Correlatore:

Dott. Pasquale Palumbo

Anno Accademico 2018/2019

Sommario

Abstract .....

1.Introduzione 1

1.1 Violenza sul lavoro 2

1.2 La violenza dell'utente nel settore sanitario 3

1.3 Epidemiologia del fenomeno in Italia 7

1.4 Fattori precipitanti in Pronto Soccorso 11

1.5 Nuove proposte per contrastare il fenomeno 13

2.Scopo dello studio 17

3.Materiali e metodi 18

4. Analisi dei risultati 20

5. Discussione dei risultati 33

6.Conclusioni e limiti 38

Bibliografia 40

Allegato .....

Abstract

Introduzione: La violenza sul posto di lavoro perpetrata da terzi nei confronti di chi esercita una professione è un fenomeno di rilevanza mondiale sempre condannabile. Tuttavia, quando questa si verifica in un contesto sanitario assume una valenza particolare. Ad oggi la figura più colpita da questo tipo di fenomeno è l'infermiere, soprattutto se lavora in Pronto Soccorso. Nonostante sia un fenomeno ancora fortemente sottostimato, negli ultimi anni sono stati compiuti, attraverso campagne e ricerche, i primi passi di un percorso ancora lungo, sia in Italia che nel resto del mondo, che hanno fatto luce su un fenomeno dilagante e, purtroppo, in crescita.

Scopo dello studio: Lo scopo di questo studio è di analizzare attraverso un questionario il fenomeno della violenza nei vari PS rilevando i casi di aggressione di cui gli intervistati sono stati testimoni o vittime, valutando se è un fenomeno in ascesa o meno, le percezioni degli stessi infermieri a riguardo, le aree più a rischio e i fattori precipitanti. Ulteriori obiettivi sono anche quelli di conoscere le strategie messe in atto per contrastarla.

Materiale e metodi: L'indagine si è svolta nel periodo di Febbraio-Marzo 2020 attraverso un questionario anonimo a risposta multipla e aperta elaborato con Google Moduli e somministrato online, ottenendo la collaborazione di 38 infermieri.

Discussione: Dalle analisi emerge come tutti gli operatori intervistati siano stati vittime o testimoni di una qualche forma di violenza negli ultimi 5 anni e come questo tipo di atteggiamento stia acquisendo, secondo i medesimi ma anche secondo la letteratura, un trend crescente. Nonostante tutto, il fenomeno risulta ancora poco segnalato dagli stessi infermieri. L'area più esposta risulta essere quella del triage e le cause scatenanti sono gli atteggiamenti negativi e prevenuti dell'utenza, ma anche la scarsa conoscenza dei codici assegnati e la lunghe liste di attesa. Le strategie messe in campo dalle varie aziende sono state diverse ma comunque giudicate inadatte a prevenire o contenere il fenomeno tanto che gli infermieri non considerano il PS come un luogo sicuro.

Conclusioni: La violenza all'interno del Pronto Soccorso è un fenomeno non recente ma comunque in aumento e dalle diverse sfaccettature che necessita di essere affrontato con un approccio olistico. La risposta deve essere di "tolleranza zero" mediante un maggiore impegno gestionale da parte delle aziende, politiche sanitarie adeguate, una maggiore formazione degli infermieri e attraverso l'educazione dell'utenza.

1.Introduzione

La violenza e le aggressioni nei luoghi di cura da parte di pazienti o accompagnatori ai danni degli operatori sanitari, costituisce un problema di rilevanza mondiale che danneggia non solo la salute fisica e psicologica dei lavoratori, ma ne lede anche la dignità professionale.

Le ripercussioni della violenza sul lavoro perpetrata da terzi sono molteplici e negative arrivando a tradursi persino in un deterioramento delle condizioni di salute. Non di rado sfociano in reazioni da stress post-traumatico, demotivazione, senso di colpa e autocondanna fino ad arrivare, in ambito sanitario, alle assenze in reparto, all'intenzione di inoltrare la domanda di trasferimento e/o cambiare ambiente lavorativo. Oltre ad influire sulla sfera personale, l'impatto negativo che ne deriva si ripercuote anche sulla produttività che ne viene compromessa in diverse misure, ad esempio, riducendo le performances professionali e aumentando la percentuale di errori commessi. Inoltre, l'effetto di queste aggressioni, a prescindere dalla natura della violenza, finisce per ripercuotersi non solo sulle vittime, ma anche sui testimoni e persino su chi si senta in essa coinvolto come membro di un gruppo al cui interno ci siano state delle aggressioni. Si genera di conseguenza un clima di sfiducia, di ostilità e di paura, e vengono meno le basi del lavoro di gruppo e della condivisione degli obiettivi, ripercuotendosi sull' operato dei singoli e sulla qualità delle cure prestate dal gruppo[1]. Si evince sin da subito, come la sicurezza all'interno dei luoghi di cura sia strettamente legata al concetto di salute, inteso come "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*" (OMS, 1948) che gli stessi operatori, vittime di abusi, perseguono per i propri assistiti. In questo senso la sicurezza sul lavoro è un' accezione più ristretta di tale definizione. L'importanza di garantire la sicurezza sul lavoro al personale medico ed infermieristico non significa fare in modo che uno dei diritti fondamentali di qualsiasi lavoratore, ovvero la protezione della sua persona, venga rispettato, ma rientra anche negli interessi degli stessi pazienti, al fine di poter garantire loro elevati standard assistenziali nelle prestazioni sanitarie erogate.

[1] Brunetti L., Bambi S.,(2013) *" Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale",* Professioni Infermieristiche ;

È dunque fondamentale prevenire, o ridurre al minimo, il verificarsi di certe situazioni attraverso un approccio olistico che tenga conto sia dei disagi alla base delle aggressioni, educando e formando il personale sanitario ma anche sensibilizzando la popolazione sull'argomento. Come per qualsiasi altro fenomeno che deve essere studiato e analizzato, è importante partire dalla definizione dello stesso.

1.1 Violenza sul lavoro

Non esiste una definizione univoca di violenza, in quanto, la varietà degli atteggiamenti che rientrano in tale termine, la percezione in sé di violenza e i contorni sfumati che determinati comportamenti possono assumere nei diversi contesti e nelle diverse culture, rende difficile trovare un accordo specifico su questo tema. Ad ogni modo, è possibile distinguere due tipi di violenza sul lavoro: quella fisica e quella psicologica. La prima, ovvero l'utilizzo della propria forza fisica per arrecare un danno o una lesione a una o più persone si esplica, ad esempio, con calci, percosse, armi ecc.; la seconda include il mobbing, insulti, minacce, intimidazioni o qualunque altra manifestazione che comporti un danno psicologico e sociale. Numerosi Enti e Associazioni internazionali che si sono interessati al fenomeno hanno suggerito diverse interpretazioni sottolineando come possa spaziare "da un linguaggio offensivo o minaccioso, all'omicidio"[2]; tra le più complete rientra probabilmente quella fornita dalla Occupational Safety & Health Administration (OHSA), che la descrive come "qualsiasi atto o minaccia di violenza fisica, molestie, intimidazioni, o altri comportamenti di minaccia che si verifichino sul posto di lavoro. Si va da minacce e abusi verbali ad aggressioni fisiche e perfino omicidi. Può interessare e coinvolgere i dipendenti, clienti e visitatori"[3]. L'ILO (International Labour Office) insieme ad altre organizzazioni di fama mondiale (ICN, OMS, PSI) hanno in seguito ampliato tale definizione arrivando a comprendere anche gli "incidenti in cui il personale viene abusato, minacciato o aggredito in circostanze correlate al proprio lavoro, compreso il pendolarismo da e verso il lavoro, che comporta una sfida esplicita o implicita alla loro sicurezza,

[2] CDC Workplace Safety and Health (2002), "*Occupational hazards in hospital*", da https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/, ultimo accesso Marzo 2020;
[3] United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012), "*WorkplaceViolence*, da https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/, ultimo accesso Marzo 2020 ;

benessere o salute"[4]. Per quanto, purtroppo, episodi di aggressione si verifichino in molti ambienti lavorativi, alcuni settori, tra cui quello sanitario, sono più esposti di altri.

1.2 La violenza dell'utente nel settore sanitario

Gli atti di violenza e le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un fenomeno particolarmente rilevante e sempre più diffuso in tutto il mondo [5]. Nonostante l'importanza del fenomeno, gli abusi sul lavoro hanno iniziato ad essere studiati solo a partire dagli anni '90, con un crescente incremento di articoli pubblicati all'interno di banche dati quali, ad esempio, PubMed o CINHAL proprio negli ultimi anni. Tra i vari operatori della salute, la categoria più esposta alla violenza dell'utente (*client-on worker violence*) risulta essere quella degli infermieri, soprattutto quelli del Pronto Soccorso impegnati in attività di triage[6] . Questo tipo di aggressione è stato classificato dalla University of Iowa Injury Prevention Research Center come violenza di II tipo (customer/client)[7], secondo un sistema di classificazione che considera la relazione esistente tra aggressione e organizzazione. L' Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) considera gli infermieri tra le figure professionali ad alto rischio violenza sul posto di lavoro. Anche l'ENA (*Emergency Nurses Association*), importante associazione statunitense per gli infermieri che operano nei Dipartimenti di Emergenza, ha da tempo preso posizione sull'argomento, come si evince in "Position Statement: Violence in the emergency care setting"[8] e condotto successivamente numerosi studi disponibili in letteratura. Secondo uno di questi, "Toolkit for workplace violence"[9] condotto da ENA nel 2007, più della metà degli infermieri che lavorano in emergenza è stata vittima di violenza. La rapida crescita di questo fenomeno ha spinto l'International Council of Nurses a condannare gli abusi e a supportare lo sviluppo di politiche "che

[4] International Labour Office, International Council of Nurses,World Health Organization, Public Services International (2002), "*Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector"*, ILO, ultimo accesso Marzo 2020;
[5] Krug, E., (2002) "*Violenza e salute nel mondo"*, Quaderni di sanità pubblica;
[6] Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A.,(2011), "*Violenza legata al paziente al triage: uno studio descrittivo qualitativo"*, da International Emergency Nursing;
[7] University of Iowa Industry Prevention Research Centre, (2001) "*Workplace violence-A report to the nation"*, da https://worksafe.public-health.uiowa.edu/Vol%208%20No%203%20Fall%202001.pdf, ultimo accesso Marzo 2020;
[8] ENA, (1991), *"Position Statement: Violence in the emergency care settings"*; da https://www.ena.org/docs/defaultsource/resourcelibrary/practiceresources/positionstatements/violenceintheemergencycaresetting.pdf , ultimo accesso Marzo 2020
[9] ENA, (2007), *"Toolkit for workplace violence"* citato in "*Violenza verso gli infermieri in area triage"*(2013) di Ramacciati N., Ceccagnoli A., Addey B.;

riflettano una tolleranza zero della violenza di qualsiasi forma, da qualsiasi fonte"[10] mediante l'elaborazione, in collaborazione con altre organizzazioni internazionali (WHO, International Labour Office, Public Services International), di linee guida[11] atte a promuovere la sicurezza e prevenire l'escalation di violenza. I luoghi in cui il rischio di essere aggrediti verbalmente o fisicamente è più elevato sono soprattutto i luoghi di attesa (come ad esempio nelle sale di attesa di un Pronto Soccorso), in generale i servizi di emergenza-urgenza, ma anche i servizi di geriatria e le strutture psichiatriche ospedaliere o territoriali. Gli infermieri, essendo più a contatto con i pazienti o comunque i primi ad intercettarli nell'area Triage, sono i più esposti alla violenza fisica oltre che a quella verbale; le minacce sembrano essere invece più facilmente dirette ai responsabili dei servizi forse con l'intento di influenzarli[12]. Già Morrison aveva definito il Dipartimento di Emergenza come il "barometro del funzionamento di un'organizzazione sanitaria"[13] in quanto rappresenta il punto di incontro tra ospedale e comunità. Il motivo per cui in quest' ambito gli operatori sono più esposti alla violenza dell'utente risiede in una complessa serie di motivazioni tra cui nell'elevato numero di accessi quotidiani, nei lunghi tempi di attesa che si creano di conseguenza, nel lavorare a stretto contatto con pazienti in momenti per loro stressanti o comunque di crisi, ma anche nell'inadeguata formazione del personale nel riconoscere precocemente e nel trattare l'agito aggressivo. L'interesse e la rilevanza del fenomeno ha promosso in tutto il mondo l'avvio di numerose campagne di sensibilizzazione sull'argomento a sostegno degli operatori sanitari.

[10]ICN, (2000), *"Prevention and management of workplace violence"*, da https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf, ultimo accesso Marzo 2020 ;

[11] International Labour Office: International Council of Nurses,World Health Organization, Public Services International (2002), *"Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector",*ILO, da https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultato a Marzo 2020;

[12] Traini T., Vaccaro S., Direzione nazionale NurSind, (2013),"*Indagine sulle aggressioni al personale sanitario*",https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/552/Indaginesulleaggressionialpersonalesanitario.pdf , consultato da Marzo 2020;

[13] Morrison LJ., (1999), " *Abuse of emergency department workers: an inherent career risk or a barometer of the evolving health care system?*"da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584087, consultato a Marzo 2020;

Figura 1: Campagna informativa Canada

Figura 2: Campagna informativa Inghilterra

Figura 3: Campagna informativa Australia

La dimensione reale del problema, come ben descritto dalla letteratura internazionale[14], rimane ad oggi indeterminata. Le informazioni recenti dimostrano infatti come le conoscenze attuali non siano altro che la punta di un iceberg poiché la rappresentazione esatta dell'incidenza degli episodi di violenza è fortemente sottostimata dall' *under-reporting* (sotto-segnalazione). Si registra infatti da parte degli infermieri una certa reticenza nel denunciare abusi e aggressioni avvenute nel luogo di lavoro[15] [16], motivo per cui, la frequenza e la gravità della violenza all'interno dei luoghi di cura potrebbe

[14] Hogarth K., Beattie J., Morphet J.,(2016), " *Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department*", da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26012889, consultato a Marzo 2020;
[15] Ferns T., (2006), " *Under-reporting of violent incidents against nursing staff"*da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16802588, consultato a Marzo 2020*;*
[16] Lewis S, Dickinson J, Contino DS, (2007), *"Survey: Most ED staff victimized by violence never report incident",* ED. Manag.*;*

essere nettamente superiore a quanto affermato dalle statistiche disponibili. Anche quando le aggressioni vengono segnalate, i risultati che si ottengono sono molto diversi tra loro a causa delle diverse percezioni, delle diverse definizioni e dei diversi strumenti di misura utilizzati.

