

Review Article

La violenza da parte di pazienti e accompagnatori a danno degli operatori di pronto soccorso: una revisione della normativa vigente e delle linee guida internazionali per la valutazione e la gestione del rischio

Violence toward healthcare workers employed in Emergency Departments: A review of Italian regulations and international guidelines for the risk assessment and management

Francesco CHIRICO^{1*}, Gabriella NUCERA², Angelo SACCO³, Nicola MAGNAVITA⁴

¹ *Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia. Centro Sanitario Polifunzionale di Milano, Servizio Sanitario della Polizia di Stato, Ministero dell'Interno, Italia. ORCID: 0000-0002-8737-4368.*

² *ASST Fatebenefratelli e Sacco- Ospedale Fatebenefratelli, Dipartimento di Emergenza e Urgenza, Milano, Italia. ORCID: 0000-0003-1425-0046. E-mail: gabriella.nucera@asst-fbf-sacco.it*

³ *Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia. U.O.C. Spresal, ASL Roma 4, Civitavecchia, Italia. ORCID: 0000-0002-8429-5314. E-mail: angelo.sacco@alice.it*

⁴ *Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia. Fondazione Policlinico Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia. ORCID: 0000-0002-0988-7344. E-mail: nicola.magnavita@unicatt.it*

* *Author for the correspondence*

Abstract

Introduction: Workplace violence (WV) and harassment are emergent and harmful phenomena in healthcare settings, especially in Emergency Departments (EDs). This work aims to review scientific literature and European and Italian Regulations on WV perpetrated by third parties against healthcare workers (HCWs).

Methods: This study employed a narrative review method. Our search was conducted between October and December 2021 in PubMed/Medline, CINHALL, and Google Scholar with several combinations of the following keywords: "emergency" (MeSH); "aggression", "workplace violence", "abuse", "healthcare", "third parties", "threat", "first aid", in English and Italian. We also reviewed national, European, and international regulations and guidelines on this topic.

Results and Discussion: Despite numerous studies in literature concerning WV against HCWs employed at EDs, especially nurses, this phenomenon is overlooked due to underreporting of WV. WV is a specific psychosocial risk factor different from lateral violence and work-related stress. For this reason, healthcare management should address this psychosocial risk factor with specific preventive measures. European employers should follow the EU-OSHA guidelines, while Italian

employers should refer to Recommendation n.8 released by the Ministry of Health and other regional guidelines (e.g. those released in 2010 by the Emilia-Romagna region and in 2018 by Lazio region).

Conclusion: WV against HCWs in EDs needs to be addressed timely. Specific risk assessment strategies and effective preventive and control measures can reduce the rate of WV-related injuries and the physical and psychological effects on HCWs. In addition, training and workplace health promotion programs can increase the well-being level among HCWs, productivity at work, and caregiver-patient relationships.

Riassunto

Introduzione: Uno dei settori lavorativi dove il problema della violenza perpetrata da parte di pazienti e accompagnatori è un problema emergente è quello sanitario i cui dipartimenti di emergenza degli ospedali sono particolarmente gravati dal fenomeno. Questa ricerca ha l'obiettivo di effettuare una revisione narrativa della letteratura scientifica e della normativa nazionale ed europea sulla violenza agita da parte di terzi a danno degli Operatori di Pronto Soccorso per individuare, a valle di uno specifico percorso di valutazione del rischio, le misure di prevenzione e di protezione più efficaci per la tutela della salute e della sicurezza per tali operatori.

Metodi: La ricerca è stata condotta attraverso una revisione narrativa della letteratura scientifica internazionale condotta tra ottobre e dicembre 2021. Le parole chiave utilizzate sono state "emergency" (MeSH); "aggression", "workplace violence", "abuse", "healthcare", "third parties", "threat", "first aid", in italiano e inglese, con varie combinazioni di ricerca, nelle banche dati PubMed/Medline, CINAHL e Google Scholar. È stata inoltre effettuata una revisione delle linee guida internazionali e della normativa internazionale, europea e italiana. Sulla base di tale revisione è stato proposto un modello di valutazione del rischio finalizzato alla prevenzione di tale fenomeno.