Le scale di valutazione utilizzate sono, di solito, costruite ad hoc per la singola ricerca per cui non esiste e forse non può proprio esistere per via delle complesse sfaccettature del fenomeno, una scala standard. Ne sono esempi la POAS (Perception of Prevalence of Aggression Scale) sviluppata da Jansen nel 1997, la MOAS (Modified Overt Aggression Scale) largamente impiegata negli Stati Uniti ed estensione della più conosciuta Overt Aggression Scale di Yudofsky[17]; si tratta di una scala composta da quattro indici valutativi che sono aggressività verbale, aggressività verso se stessi, aggressione verso gli oggetti e verso gli altri. Ogni categoria si suddivide a propria volta in una serie di componenti da valutare e rivalutare ad intervalli, al fine di tracciare un andamento oggettivo del comportamento del paziente La MOAS può completarsi inoltre con una valutazione riguardante anche le azioni intraprese dal personale.

Tra le più utilizzate c'è sicuramente la Broset Violence checklist - BVC[18] (Clarke DE, 2010): E' costituita da 6 items attraverso i quali è possibile determinare il potenziale rischio di comportamenti violenti da parte di un paziente entro le 24 ore, anche se è risultata efficace anche nella previsione fino a 72 ore. Di seguito, è stata riportata la validazione italiana disponibile.

[17] Yudofsky SC., Jackson W., Silver JM, Endicott J., (1986), *"The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression"* da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3942284 consultato a Marzo 2020*;*

[18] Clarke D.E., Brown A.M., Griffith P., "*The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting"*, da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712684 , Marzo 2020 ;

Tabella 1. Brøset Violence Checklist (BVC)		
	Punteggio	
Indicatore	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale		

Figura 4: BVC Scale, validazione italiana FNOPI 2016

Ad ogni modo il trattamento della violenza parte dalla prevenzione, che si svolge a più livelli; riconoscere un paziente aggressivo già dagli esordi evitando così un peggioramento della situazione è fondamentale. Un metodo facile da memorizzare è il metodo S.T.A.M.P.[19], acronimo che sta per Staring (sguardo fisso e contatto con gli occhi), Tone (tono e volume di voce alto o alterato), Ansiety (ansia), Mumble (borbottio), Pacing (camminata continua e regolare).

1.3 Epidemiologia del fenomeno in Italia

Per quanto concerne il panorama italiano, i risultati degli studi sostanzialmente concordano con quanto affermato dalla letteratura internazionale. Secondo gli ultimi dati Inail disponibili, quelli del 2018, sono mediamente più di tre al giorno, 1200 all'anno, gli episodi di violenza in Italia contro i medici e il personale sanitario, dato che sottolinea l'inquietante frequenza con cui chi si prende cura del cittadino è esposto ad un rischio simile. Come è stato ricordato nella seduta parlamentare sulla violenza nei confronti degli operatori sanitari in commissione Affari Sociali il 30 Gennaio 2019, sono stati 456 i casi verificatisi nell' anno precedente in Pronto soccorso, 400 in corsia e 320 negli ambulatori. Nonostante tali risultati, già di per sé sufficienti a richiamare l'attenzione delle istituzioni su questo fenomeno dilagante, ad aggravare il quadro è la consapevolezza che questi numeri non sono altro che la punta di un iceberg. Infatti, secondo la Fiaso, la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, gli episodi reali, considerando anche quelli non dichiarati, sarebbero addirittura superiori ai

[19] Luck L., Jackson D., Usher K (2007)"*STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments*", Journal of advanced nursing ;

3.000 l'anno, perciò quelli denunciati all'Inail sarebbero circa soltanto un terzo. A livello internazionale, un ampio numero di studi testimonia come la tendenza a non denunciare gli abusi subiti, soprattutto se di natura verbale, sia alquanto diffusa. Nello studio di Pinar l'80% degli infermieri vittima di violenze dichiara di non denunciare attribuendo la causa ad un'amministrazione non all'altezza delle aspettative[20]. In alcune realtà la diffusione del fenomeno è tale da essere percepita dagli infermieri come parte integrante del proprio lavoro[21]. Spesso l'operatore sanitario sviluppa una sorta di tolleranza e "comprensione" nei confronti di un paziente che lo aggredisce, sentimento che diventa maggiore se questo ha patologie concomitanti o comunque una riduzione della capacità di intendere e di volere, perché magari sotto effetto di alcool o droghe, che possono avere innescato la violenza. Si tende quindi a giustificare un atteggiamento violento perché causato da una sofferenza o patologia sottostante oppure nella convinzione che il paziente non volesse realmente commettere l'azione[22]. Tra i vari motivi della sotto-segnalazione può esserci anche la paura del giudizio dei colleghi, il timore di ritorsioni, il senso di incapacità.

La ricorrenza del fenomeno ha spinto il Ministero della Salute ad introdurre già nel 2006 tra gli Eventi Sentinella, il numero 12, ovvero "Atti di violenza a danno degli operatori Sanitari" in quanto segnali di situazioni di rischio e vulnerabilità. Con evento sentinella si definisce un "*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione*" (Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella, 2009). Stando all'ultimo rapporto del Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), pubblicato ad Aprile 2015, l'evento sentinella n.12 ha ricevuto ben 165 segnalazioni (pari all'8,6% del totale degli eventi sentinella) di cui 4 sono decessi

[20] Pinar R., Ucmak F., (2011), "*Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turke"* da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20969652, consultato a Marzo 2020;
[21] Erickson L, Williams-Evans SA., (2000), " *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults"*, da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839847, consultato a Marzo 2020 ;
[22] Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M.,(2012), "*Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*", L'infermiere, IPASVI ;

dell'operatore[23]. La lettura progressiva[24] [25] [26] [27]degli studi pubblicati dal Ministero della Salute a partire dal 2007, 2009, 2011, 2013, fino al 2015 rivela che le segnalazioni per gli Atti di Violenza verso gli operatori sanitari giunte all'Osservatorio a partire dal 2006 fino all'ultimo report disponibile sono state rispettivamente pari al 2,9%, 5,5%, 9,02% e 8,6% del totale degli eventi sentinella segnalati al SIMES, come riportato nel grafico sottostante. Molte arrivano proprio dagli infermieri del Pronto Soccorso. Tuttavia, come espressamente ribadito e sottolineato anche negli stessi Report: *"le informazioni raccolte non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella"* (Ministero della Salute, 2015, p.12).

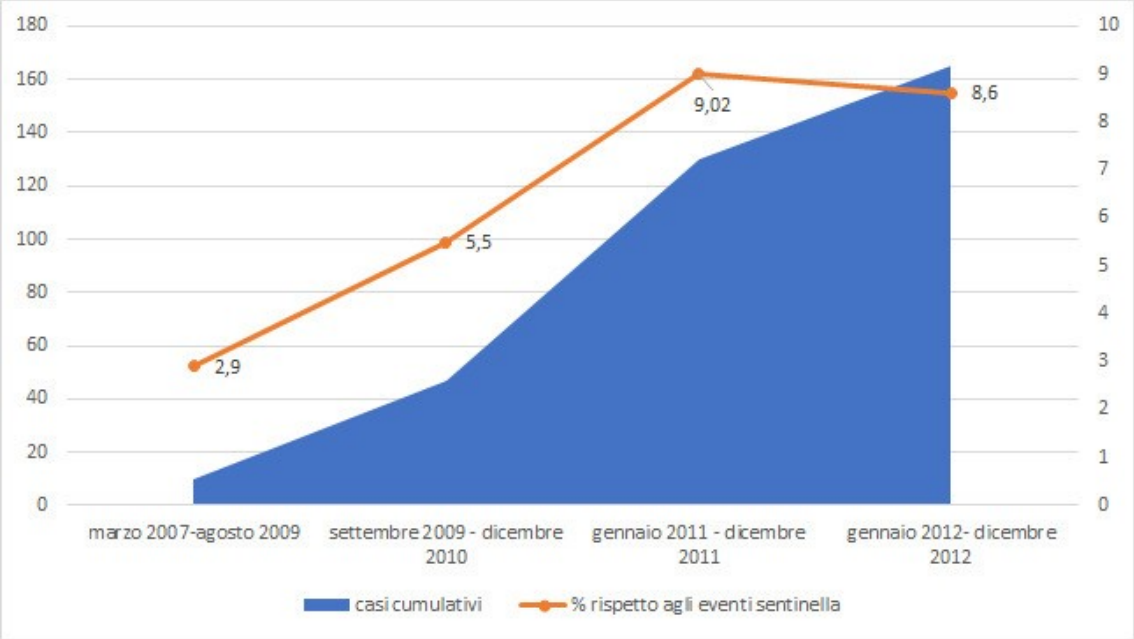


Figura 5: Grafico dei casi cumulativi e della percentuale rispetto agli eventi sentinella

Un primo studio a far luce su un fenomeno ancora poco trattato nel nostro paese, è stato quello condotto da Beccattini e collaboratori nel 2007 in 15 PS di 14 regioni italiane,

[23] Ministero della Salute, (2015), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° rapporto"*da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
[24] Ministero della Salute, (2007), "*Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 1° rapporto*"da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
[25] Ministero della Salute, (2009), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 2° rapporto"* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
[26] Ministero della Salute, (2011), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 3° rapporto*" https://docplayer.it/11023243-Ministero-della-salute.html;
[27] Ministero della Salute, (2013), "*Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° rapporto*"; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf ;

rappresentative di tutto il territorio nazionale, che dipingono il seguente quadro: quasi tutti gli infermieri intervistati hanno riferito di essere stati aggrediti verbalmente nel 90% dei casi o di aver assistito ad aggressioni nei confronti dei colleghi nel 95% dei casi; il 35% ha subito atti di violenza fisica e poco più della metà (52%) ne è stata testimone; le conseguenze sono state diverse: circa il 31% ha avuto bisogno di cure mediche successive all'aggressione con prognosi fino a 5 giorni nel 13% dei casi, che sale da 5 a 15 giorni nell'11% o che supera i 15 nel 6% degli intervistati[28]. Dalle analisi emerge come gli infermieri siano la categoria maggiormente a rischio con una suscettibilità 3 volte superiore rispetto agli altri professionisti. Reports più recenti hanno sostanzialmente restituito una fotografia istantanea di un fenomeno inquietante sempre più in crescita. Secondo un'indagine di Tor Vergata, svolta nella primavera del 2019, risulta che l' 89,6% degli infermieri è stato vittima di violenza verbale, telefonica, fisica e di molestie sessuali da parte dell'utenza nell'orario lavorativo; la violenza fisica si è manifestata nel 58% dei casi con sputi, spintoni, calci, lancio di oggetti e persino morsi[29]. In pratica si stima che su 270 mila infermieri, 240 mila hanno subito una forma di violenza sul posto di lavoro. Come riportato dall'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso, l'area triage è quella che espone ad un rischio maggiore, stimato intorno all'86,3 % di aggressioni, in quanto è la prima ad interfacciarsi con l'utente. Più in generale il 76,0% degli infermieri di emergenza, che ha risposto al sopradetto sondaggio, ha dichiarato di essere stato esposto nell'ultimo anno a violenza verbale, il 15,5% tanto a quella verbale quanto a quella fisica e solo l' 8,5% ha sostenuto di non esserne stato vittima[30]. A conferma di quanto emerge da ancora pochi studi, ci sono comunque le testate giornalistiche e gli episodi, anche gravi, rilanciati dai mass media o social network quasi quotidianamente:

18/06/2019: *Milano, insulti e sputi al Pronto Soccorso: Aggrediti infermiere e vigilante* (il Giorno,Milano);

[28] Beccatini G., Bambi S., Palazzi F. Lumini E.; "*Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso : la prospettiva italiana"* ;

[29] Università Tor Vergata, (2019), *"Violenza sugli operatori sanitari*", da FNOPI https://www.fnopi.it/aree-tematiche/violenza-sugli-operatori-sanitari/, consultato a Marzo 2020;

[30] Ramacciati N. (2016) , *"Indagine nazionale 2016 sulla violenza verso gli infermieri del Pronto Soccorso:Report di ricerca"*da https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf, consultato a Marzo 2020 ;

26/07/2019: *Aggressioni infermiere Rimini, paziente distrugge il Pronto Soccorso* (il Resto del Carlino);
16/09/2019: *Allarme al Pronto Soccorso di Sassari: venti aggressioni in due mesi* (La Nuova Sardegna);
30/10/2019: *Pronto Soccorso: infermiere aggredito, Triage distrutto* (Parmapress.24)
02/02/2020: *Aggressione in Pronto Soccorso, feriti in 6 tra medici ed infermieri* (BolognaToday);
04/03/2020: *Nuova aggressione a medici ed infermieri del Pronto Soccorso: Non voleva aspettare i tempi di attesa* (Il Caudino) .

Secondo il questionario "Workplace violence in the health sector" predisposto da ONU e somministrato online in Italia dal sindacato Nursing Up tra Ottobre 2018 e Luglio 2019 un infermiere su dieci ha subito violenza fisica sul lavoro nell'ultimo anno, il 4% è stato minacciato con armi da fuoco mentre uno su due afferma di aver subito un'aggressione verbale. Ulteriore spunto di riflessione deriva dal fatto che le principali vittime delle aggressioni sono prevalentemente donne, ovvero il 79% su un totale di 1010 operatori che hanno risposto al questionario. Tra le conseguenze tanto della violenza fisica quanto di quelle verbale, troviamo i sintomi riconducibili al disturbo post traumatico da stress, in quanto un numero considerevole degli intervistati ha riferito di sentirsi solo e isolato. Nel caso di violenza fisica, inoltre, 18 persone su 113 non hanno ricevuto neppure una consulenza psicologica[31]. In seguito il sindacato ha lanciato una campagna a sostegno degli infermieri in cui vengono mostrate immagini reali di aggressione.

"*Gli infermieri possono salvarti la vita*- recita lo spot della campagna -*ma non in queste condizioni di lavoro"*

1.4 Fattori precipitanti in Pronto Soccorso

I Pronto Soccorso sono considerati dunque ambiti di lavoro ad alto rischio. Chiaramente il rischio di atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari varia a

[31] Nursing Up, (2019), *"Workplace violence in the health sector-ONU-Rapporto Italia*" da https://nursingup.it/esito-sondaggio-violenza-2019.html, consultato a Marzo 2020;

seconda della struttura interessata ed è il risultato di molteplici fattori strettamente legati alle caratteristiche individuali dell' utente, alla formazione degli operatori, nonché alle caratteristiche dell' ambiente lavorativo e all' organizzazione della struttura. Sicuramente ci sono dei determinanti legati alla gestione dell'utente con alterazioni dello stato di coscienza (abuso di alcol, droghe, etc.) o con patologie psichiatriche che già di per sé espongono di più alla violenza, così come vi sono dei fattori intrinseci del professionista stesso che, in quanto tale, dovrebbe essere capace di relazionarsi con un' utenza variegata e di passaggio. In letteratura le principali cause che attivano la violenza sono da ricondurre sicuramente ai continui accessi a tutte le ore, di cui molti senza prima consultare il medico specialista, in luoghi ristretti in cui non sempre si riesce a garantire la privacy, nonché alla natura improvvisa della malattia che spinge l'utenza a rivolgersi al Pronto Soccorso. La violenza può essere anche frutto di un intenso carico emotivo nonché, spesso, esasperata e accentuata da difficoltà di comunicazione e da lunghe ore di attesa e di incertezza. Di certo, a questo clima di tensione, contribuiscono anche i mass media con la diffusione di notizie spesso scandalistiche sui servizi sanitari che concorrono a minare il rapporto di fiducia che dovrebbe esserci tra operatore e paziente creando aspettative negative a priori o comunque affermando messaggi che inducono il cittadino ad essere sospettoso e prevenuto nei confronti di chi lo aiuta. Altro fattore sicuramente influente è il sovraffollamento o *overcrowding* tanto da essere indicato come la prima causa di aggressione nei confronti degli operatori per l'89% [32]degli infermieri secondo uno studio del 2007. In Italia le cause dell'iperafflusso di pazienti sono diverse e molte anche improprie. Infatti molti cittadini accedono al PS in modo inappropriato magari per la scarsa conoscenza di possibili alternative ma anche, purtroppo, per saltare le liste di attesa o per evitare di pagare il ticket. Ad allungare le liste di attesa, o al prolungato stazionamento di utenti, ha contribuito il fatto che le diverse attività burocratiche di infortuni sul lavoro o del rilascio di certificati in seguito di incidenti stradali vengono svolte dal PS. A peggiorare la situazione ha contribuito la diminuzione di posti letto in ospedale con il Decreto 2 aprile 2015, n.70 del Ministero della Salute a cui però non ha seguito un aumento adeguato di posti letto di post-acuzie o nel sistema residenziale. I lunghi tempi di attesa (79,7%), il sovraffollamento (76,0%)

[32] Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L.,(2007), " *Incidence and related factors of violence in Emergency Departments- A study of nurses in Southern Taiwan"*da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908664, consultato a Marzo 2020 ;

e la sensazione di mancanza di cura (56,1%) sono riferite come le principali cause innescanti i comportamenti violenti tanto nei pazienti quanto da chi è con loro. Nel campione oltre la metà degli infermieri di emergenza (57,0%) ha evidenziato la mancanza di procedure aziendali per la segnalazione degli atti di violenza[33].

Un elemento che deve far riflettere è soprattutto il fatto che una valutazione di questa tipologia di rischio nel contesto lavorativo è già a disposizione da parecchi anni, prima con il decreto legislativo 626/94, oggi con il D.Lgs 81/2008 che lo ha sostituito. Secondo la legge italiana il rischio di subire un'aggressione sul posto di lavoro va valutato e gestito dalle organizzazioni e/o dal datore di lavoro. Ancora più importante e attinente è la raccomandazione n.8 del Ministero della Salute dell'8 Novembre 2007 che intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati oltre che favorire l'adozione di iniziative e programmi per prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative. Nella raccomandazione vengono indicate quali sono le misure strutturali e tecnologiche che possono essere impiegate e tra queste ci sono impianti di allarme, servizi di vigilanza, sistemi di videosorveglianza h24, sistemi di illuminazione idonei, vetri protettivi, ecc.. . Lo scopo invece è appunto quello di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica (attraverso, ad esempio, l'uso di cartelloni informativi), incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o con altri enti di supporto, assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture[34].

1.5 Nuove proposte per contrastare il fenomeno

" L'infermiere non è un bersaglio, non è un capro espiatorio, non è un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione ed inefficienze del sistema. L'infermiere è un

[33] Ramacciati N. (2016) , *"Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: Report di ricerca"* da https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf, consultato a Marzo 2020 ;

[34] Ministero della Salute, (2007), *"Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* da http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721, consultato a Marzo 2020*;*

professionista alleato del cittadino e tutto il Servizio Sanitario Nazionale deve impegnarsi affinché questa alleanza possa esprimersi al meglio, al fine di aumentare sicurezza e fiducia".

Questo è stato quanto dichiarato dalla presidente dell'Ordine Mangiacavalli in seguito alle nuove disposizioni del Ddl Grillo sulle aggressioni ai sanitari. Il disegno di legge si basa su tre articoli cardine di cui il primo prevede l'istituzione di un osservatorio nazionale sugli esercenti delle professioni sanitarie al fine di monitorare gli episodi di violenza e verificare le misure di sicurezza adottate nelle Aziende. Il secondo invece prevede un'integrazione dell'articolo 61 del codice penale per gli atti di violenza e minacce nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio della loro attività.

Un' importante risposta ad un fenomeno ormai dilagante è stata poi la campagna, divenuta subito virale, #Rispettachitiaiuta, lanciata da FNOPI e supportata da molti volti noti per diffondere un messaggio chiaro di non tolleranza e fornire una risposta di supporto a tutti quegli operatori che si trovano in prima linea. Tra le numerose proposte avanzate[35] troviamo lo snellimento delle attese in pronto soccorso con meccanismi di smistamento alternativi e gestione infermieristica per ridurre la tensione dei pazienti mediante l'impiego dei nuovi codici già previsti per la classificazione delle urgenze; pene anche più severe per chi aggredisce verbalmente e fisicamente un professionista sanitario donna sul luogo di lavoro, introducendo l'aggravante del pericolo a cui vengono esposti anche gli assistiti; più formazione per il personale, di cui è stato considerato fondamentale richiedere di riconoscerne lo status di pubblico ufficiale, al fine di arginare le violenze con la conseguente procedibilità d'ufficio della denuncia e garantire così una maggiore certezza nella punibilità del reato di aggressione, proposta che però ha ricevuto una battuta d'arresto dal Parlamento proprio ad inizio di questo anno.

[35] FNOPI (2020), "*Infermieri i più colpiti dalla violenza sugli operatori sanitari: Le proposte FNOPI*" Da https://www.fnopi.it/2020/01/22/violenza-proposte-fnopi-audizione-camera-formazione/, consultato a Marzo 2020 ;

Figura 6:#Rispettachitiaiuta, campagna FNOPI

Nel frattempo, la risonanza del fenomeno ha portato la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ad offrire dei corsi FAD (formazione a distanza) proprio per formare e proteggere i propri iscritti dalla violenza. Infatti sulla base dei recenti studi si riscontra che, per quanto il fenomeno della violenza sia complesso, a far precipitare la situazione, ha contribuito anche il fatto che molti episodi sono stati mal gestiti proprio dagli infermieri. Il corso, composto da 12 sezioni, si chiama C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) ed il suo scopo è di "prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute"[36]. La formazione si basa essenzialmente sulla diffusione delle tecniche di de-escalation, una serie di interventi basati sulla comunicazione, verbale e non, per diminuire l'intensità della tensione e l'aggressività di un paziente sin dai primi esordi.

Uno studio interessante condotto nel 2018 dall'Università degli studi di Firenze è stato quello di testare la modalità di segnalazione via smartphone, grazie all'implementazione di un'app sperimentale chiamata "PSaggress" al fine di far emergere questo fenomeno ancora fortemente sottostimato in maniera facile e veloce. Si è trattato di uno studio multicentrico italiano isolato ancora in fase di elaborazione statistica che ha coinvolto 25 PS della Toscana ma che comunque ha aperto una strada verso una nuova modalità di dar voce agli infermieri, soprattutto in futuro.

[36] FNOPI, (2019), " *Infermieri e medici presentano il corso C.A.R.E. per disinnescare la violenza*" Da https://www.fnopi.it/2019/09/12/infermieri-e-medici-presentano-il-corso-c-a-r-e-per-disinnescare-la-violenza/, consultato a Marzo 2020;

Vediamo come soprattutto da questi ultimi eventi l'attenzione si sia focalizzata sul problema; tuttavia gli abusi fisici e soprattutto verbali contro il personale infermieristico continuano ad essere all'ordine del giorno, segno che il supporto da parte dell'amministrazione e degli altri operatori, pur essendo migliorato, è ancora inadeguato.

2.Scopo dello studio

L'anno 2020 è l'anno internazionale dell'infermiere. Come tale non dovrebbe intendersi solo come una celebrazione di questa figura ma anche come un modo per richiamare l'attenzione delle autorità verso azioni concrete a sostegno della comunità mondiale infermieristica.

L'infermiere è la prima figura di riferimento che entra in contatto con l'utente in qualsiasi contesto, non solo ospedaliero, e da cui questo si aspetta la massima comprensione. Infatti tra i vari professionisti, l'infermiere viene considerato dai cittadini non semplicemente una figura competente, ma soprattutto una persona vicina, in grado di accostarsi a chi ha di fronte in modo decisamente diverso dagli altri, motivo per cui il paziente si apre molto più facilmente esprimendo la sua richiesta di aiuto nei termini più diretti e semplici. Tutti i giorni in tutto il mondo gli infermieri si prendono cura delle persone e dei loro famigliari in un modo che nessun altro professionista sanitario riesce a fare. Garantire loro sicurezza sul lavoro è il minimo che si possa chiedere affinché possano continuare a farlo nel migliore dei modi. Da qui nasce la mia scelta di focalizzare l'attenzione sull'approfondimento di un'importante realtà purtroppo in crescita e di grande attualità. L'idea di ridurre il campo di ricerca nello specifico del Pronto Soccorso deriva, inoltre, anche dalla mia esperienza diretta da tirocinante presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

Lo scopo di questo studio è di analizzare attraverso un questionario il fenomeno della violenza nei vari PS rilevando i casi di aggressione di cui gli intervistati sono stati testimoni o vittime, valutando se è un fenomeno in ascesa o meno, le percezioni degli stessi infermieri a riguardo, le aree più a rischio e i fattori precipitanti. Ulteriori obiettivi sono anche quelli di conoscere le strategie messe in atto dalle Aziende per contrastarla e la loro presenza, nonché il supporto fornito dalla medesima agli operatori che ne sono vittime al fine di restituire una fotografia della situazione attuale in Italia.

3.Materiali e metodi

Per indagare il fenomeno l'idea iniziale era di somministrare un questionario in forma cartacea presso diversi Pronto Soccorso delle Marche al fine di ottenere una stima regionale delle dimensioni del fenomeno nonché un quadro generale della situazione e contemporaneamente avvalersi anche delle risposte ottenute attraverso la somministrazione del medesimo online, così da ottenere un campione più ampio e variegato per un confronto con il resto dell' Italia; purtroppo per via della spiacevole situazione causata dal Covid-19, è stato possibile effettuare solo quest'ultima parte. L'indagine conoscitiva si è dunque svolta esclusivamente online nel periodo di Febbraio e Marzo 2020, arrivando a comprendere le risposte di 38 infermieri che lavorano o che hanno lavorato nei PS di tutta Italia.

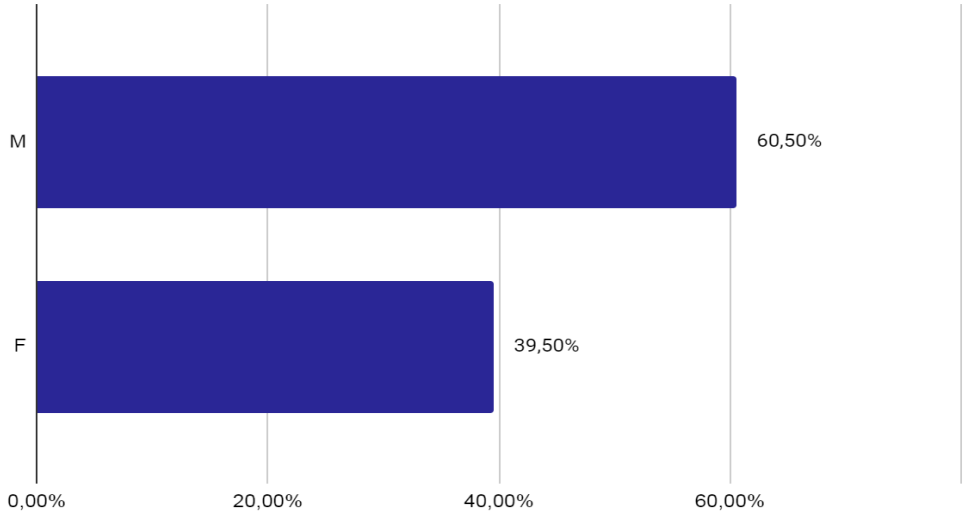
Il questionario, rivolto esclusivamente al personale infermieristico e realizzato con Google Moduli, è in forma anonima, nel rispetto della privacy di chi lo compila, come specificato all'inizio dello stesso. Si tratta di 18 domande a risposta multipla raggruppate secondo diversi items e una diciannovesima aperta per raccogliere il pensiero del singolo operatore. A causa della scelta multipla è possibile rilevare nei grafici un numero maggiore di risposte rispetto agli intervistati, proprio perché a ciascuno di loro è stata offerta la possibilità di esprimere più di una preferenza, con l'obiettivo di ottenere un quadro più dettagliato del fenomeno. Tale scelta non ha comunque influito sul risultato statistico dal momento che tutte le risposte sono state poi rielaborate sottoforma di grafico mediante l'utilizzo di Google Fogli. Le percentuali sono state calcolate sulla base di quante volte una singola opzione è stata selezionata. La prima sezione è quella "anagrafica" in cui viene chiesto il sesso di chi compila e da quanto tempo lavora (o per quanto tempo vi ha prestato servizio) in Pronto Soccorso, al fine di determinare se c'è una correlazione tra il sesso del professionista e la violenza a cui è esposto, l'esperienza nell'ambito in questione e la capacità di confronto. Sono state poi inserite due domande sulla percezione del fenomeno da parte dell'operatore: la prima (n.3) in cui viene chiesto se, a giudizio del singolo infermiere, i casi di violenza sono andati aumentando negli ultimi anni, la seconda (n.18) se considera sicuro il proprio ambiente lavorativo. E' stata poi inserito un items di 4 domande in cui si entra più nel dettaglio nel cuore dell'argomento; viene chiesto agli operatori di quantificare in

maniera generale le volte in cui sono state vittime di un abuso nel luogo di lavoro o ne sono stati testimoni negli ultimi 5 anni, di quale tipo di aggressione si è trattata, il luogo in cui si verificano più di frequente le aggressioni e quali sono i fattori che espongono maggiormente alla violenza. Successivamente sono state indagate le strategie adottate dal singolo professionista per gestire la situazione nonché le strategie dell'Azienda per prevenire il fenomeno (andando ad indagare sulla presenza di barriere architettoniche, sistemi di videosorveglianza,corsi di autodifesa o presenza di posto di Polizia) o di supporto per il personale vittima di questa situazione (valutando la presenza di uno sportello di ascolto o di uno psicologo a disposizione), chiedendo infine se sono risultate sufficienti. Sono state poi inserite una serie di domande per valutare se l'aggressione è stata segnalata e il modo in cui è stato fatto; al contrario, per chi avesse risposto di no, è stata inserita un'apposita domanda per indagare sul perché di questa scelta. Ho poi deciso di inserire due domande per conoscere l'impatto dell'agito aggressivo sull'operatore andando a chiedere quali sono state le conseguenze fisiche ed immediate dell'evento, ad esempio se ha avuto bisogno di un periodo di riposo o di cure mediche dopo l'incidente, e quelle più strettamente psicologiche dalla demotivazione fino alla decisione di cambiare reparto o di assentarsi dal lavoro. L'ultima domanda (n.19) è invece una domanda aperta per lasciar spazio all'infermiere di esprimere liberamente il proprio pensiero in merito a cosa cambierebbe o aggiungerebbe per una maggiore sicurezza nel Pronto Soccorso. Ho reputato importante, per quanto possibile, conoscere il parere di chi tutti i giorni si trova ad affrontare o poter affrontare rischi di questo tipo.

4. Analisi dei risultati

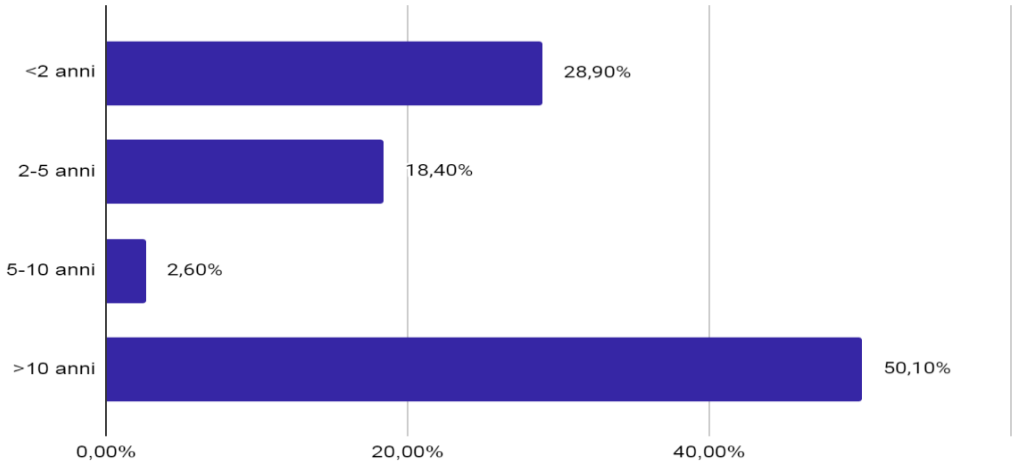
L' analisi dei risultati parte da un campione di 38 infermieri, numero più ristretto rispetto alle previsioni originarie, ma comunque, tenuto conto dei cambiamenti nella scelta di somministrazione del questionario abbastanza consistente da permettere un'elaborazione dei dati. Di seguito sono riportate le singole domande con i grafici a barre delle risposte ottenute. Le percentuali riportate, come già specificato nella sezione precedente, sono state ottenute analizzando le risposte individuali e in base ai click che ogni singola opzione ha ricevuto.

1) Genere :



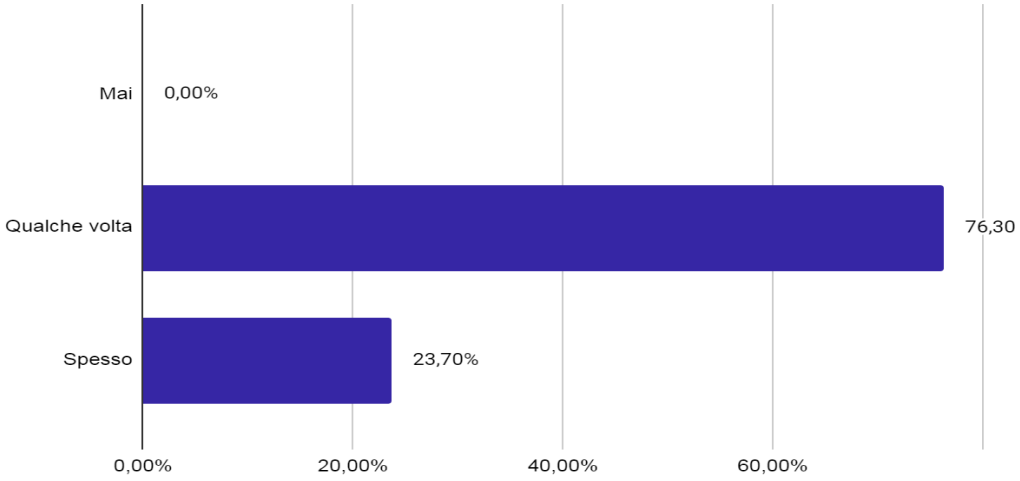
Come emerge dal grafico, il sondaggio ha ottenuto 38 risposte totali. I partecipanti sono stati 23 uomini (60,5%) e 15 donne (39,5%).

2)Da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso?



In questa domanda il 28,9% degli intervistati ha dichiarato di trovarsi in questo ambito di lavoro da meno di due anni (<2 anni), il 18,4% si trova in Pronto Soccorso dai 2 ai 5 anni (2-5 anni), un 2,6% in un arco di tempo compreso tra 5 e 10 anni (5-10 anni) mentre un 50% ha dichiarato di lavorare in Pronto Soccorso da più di 10 anni (>10 anni). Il questionario è altresì rivolto a chi ha comunque lavorato precedentemente in PS, che dunque rientrano nelle risposte date.

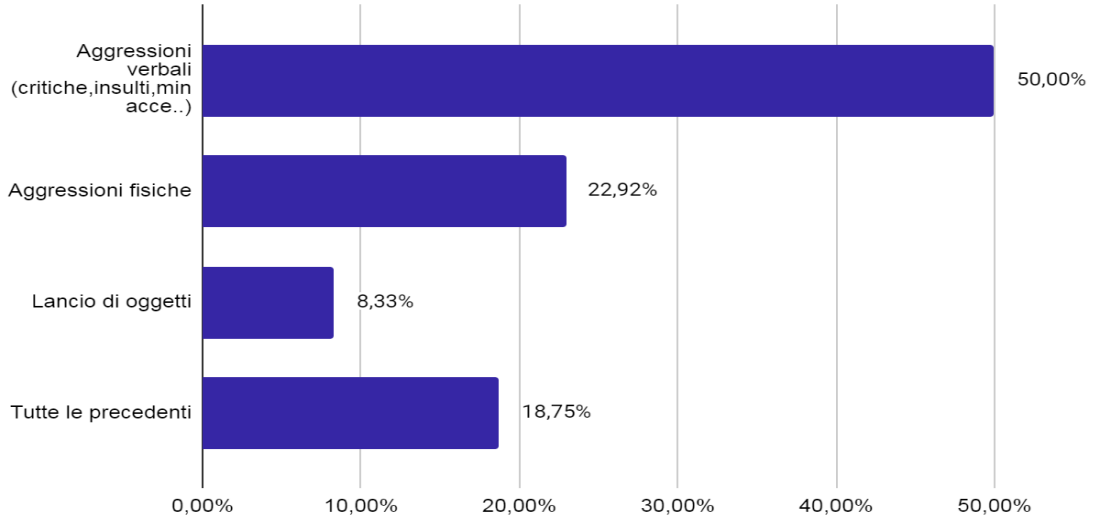
3) Con quale frequenza le è capitato di subire o assistere ad atti di violenza nei suoi confronti o nei confronti di un collega negli ultimi 5 anni?



Il terzo grafico mostra come alla sopradetta domanda, tutti i 38 intervistati hanno dichiarato di aver subito una qualche forma di violenza; infatti la prima opzione “Mai”

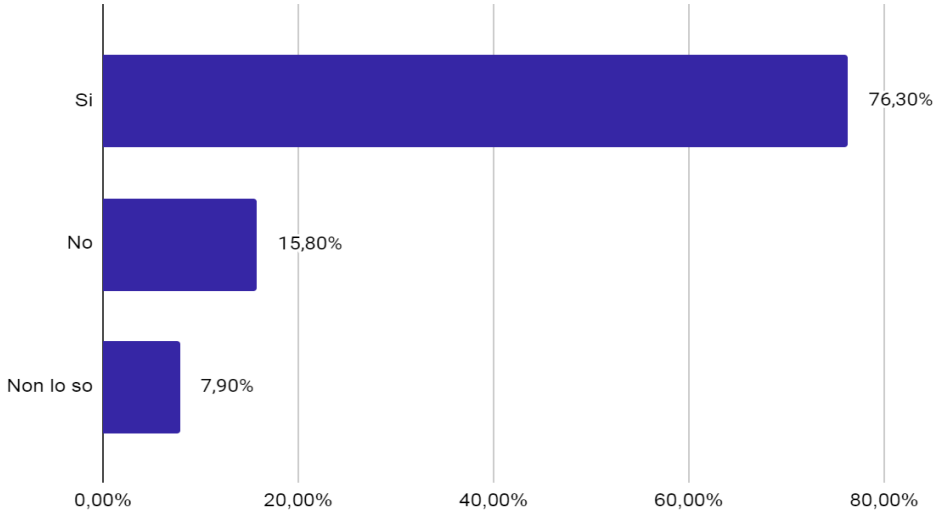
ha ottenuto 0 risposte, mentre la seconda opzione “Qualche volta” ha ottenuto 29 voti (pari al 76,3%). La terza “Sempre” ha invece ottenuto 9 voti (pari al 23,7%).

4)Di quale tipo di aggressività si è trattato?



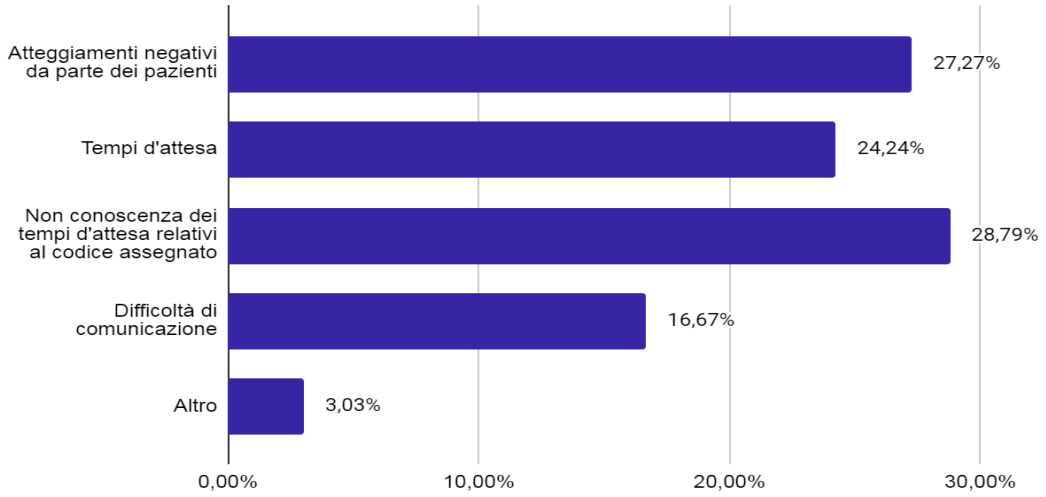
Secondo quanto emerge dal grafico la maggior parte degli operatori intervistati è stata vittima di aggressioni verbali. La prima voce “Aggressioni verbali (critiche, insulti, minacce) rappresenta il50% delle risposte totali, “Aggressioni fisiche” il 22, 92% mentre l’opzione “Lancio di oggetti” rappresenta il 8,33% delle risposte. L’ ultima opzione “Tutte le precedenti” è stata votata da 9 intervistati e rappresenta il 18,75% delle risposte. La sovrapposizione delle singole risposte deriva dal fatto che si tratta di un questionario a risposta multipla, pertanto ciascun intervistato ha avuto la possibilità di esprimere più di una preferenza, in accordo con gli obiettivi dello stesso studio.

5) Secondo la sua percezione, c'è stato un aumento di questo tipo di fenomeno negli ultimi anni?



In questo grafico emerge che il 76, 3% degli intervistati ha rilevato un aumento di questo tipo di fenomeno negli ultimi tempi; il contrario è affermato dal 15,8% del campione preso in esame. Solo 3 intervistati su 34, corrispondenti al 7,9%, ha dichiarato di non essere in grado di effettuare un confronto, spuntando la voce "Non lo so".

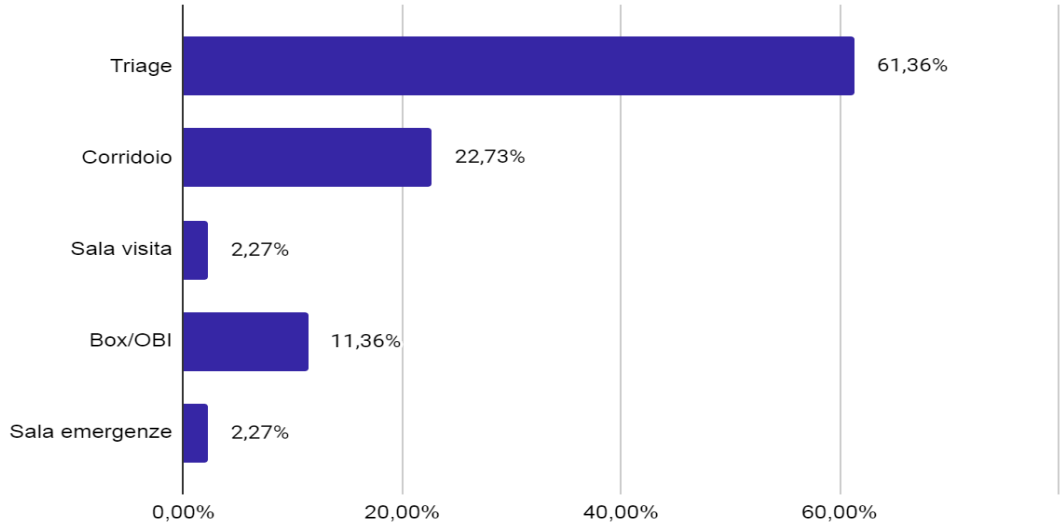
6) Quali sono i fattori che espongono maggiormente alla violenza?



Dal grafico del sesto quesito emerge che secondo gli intervistati il fattore che espone un infermiere maggiormente alla violenza dell'utente o di chi lo accompagna è

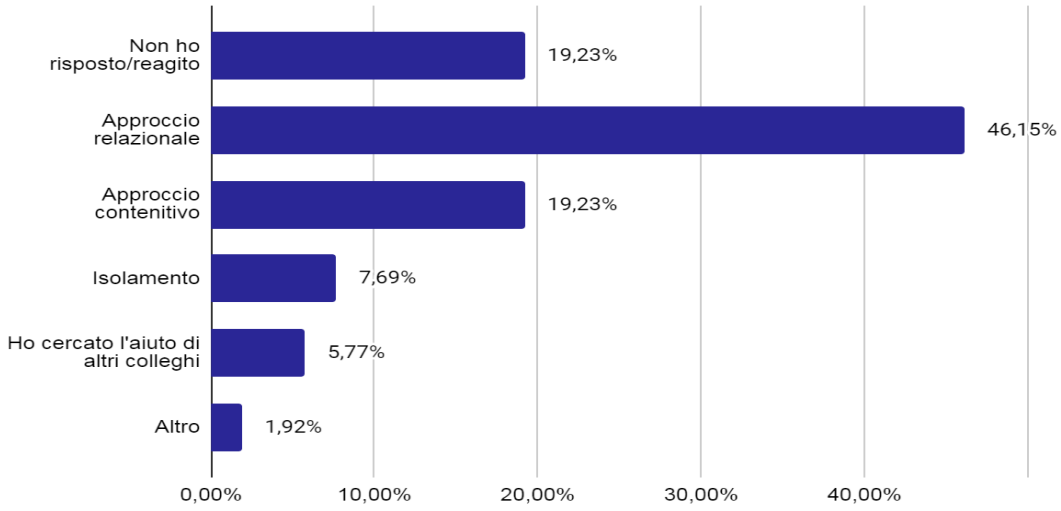
essenzialmente la mancanza di conoscenza dei tempi di attesa relativi al codice colore assegnato, come dichiarato nel 28,79% delle risposte. Segue poi un 27,27% dell'opzione "Atteggiamenti negativi da parte dei pazienti", un 24,24% di "Tempi di attesa" e 16,67% che mette tra le preferenze "Difficoltà di comunicazione". La sezione "Altro" ha raccolto due pareri, pari al 3,03%; un intervistato ha aggiunto "Tipologia di paziente", un altro "Sopravvalutazione del proprio stato di malessere".

7) Dove avvengono più di frequente le aggressioni?



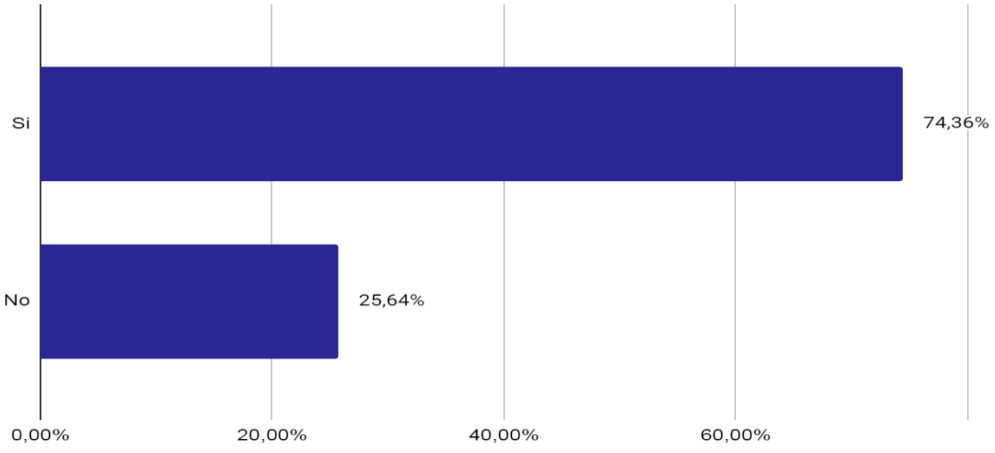
Nel grafico riportato di sopra emerge come il 61,36% riporta l'opzione "Triage" come luogo in cui si verificano più di frequente le aggressioni, seguita poi dalla voce "Corridoio" per il 22,73%. La violenza in "Box/OBI" rappresenta il 11,36% dei casi, mentre "Sala emergenze" e "Sala visita" rappresentano rispettivamente il 2,27% del totale.

8) Quali sono state le strategie adottate per contenere l'aggressività?



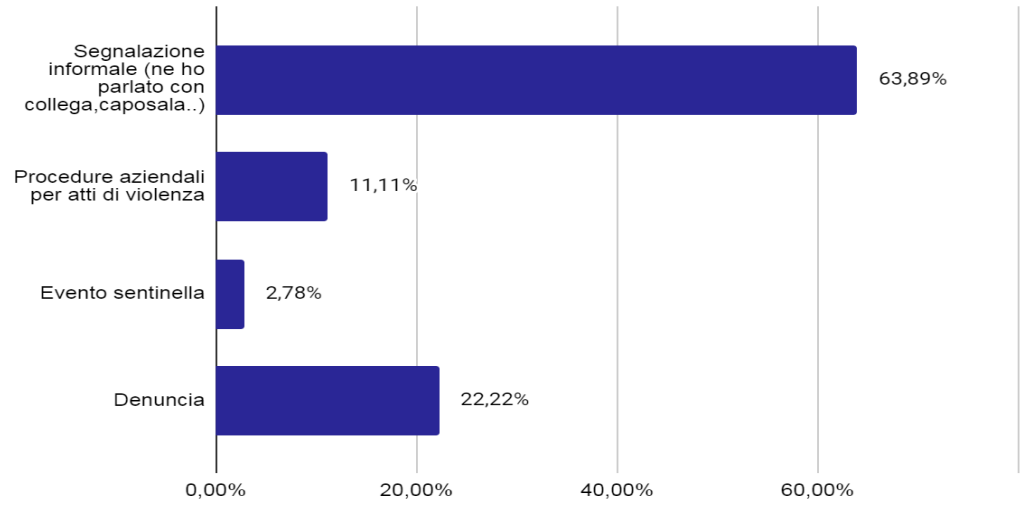
Da quanto emerge dal grafico statistico il 46,15% degli intervistati dichiara di aver cercato di contenere l'escalation di violenza mediante un "Approccio relazionale". Le opzioni "Non ho risposto/reagito" e "Approccio contenitivo" rappresentano entrambe il 19,23%. Il 7,69% ha messo l'opzione "Isolamento", mentre "Ho cercato l'aiuto di altri colleghi" ha il 5,77%. La voce "Altro" rappresenta solo l'1,92%.

9) Le aggressioni sono state segnalate?



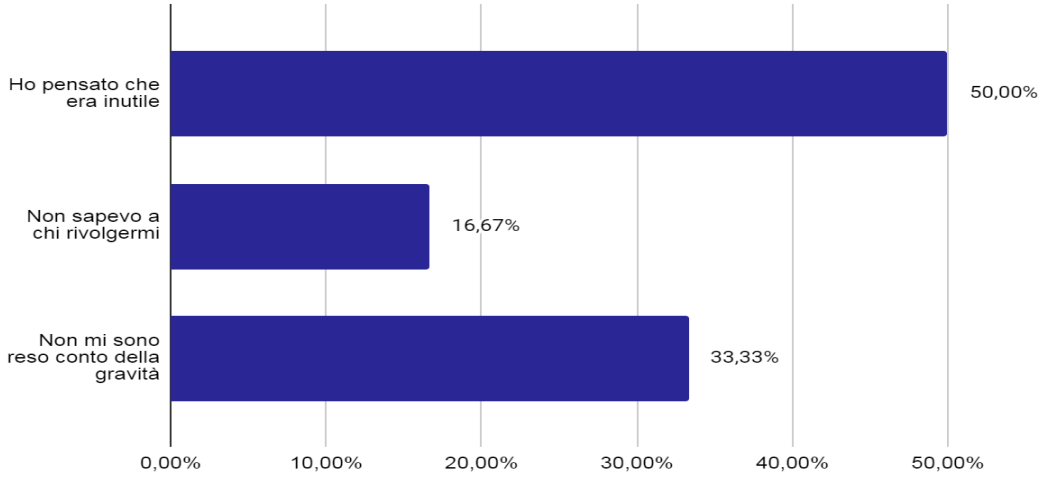
Il grafico mostra che il 74,36% dei votanti ha dichiarato di aver segnalato le aggressioni subite, mentre un 25,64% ha risposto di non averlo fatto.

10) Se si, come?



Il 63,89% di chi ha risposto, ha dichiarato di aver fatto una "Segnalazione informale" ovvero di averne innanzitutto parlato con il/la caposala o con un collega, l'11,11% ha dichiarato di averlo fatto tramite "Procedure aziendali per atti di violenza", il 2,78% attraverso un "Evento sentinella" mentre 22,22% ha dichiarato di aver proceduto, magari anche in aggiunta a quanto riportato di sopra, tramite "Denuncia".

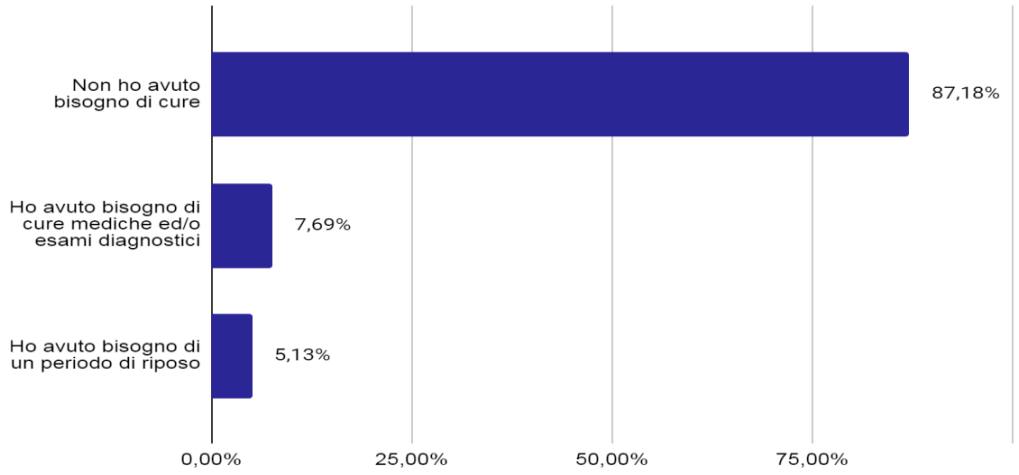
11) Nel caso in cui non abbia segnalato l'evento, perché?



La metà degli intervistati, ovvero il 50,00% ha dichiarato di non aver segnalato l'evento in quanto ha pensato che era inutile, come riportato nella prima opzione, il 16,67% ha

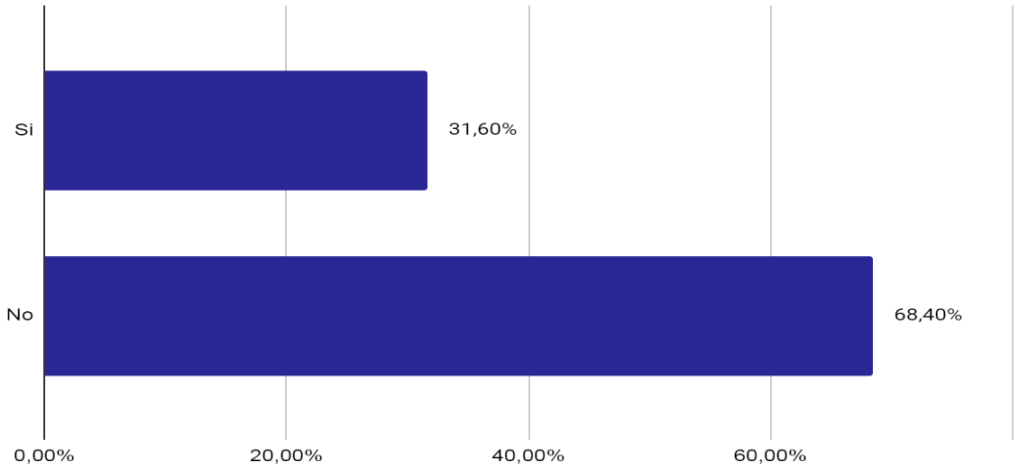
selezionato “Non sapevo a chi rivolgermi” mentre il 33,33% ha sostenuto di non essersi resi conto della gravità della situazione, “Non mi sono reso conto della gravità”.

12) Ha avuto necessità di cure mediche in seguito?



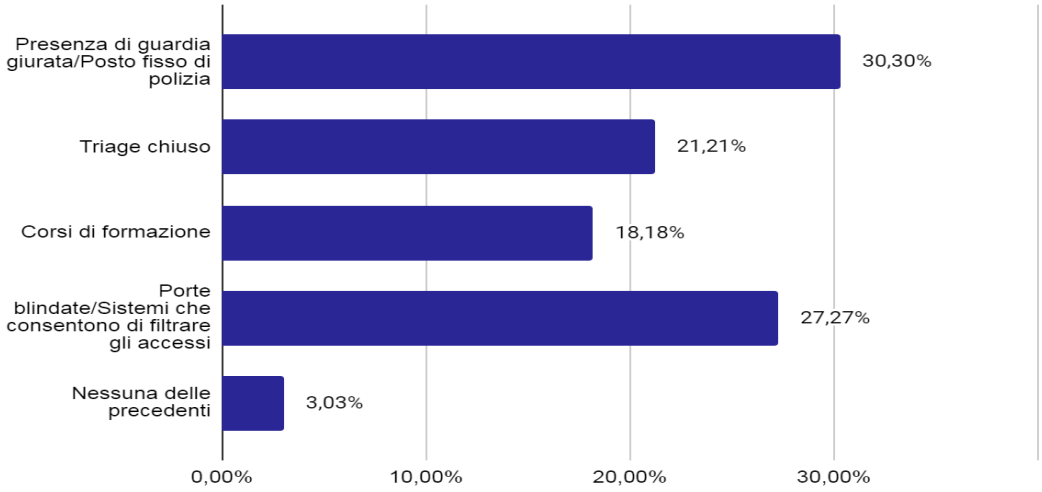
Dal grafico emerge che dopo un’aggressione l’87,18% ha dichiarato di non aver avuto bisogno di cure. Il 7,69% ha selezionato invece “Ho avuto bisogno di cure mediche ed/o esami diagnostici”, mentre il 5,13% ha confessato di aver avuto bisogno di un periodo di riposo, selezionando “Ho avuto bisogno di riposo”.

13)Al momento dell’aggressione era presente una guardia giurata?



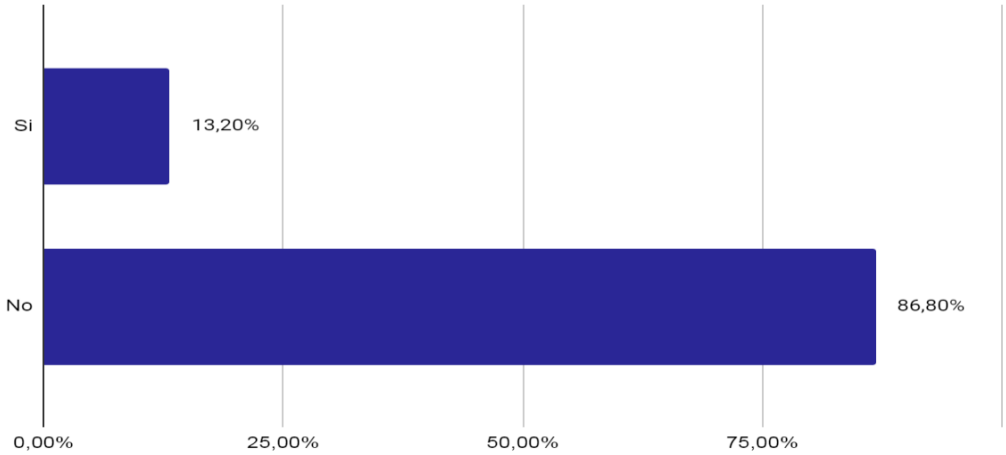
Il 31,60% ha risposto affermativamente, ovvero era presente una guardia giurata la momento dell’aggressione, mentre il 68,40% ha risposto negativamente.

14)Quali sono state le strategie messe in campo dall'Azienda per contrastare il fenomeno?



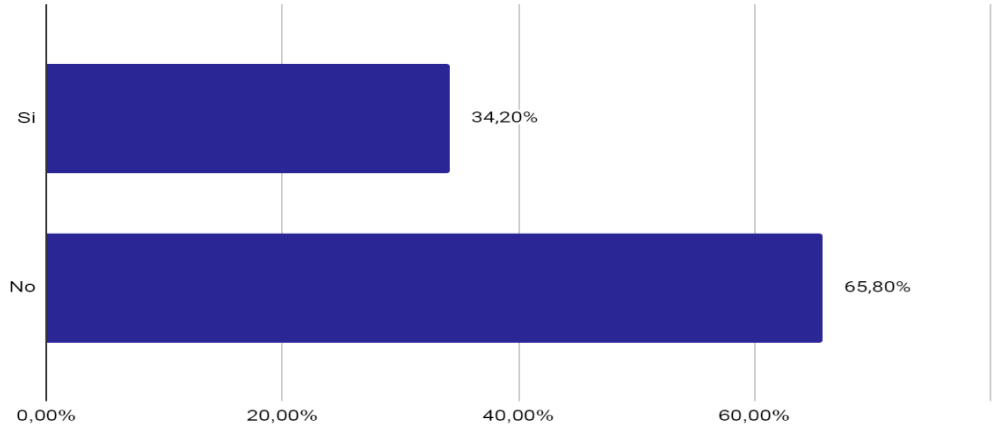
Tra le strategie rilevate adottate dall'Azienda per garantire la sicurezza dei propri dipendenti sono state "Presenza di guardia giurata/Posto fisso di polizia" che rappresenta il 30,30%, il "Triage chiuso" 21,21%, "Corsi di formazione" sono stati selezionati nel 18,18% delle risposte, "Porte blindate/Sistemi che consentono di filtrare gli accessi" nel 27,27%. Il 3,03% ha detto che nella propria azienda non c'è nessuna delle sopraelencate barriere, dichiarando "Nessuna delle precedenti".

15) Sono sufficienti?



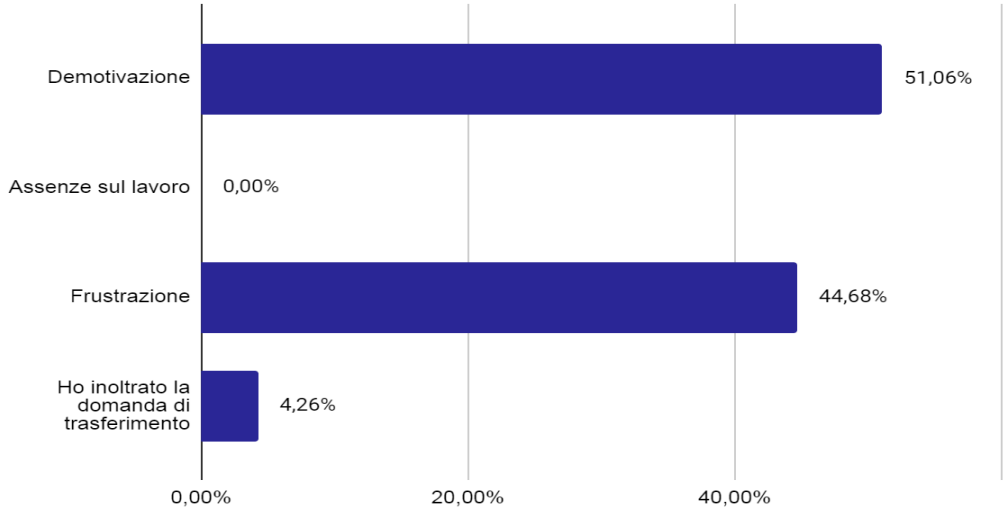
Delle misure di sicurezza adottate, il 13,20% le considera sufficienti, mentre l'86,80% ha concordato sul fatto che non sono abbastanza efficienti.

16) All'interno dell'Azienda sono previsti sportelli di ascolto/psicologo per il personale sottoposto a questo tipo di fenomeno?



Nel grafico rappresentato, emerge che nelle strutture in cui lavorano gli intervistati, questo tipo di sostegno non è previsto nel 65,80% dei casi, mentre lo è nel 34,20% delle risposte.

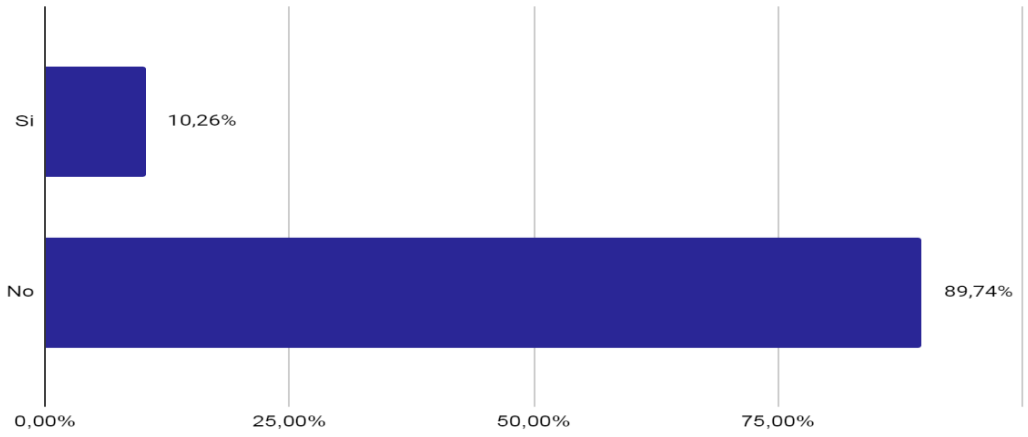
17) Quali sono le conseguenze sul piano lavorativo?



Le conseguenze sul piano lavorativo di un abuso subito, possono essere diverse. Tra quelle inserite tra le opzioni di risposta il 51,06% riferisce "Demotivazione", nessuno ha dichiarato di aver fatto assenze sul luogo di lavoro dopo una violenza, il 44,68% è la

percentuale di chi ha messo “Frustrazione”, mentre il 4,26 % ha dichiarato “Ho inoltrato la domanda di trasferimento”:

18) Si sente al sicuro nel suo posto di lavoro?



Nell’ultima domanda a risposta multipla del questionario il 10,26% ha dichiarato di sentirsi al sicuro nel suo posto di lavoro, mentre la maggior parte, pari all’ 89,74% ha affermato il contrario, ovvero di non sentirsi al sicuro nel Pronto Soccorso in cui lavora.

19) Cosa cambierebbe/aggiungerebbe per una maggiore sicurezza in Pronto Soccorso?

1. Videosorveglianza, fare pronto soccorso e non ambulatorio cioè dirottare i pazienti che non hanno necessità, servizio di sicurezza h24...
2. Posto di guardia fisso
3. Selezione del personale di triage
4. Posto di guardia
5. maggiore conoscenza del paziente riguardo a come mai sta aspettando tanto e delle regole da mantenere
6. Guardia giurata h 24 e triage chiuso (anche il ps dovrebbe essere limitato ai famigliari)
7. Guardia giurata e riduzione tempi di attesa
8. Personale addetto alla sicurezza
9. Corsi di formazione e posto di guardia fisso
10. Presenza di guardia giurata h24
11. Informazione ed educazione dell’ utenza. L’utente è prevenuto

12. Informazione all' utente nell' accesso al pronto soccorso
13. Informazione dell'utente per evitare accessi impropri e diminuire le attese
14. Aumento del personale per migliorare la risposta sanitaria
15. bisogna cambiare il sistema emergenza e disporre h24 delle forze dell'ordine e non delle guardie giurate che non possono legalmente svolgere funzioni di pubblica sicurezza
16. Vigilanza armata. Corsi di comunicazione per operatori sanitari. Corsi di autodifesa per operatori sanitari. Informazione multimediale in sala d'attesa.
17. Corsi Autodifesa, uso di dispositivi di dissuasione (come ad esempio teaser)
18. Maggiore vigilanza
19. Guardia giurata fissa al triage, presenza di due infermieri al triage, aumento del personale.
20. Maggiore informazione agli utenti e posto di guardia fisso
21. Due infermieri al triage
22. Personale di supporto

L'ultima domanda è facoltativa a risposta aperta ed ha ottenuto 22 risposte. Si evidenzia come la maggior parte di chi ha risposto intenda attribuire la mancanza di sicurezza in Pronto Soccorso come un problema dovuto alla scarsa presenza di figure preposte al controllo e non solo di guardie giurate che " non possono legalmente svolgere funzioni di pubblica sicurezza" (risposta 15) ma di un posto fisso di polizia; postazione questa che,secondo alcuni, dovrebbe essere di presenza fissa (H24) e armata, nonché di fornire agli stessi operatori "dispositivi di dissuasione (ad esempio teaser)" (risposta 16). Secondo altri intervistati la situazione potrebbe essere arginata con un incremento di personale infermieristico (risposta 14), in particolare nella zona triage (risposte 19 e 21), nonché del personale di supporto (risposta 22). Altri hanno invece notato il fatto che l'utente che arriva in PS è un utente prevenuto (risposta 11) ed essenzialmente poco informato sui servizi offerti, tanto che, come anche rilevato in letteratura, molti accessi sono anche impropri e vanno ad aumentare le liste di attesa (risposta 13). Tra le possibili migliorie infatti molti hanno risposto insistendo sull'educazione e sull'informazione all'utente (risposte 11,12,13,20), anche attraverso "un'informazione multimediale in sala d'attesa" (risposta 16) nonché sulla necessità di "fare pronto soccorso e non ambulatorio cioè dirottare i pazienti che non hanno necessità"

(risposta 1). L' educazione all'utente si effettua anche attraverso la conoscenza dei codici colore assegnati e dei tempi di attesa, come sottolineato nella risposta 5. La formazione però non si limita solo a questo ma deve coinvolgere anche il singolo operatore sanitario attraverso corsi formazione e di autodifesa (risposte 9 e 16) e attraverso una selezione accurata del personale al triage (risposta 3).

5. Discussione dei risultati

Dall'analisi dei risultati ottenuti è emerso come, secondo la maggior parte degli infermieri intervistati (76,9%), vi sia stato un aumento importante delle aggressioni da parte di pazienti o accompagnatori all'interno del Pronto Soccorso proprio negli ultimi anni. Tale dato sostanzialmente concorda con quanto riportato dai media e dalla letteratura, nazionale e non. Per quanto concerne il panorama italiano, nel 2017 Nursind ha riacceso i riflettori su un fenomeno già indagato nell' ormai lontano 2013 relativo alla violenza nei confronti del personale infermieristico; i risultati sono stati che per il 60,9%, (61%) si tratta di un fenomeno in aumento che diventa addirittura in forte aumento per il 16,4% (19%) mentre rimane stabile per il 19% (15%), in regressione per il 2,4% (2%) ed in esaurimento per l'1% (1%). La maggior parte delle aggressioni rilevate risulta verificarsi proprio all' interno dei servizi di emergenza e in particolare nei Pronto Soccorso. Il dato preoccupante che è emerso su larga scala già dalle prime analisi è l'aumento della frequenza delle aggressioni del 75% nel 2017 rispetto al 2016. La curva era in crescita già negli anni precedenti, infatti, sempre secondo il sindacato, si parla di una tendenza all'aumento delle violenze del 12% tra il 2010 e il 2012, che incrementa fino al 41 % tra il 2014 e il 2015 e del 42% tra il 2015 e il 2016[37]. Ad ulteriore conferma di ciò, nel questionario, di immediato impatto visivo è stato sicuramente il grafico della domanda 3: tutti i partecipanti hanno dichiarato di essere stata vittima o di aver assistito all'aggressione di un collega negli ultimi 5 anni, dividendosi esclusivamente tra le opzioni "Qualche volta" e "Spesso". Per quanto riguarda la tipologia delle aggressioni, la maggior parte ha riferito che sono state prevalentemente di tipo verbale, non sempre seguite o accompagnate da aggressioni fisiche o lancio di oggetti. Analizzando ogni singola risposta è emerso come la maggior parte tra tutti gli intervistati abbia dichiarato di aver subito abusi verbali. La maggioranza ad aver subito esclusivamente violenza verbale è la componente femminile, in quanto su 15 ben 11 hanno risposto "Violenza verbale" mentre le restanti 4 hanno dichiarato "Tutte le precedenti". D' altra parte gli uomini sembrano più esposti alle aggressioni fisiche, oltre che a quelle verbali al pari delle colleghe. Secondo il

[37] Nursind, (2017), "*Indagine sulle aggressioni al personale sanitario*" nella campagna "*Prenditi cura di noi affinchè possiamo prenderci cura di te*" da https://www.osservatoriodiritti.it/wp-content/uploads/2018/04/aggressioni-ai-medici-nursind.pdf, consultato a Marzo 2020 ;

grafico 7, le aggressioni in Pronto Soccorso sembrano verificarsi prevalentemente in Area Triage, confermando il fatto che essendo l'infermiere triagista il primo anello della catena ad intercettare l'utente, è anche il primo a subirne la violenza, come già evidenziato nel primo capitolo. Tra i fattori che espongono alla violenza il 28,79% ha dichiarato che la causa è da ricondurre alla non conoscenza dei tempi relativi ai codici assegnati; in uno studio condotto nel triennio 2010/2013 emerge un dato non trascurabile, ovvero che le aggressioni seguono un andamento inverso alla gravità del codice assegnato, in altri termini "l' aggressività ha mostrato un andamento lineare inverso rispetto al codice di priorità assegnato, infatti, nel 55% degli episodi violenti il codice era Bianco, nel 35% Verde, nel 10% Giallo, mai Rosso"[38]. Questo dato, inoltre, potrebbe confermare quanto precisato da un intervistato nella sezione "Altro", cioè una "Sopravvalutazione del proprio stato di malattia" rispetto al codice assegnato dal triagista. Una possibile soluzione in questa direzione può essere adottata attraverso l'utilizzo di informazione multimediale in sala, cartellonistica e brochures informative, come anche suggerito nella risposta 16 della domanda aperta. Quasi di pari merito è stata la risposta "Atteggiamenti negativi da parte dei pazienti" (27,27%) e nella risposta 11 che "l'utente è prevenuto". Di sicuro il contesto del Pronto Soccorso espone il cittadino ad uno stress emotivo non indifferente, aumentato di più dal doversi affidare a persone completamente sconosciute. Ad aumentare la diffidenza nei confronti del personale sanitario hanno anche contribuito i media nel parlare molto di "malasanità" e poco di "buona sanità". Oggi più che mai l'utenza risulta essere esigente, andando alla ricerca non semplicemente della "cura" ma della "miglior cura" e non sempre la risposta risulta essere erogata in tempi consoni. I tempi di attesa, che sono comunque ritenuti tra le cause precipitanti in PS secondo un consistente 24,24%, sono strettamente collegati al codice assegnato nonché ai fenomeni di sovraffollamento nei vari Pronto Soccorso. Secondo uno studio del 2016 già citato precedentemente[39], i lunghi tempi di attesa (79,7%) sono tra le cause principali che innescano in pazienti e accompagnatori comportamenti violenti, uniti al sovraffollamento (76,0%) e alla sensazione di

[38] Ramacciati N., Ceccagnoli A., Addey B.,(2013),"*Violenza verso gli infermieri in area Triage*", Scenario 2013 ;

[39] Ramacciati N. (2016) , *"Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: Report di ricerca"*, da https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf, consultato a Marzo 2020;

mancanza di cura (56,1%). Le nuove linee guida[40] di indirizzo al Triage in realtà, tengono in considerazione gran parte di questi fattori; ad esempio un'importante novità introdotta dal Ministero è il passaggio dai codici colore (rosso, giallo, verde e bianco) ai codici numerici (1, 2, 3, 4 e 5), introducendo quindi il quinto codice, già presente in varie realtà italiane, in cui rientrano tutte quelle patologie classificate come urgenze minori e che pertanto, possono essere considerate urgenze differibili.

Ancora più importante è il fatto che per ciascuno dei 5 codici sono stati definiti i tempi massimi di attesa, per un massimo di 240 minuti per le non urgenze e di rivalutazione del paziente. Per quanto riguarda l' organizzazione del flusso di utenza il documento prosegue attribuendo una certa rilevanza agli accessi rapidi di "See and Treat"e di "Fast Track", anche questi, già realtà in alcuni contesti italiani, ed insistendo sullo sviluppo di appositi percorsi per le patologie strettamente legate alle tempistiche di intervento (ad esempio, come stroke o sindrome coronarica acuta) e per determinate situazioni di fragilità o vulnerabilità. Il documento si conclude infine sottolineando quali siano i requisiti organizzativi (strutturali, tecnologiche e di personale), nonché sulle metodologie più idonee per ridurre il rischio clinico, affidandosi ad esempio a protocolli o documentazione clinica, ma anche ponendo l'accento sull'importanza del monitoraggio degli eventi sentinella e sui requisiti formativi per gli infermieri di triage.

L'attenzione sulla formazione del personale sanitario e di quello posto al triage è stata richiamata anche da alcuni intervistati che nelle risposte aperte hanno insistito sulla necessità di una maggiore preparazione del personale, se non, addirittura, nella "selezione del personale addetto al triage" (risposta 3). Per quanto riguarda la gestione dell'agito aggressivo, la maggior parte degli intervistati, pari al 46,15% del grafico 8, ha dichiarato di aver cercato di fermare e placare l' aggressore mediante un approccio relazionale, ovvero cercando di spiegare e comunicare con l'utente. Le percentuali relative all' approccio contenitivo, isolamento e contenzione sono notevolmente più basse ma comunque non trascurabili, esattamente come il 19,23% che dichiara di non aver reagito. Un dato apparentemente positivo è rappresentato dal fatto che la maggior parte delle aggressioni (74,36%) risulta essere stata segnalata; si tratta, tuttavia, di

[40] Ministero della Salute, (2019), "*Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*" da http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=384, consultato a Marzo 2020 ;

segnalazioni informali (63,89%), come emerso dal grafico 10, rivolte più che altro a colleghi e superiori. Questo fatto è strettamente correlato alla natura dell'aggressione, infatti secondo un trend già definito ampiamente in letteratura, la maggior parte delle aggressioni verbali non viene adeguatamente segnalata, rinforzando oltre tutto la tesi della sotto segnalazione. Ad esserlo sono per lo più quelle fisiche e, spesso, soltanto nel momento in cui sono tali da necessitare di cure mediche o di un periodo di riposo; a volte la segnalazione avviene tramite denuncia (22,22%) ma più che altro, come riferito da alcuni intervistati, a scopo difensivo, tanto da essere ritirata scaduto il tempo in cui poteva essere sporta dall'utente. Le "Procedure aziendali per atti di violenza" e gli "Eventi sentinella" risultano invece poco utilizzate, occupando rispettivamente l'11,11% e il 2,78% delle risposte del grafico 10. Un importante dato non trascurabile è anche il perché queste situazioni non sono state denunciate (grafico 11): ben il 50,0% ha dichiarato di non aver segnalato l'evento in quanto ha pensato che era inutile, al contrario di un 16,67% che non l'ha fatto perché non sapeva a chi rivolgersi e di un 33,33% che non si è reso conto della gravità. In accordo con quanto affermato in diversi studi, le aggressioni sembrano essere parte integrante del lavoro di un infermiere e tra le principali cause della non segnalazione rientra anche il poco sostegno e le la scarsa attenzione che sentono di ricevere da parte della dirigenza. Ad ogni modo, i costi di queste aggressioni hanno delle conseguenze tanto sul singolo operatore quanto sull'intero SSN. Le conseguenze sul piano psicologico emerse dal grafico 17 sono state prevalentemente "Demotivazione" e "Frustrazione" ma non è mancato chi ha addirittura scelto "Ho inoltrato la domanda di trasferimento". Una stretta correlazione tra le aggressioni e i sintomi da stress post-traumatico è già stata largamente esplorata e messa in risalto da uno studio italiano[41] di Brunetti e Bambi già nel 2013, anche se in questo caso c'è stata una leggera controtendenza dato che nessuno ha dichiarato di essersi assentato da lavoro in seguito ad un' aggressione. Questi fenomeni magari si sarebbero potuti evitare se all'interessato fosse stato fornito un adeguato supporto psicologico, sostegno che il 65,80% non può ricevere perché non previsto dall'Azienda.

Relativamente alle misure di prevenzione e controllo avanzate dalle strutture sanitarie, il 30,30 % ha dichiarato che l'ospedale presso cui lavora si è munito di guardia giurata o

[41] Brunetti L., Bambi S.,(2013) *" Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale",* Professioni Infermieristiche;

posto di polizia fisso, il 27,27% di porte blindate e sistemi che consentono di filtrare gli accessi. Nonostante le raccomandazioni dei risk manager, dell'International Council of Nurses e della Raccomandazione ministeriale n.8, solo il 21,21% dei triage sono chiusi, e ancora scarse sono le iniziative di corsi di difesa per il personale sanitario. Al momento delle aggressioni la guardia giurata o comunque l'organo preposto al mantenimento della sicurezza non risulta presente nel 68,40% delle risposte, e comunque anche nei casi in cui lo era (31,60%) non è servito ad evitare l'escalation di violenza. Emblematico in questo senso è il fatto che 31 su 38 intervistati hanno dichiarato di non considerare adeguate queste misure di sicurezza. Inoltre la guardia giurata, secondo l'articolo 4 L.101/2008 [42] è preposta alla " custodia e vigilanza dei beni mobili e immobili", pertanto può avere certamente una funzione preventiva ma non si può occupare di ordine pubblico. Ad esempio, in caso di aggressione fisica può interporsi a sostegno dell'aggredito, ma senza poteri autoritativi o certificativi, in altri termini, può allertare e mediare con le forze dell'ordine ma non può identificare né trattenere l'aggressore. La maggioranza degli intervistati dichiara di non sentirsi al sicuro nel proprio posto di lavoro e questo è un dato altrettanto allarmante in quanto lavorare in un ambiente sereno e sicuro è il primo passo per poter valutare decisioni importanti per la vita delle persone.

Non bisogna comunque dimenticare un aspetto su cui si sono focalizzate molte risposte aperte degli intervistati, ovvero la carenza di personale. Alcuni hanno sottolineato appunto l'utilità di incrementare il numero di personale infermieristico del PS e suggerito la presenza di due infermieri nella zona Triage. Infatti senza un numero adeguato di personale le persone non vengono prese in carico e assistite come dovrebbero, aumentando il disagio alla base delle aggressioni.

[42] Parlamento italiano, Legge 101/2008 art.4 da https://www.camera.it/parlam/leggi/08101l.htm

6.Conclusioni e limiti

Lo studio ha raggiunto gli obiettivi prefissati; nell'indagine emerge come la violenza da parte di terzi all' interno del Pronto Soccorso sia un problematica rilevante e in crescita, nonostante la forte tendenza al non segnalare gli abusi proprio dalle stesse vittime. Un riscontro analogo si ha analizzando la letteratura nazionale e internazionale a riguardo, in cui emerge come la maggior parte degli infermieri che lavora in emergenza si sia confrontata con situazioni di questo tipo. Dalle risposte ottenute dal questionario si evidenzia come gli abusi che si verificano siano il frutto di una serie di complesse interazioni. Il triage si conferma come l'area che espone maggiormente l'operatore agli abusi che sono prevalentemente verbali ma anche fisici. Da un lato è emersa come la poca informazione dell'utenza, tanto nell'accesso al PS quanto nelle regole delle strutture sanitarie e soprattutto nella non conoscenza dei tempi relativi ai codici assegnati, siano causa di agiti aggressivi. Dall'altro è emersa la necessità di una maggiore formazione del personale addetto nella gestione efficace del fenomeno e delle sue sfaccettature più rischiose oltre alla necessità di testimoniare non solo in modo informale ma anche con mezzi tracciabili e documentabili. La comunicazione, soprattutto in un contesto come quello del Pronto Soccorso, risulta essenziale ma deve avvenire a più livelli: tra paziente e infermiere, tra infermieri, tra infermieri e coordinatori, dirigenza e azienda, al fine di ridurre e prevenire queste situazioni. Un limite dello studio è certamente dato dall'esiguità del campione preso in esame e un ulteriore spunto per una visione più unitaria del fenomeno può essere quello di cambiare punto di vista analizzando le aspettative dell'utente, nonché approfondire le conoscenze degli infermieri relativamente alle procedure di segnalazione, ancora poco adottate. Dal questionario emerge come, nonostante la rilevanza del fenomeno, non tutti gli operatori sono messi nelle condizioni di poter lavorare in sicurezza e non sempre ricevono successivamente un adeguato supporto psicologico, con tutte le conseguenze che ne derivano. Ad ogni modo, una maggioranza schiacciante reputa le misure già adottate non sufficienti a perseguire tale scopo. Molti spunti di riflessione sono giunti dalla risposta aperta ed hanno consentito un'ulteriore chiave di lettura delle informazioni raccolte attraverso le domande a risposta multipla, andando a toccare altri argomenti. Le richieste da parte degli infermieri riguardano l'intensificazione degli strumenti di vigilanza, la maggiore informazione del cittadino, ma anche l'aumento del personale. In

quest' ottica la violenza nei confronti di chi è in prima linea potrebbe essere una manifestazione del fatto che la riduzione dell'organico sta producendo dei disservizi e non consente un'adeguata presa in carico del paziente. A pagarne le conseguenze sono tanto i cittadini quanto gli infermieri, che hanno infatti dichiarato di non sentirsi al sicuro nel proprio ambiente di lavoro. Considerate le imponenti e crescenti dimensioni del fenomeno, la sicurezza all'interno del Pronto Soccorso deve essere considerata una priorità al fine di garantire il benessere degli infermieri e di favorire, di conseguenza, anche la capacità di ponderare importanti decisioni e assistere il paziente nel migliore dei modi.

Bibliografia

- Beccatini G., Bambi S., Palazzi F. Lumini E.; "*Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso : la prospettiva italiana"* ;
- Brunetti L., Bambi S.,(2013) *" Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale",* Professioni Infermieristiche ;
- CDC Workplace Safety and Health (2002), "*Occupational hazards in hospital*", da https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/, ultimo accesso Marzo 2020;
- Clarke D.E., Brown A.M., Griffith P., "*The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting"*, da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712684 , Marzo 2020 ;
- ENA, (1991), *"Position Statement: Violence in the emergency care settings"*; da https://www.ena.org/docs/defaultsource/resourcelibrary/practiceresources/positionstatements/violenceintheemergencycaresetting.pdf , ultimo accesso Marzo 2020
- ENA, (2007), *"Toolkit for workplace violence"* citato in "*Violenza verso gli infermieri in area triage"*(2013) di Ramacciati N., Ceccagnoli A., Addey B.;
- Erickson L, Williams-Evans SA., (2000), " *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults"*, tratto da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839847, consultato a Marzo 2020 ;
- Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M.,(2012), "*Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*", L'infermiere, IPASVI ;
- Ferns T., (2006), " *Under-reporting of violent incidents against nursing staff",* da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16802588, consultato a Marzo 2020*;*
- FNOPI (2020), "*Infermieri i più colpiti dalla violenza sugli operatori sanitari: Le proposte FNOPI*" Da https://www.fnopi.it/2020/01/22/violenza-proposte-fnopi-audizione-camera-formazione/, consultato a Marzo 2020 ;
- FNOPI, (2019), " *Infermieri e medici presentano il corso C.A.R.E. per disinnescare la violenza*" Da https://www.fnopi.it/2019/09/12/infermieri-e-medici-presentano-il-corso-c-a-r-e-per-disinnescare-la-violenza/, consultato a Marzo 2020;

- Hogarth K., Beattie J., Morphet J.,(2016), " *Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department*", da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26012889, consultato a Marzo 2020;
- ICN, (2000), *"Prevention and management of workplace violence"*, da https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf, ultimo accesso Marzo 2020 ;
- International Labour Office, International Council of Nurses,World Health Organization, Public Services International (2002), "*Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector"*, ILO, ultimo accesso Marzo 2020;
- International Labour Office: International Council of Nurses,World Health Organization, Public Services International (2002), *"Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector",*ILO, da https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultato a Marzo 2020;
- Krug, E., (2002) "*Violenza e salute nel mondo"*, Quaderni di sanità pubblica;
- Lewis S, Dickinson J, Contino DS, (2007), *"Survey: Most ED staff victimized by violence never report incident",* ED. Manag.
- Luck L., Jackson D., Usher K (2007)"*STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments*", Journal of advanced nursing ;
- Ministero della Salute, (2007), "*Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 1° rapporto*"da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
- Ministero della Salute, (2007), *"Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* da http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721, consultato a Marzo 2020*;*
- Ministero della Salute, (2009), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 2° rapporto"*

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;

- Ministero della Salute, (2011), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 3° rapporto*" https://docplayer.it/11023243-Ministero-della-salute.html, consultato a Marzo 2020;
- Ministero della Salute, (2013), "*Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° rapporto*"; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf ;
- Ministero della Salute, (2015), *"Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° rapporto"*da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
- Ministero della Salute, (2019), "*Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*" da http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=384, consultato a Marzo 2020 ;
- Morrison LJ., (1999), " *Abuse of emergency department workers: an inherent career risk or a barometer of the evolving health care system?*"da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584087, consultato a Marzo 2020;
- Nursind, (2017), "*Indagine sulle aggressioni al personale sanitario*" nella campagna "*Prenditi cura di noi affinchè possiamo prenderci cura di te*" da https://www.osservatoriodiritti.it/wp-content/uploads/2018/04/aggressioni-ai-medici-nursind.pdf, consultato a Marzo 2020 ;
- Nursing Up, (2019), *"Workplace violence in the health sector-ONU-Rapporto Italia*" da https://nursingup.it/esito-sondaggio-violenza-2019.html, consultato a Marzo 2020;
- Pinar R., Ucmak F., (2011), "*Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turke"* da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20969652, consultato a Marzo 2020;

- Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A.,(2011), "*Violenza legata al paziente al triage: uno studio descrittivo qualitativo"*, da International Emergency Nursing;
- Ramacciati N. (2016) , *"Indagine nazionale 2016 sulla violenza verso gli infermieri del Pronto Soccorso:Report di ricerca"*da https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf, consultato a Marzo 2020;
- Ramacciati N., Ceccagnoli A., Addey B.,(2013),"*Violenza verso gli infermieri in area Triage*", Scenario 2013 ;
- Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L.,(2007), " *Incidence and related factors of violence in Emergency Departments- A study of nurses in Southern Taiwan"*da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908664, consultato a Marzo 2020 ;
- Traini T., Vaccaro S., Direzione nazionale NurSind, (2013),"*Indagine sulle aggressioni al personale sanitario*",https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/552/Indaginesulleaggressionialpersonalesanitario.pdf , consultato da Marzo 2020;
- United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012), "*WorkplaceViolence*, da https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/, ultimo accesso Marzo 2020 ;
- Università Tor Vergata, (2019), *"Violenza sugli operatori sanitari*", da FNOPI https://www.fnopi.it/aree-tematiche/violenza-sugli-operatori-sanitari/, consultato a Marzo 2020;
- University of Iowa Industry Prevention Research Centre, (2001) "*Workplace violence-A report to the nation"*, da https://worksafe.public-health.uiowa.edu/Vol%208%20No%203%20Fall%202001.pdf, ultimo accesso Marzo 2020;
- Yudofsky SC., Jackson W., Silver JM, Endicott J., (1986),*"The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression"* da https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3942284 consultato a Marzo 2020*;*

Allegato

Questionario sulla violenza verso gli infermieri del Pronto Soccorso

Buongiorno, sono Chiara Belletti, una studentessa del III anno di infermieristica ad Ancona e avrei bisogno della sua collaborazione per il mio progetto di tesi. L' obiettivo del mio studio è quello di indagare sulla violenza verso gli in infermieri del Pronto Soccorso. Il questionario a risposta multipla è assolutamente in forma anonima, nel rispetto della privacy. I dati raccolti verranno sottoposti ad indagine statistica ed utilizzati esclusivamente per fini didattici.

La ringrazio in anticipo per la collaborazione.

1. Genere:
   - M
   - F
2. Da quanto tempo lavora in Pronto Soccorso?
   - <2 anni
   - 2-5 anni
   - 5-10 anni
   - >10 anni
3. Con quale frequenza le è capitato di subire o assistere ad atti di violenza nei suoi confronti o di un collega negli ultimi 5 anni?
   - Mai
   - Qualche volta
   - Spesso
4. Di quale tipo di aggressività si è trattato?
   - Aggressioni verbali (critiche, insulti, minacce..)
   - Aggressioni fisiche
   - Lancio di oggetti
   - Tutte le precedenti
5. Secondo la sua percezione, c'è stato un aumento di questo tipo di fenomeno negli ultimi anni?

- Si
- No
- Non lo so

6. Quali sono i fattori che espongono maggiormente alla violenza?
- Atteggiamenti negativi da parte dei pazienti
- Tempi d’attesa
- Non conoscenza dei tempi d’attesa relativi al codice assegnato
- Difficoltà di comunicazione
- Altro (specificare)_____

7. Dove avvengono più di frequente le aggressioni?
- Triage
- Corridoio
- Sala visita
- Box/OBI
- Sala emergenze

8. Quali sono state le strategie adottate per contenere l'aggressività?
- Non ho risposto/reagito
- Approccio relazionale
- Approccio contenitivo
- Isolamento
- Ho cercato l’aiuto di altri colleghi
- Altro (specificare)_____

9. Le aggressioni sono state segnalate?
- Si
- No

10. Se si, come?
- Segnalazione informale (ne ho parlato con caposala/collega..)
- Procedure aziendali per atti di violenza
- Evento sentinella
- Denuncia
- Altro (specificare)_____

11. Nel caso in cui non abbia segnalato l'evento,perché?

- Ho pensato che era inutile
- Non sapevo a chi rivolgermi
- Non mi sono reso conto della gravità

12. Ha avuto necessità di cure mediche in seguito?
- Non ho avuto bisogno di cure
- Ho avuto bisogno di cure mediche ed/o esami diagnostici
- Ho avuto bisogno di un periodo di riposo

13. Al momento dell'aggressione era presente una guardia giurata?
- Si
- No

14. Quali sono state le strategie messe in campo dall'Azienda per contrastare il fenomeno?
- Presenza di guardia giurata/Posto fisso di polizia
- Triage chiuso
- Corsi di formazione
- Porte blindate/Sistemi che consentono di filtrare gli accessi
- Nessuna delle precedenti
- Altro (specificare)_____

15. Sono sufficienti?
- Si
- No

16. All'interno dell'Azienda sono previsti sportelli di ascolto/psicologo per il personale sottoposto a questo tipo di fenomeno?
- Si
- No

17. Quali sono state le conseguenze sul piano lavorativo?
- Demotivazione
- Assenze sul lavoro
- Frustrazione
- Ho inoltrato la domanda di trasferimento

18. Si sente al sicuro nel suo posto di lavoro?
- Si

- No

19. Cosa cambierebbe/aggiungerebbe per una maggiore sicurezza in Pronto Soccorso?

-

_____
_____
_____