Risultati e Discussione: Nonostante siano disponibili diverse revisioni sistematiche e narrative che mettono in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari e in particolare degli infermieri che operano nei servizi di Pronto Soccorso, il fenomeno rimane tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli operatori. La violenza da parte di terzi è uno specifico fattore di rischio psicosociale differente dallo stress lavoro correlato e dal mobbing o dalla violenza esercitata da colleghi di lavoro/superiori: come tale ai sensi del D.Lgs. 81/2008 esso deve essere oggetto di valutazione da parte del datore di lavoro negli ambienti sanitari. In Europa, le Linee Guida dell'Agenzia Europea per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (EU-OSHA) e in Italia, la Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute (2007) e le linee guida della Regione Emilia-Romagna (2010) e, ultime in ordine di tempo, quelle della Regione Veneto, danno le indicazioni metodologiche e operative per affrontare il problema.

Conclusioni: La violenza contro gli operatori di Pronto Soccorso (PS) è un problema urgente da affrontare. Attraverso una corretta valutazione del rischio e le opportune misure di prevenzione e protezione tale fenomeno può essere efficacemente prevenuto con un minor rischio di infortuni e dei conseguenti effetti fisici e psicologici e il miglioramento del benessere lavorativo per l'operatore di PS. Ciò presumibilmente potrebbe portare anche a un miglioramento sia della prestazione lavorativa sia del rapporto medico-paziente.

Parole chiave: violenza nei luoghi di lavoro; operatori sanitari; violenza in pronto soccorso; disagio psicosociale; salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. **Key words:** emergency departments; healthcare workers; psychosocial risk factors; occupational health and safety; workplace violence.

Cite this paper as: Chirico F, Nucera G, Sacco A, Magnavita N. La violenza da parte di pazienti e accompagnatori a danno degli operatori di pronto soccorso: una revisione della normativa vigente e delle linee guida internazionali per la valutazione e la gestione del rischio [Violence toward healthcare workers employed in Emergency Departments: A review of Italian regulations and international guidelines for the risk assessment and management]. G Ital Psicol Med Lav. 2022;2(1):57-86

Received: 30 March 2022; Accepted: 15 May 2022; Published: 15 June 2022

INTRODUZIONE

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro” [1]. In questo ambito, i comportamenti violenti possono essere variamente classificati, secondo diversi principi (Tabella 1) [2]. Se si tiene conto dell'autore della violenza si possono avere quattro categorie: Tipo 1, violenza portata da estranei al luogo di lavoro; Tipo 2, violenza esercitata dagli utenti contro gli operatori; Tipo 3, violenza esercitata da persone che fanno parte dello staff contro colleghi, superiori o subordinati; Tipo 4, esercitata dall'organizzazione, contro lavoratori e utenti. Gli operatori dei servizi di Pronto Soccorso ed Emergenza sono particolarmente esposti, per il tipo di lavoro svolto, a violenza di Tipo 2, che può essere portata da pazienti o da loro parenti e accompagnatori, contro gli operatori sanitari. I due tipi di aggressione hanno modalità e motivazioni del tutto diverse: i pazienti sono aggressivi soprattutto quando patologie psichiatriche o dipendenze ne riducono le facoltà di autocontrollo, mentre parenti e visitatori violenti presumono sempre di agire a tutela dei pazienti. Questa differenza di motivazioni fa sì che molto spesso le aggressioni portate dai malati contro i sanitari non siano da questi denunciate, mentre le seconde suscitano la reazione del personale e quindi la denuncia. Il Dipartimento di emergenza e pronto soccorso (DEA) è la struttura sanitaria con il maggior contatto con accompagnatori e parenti dei pazienti; questo fa sì che le statistiche ufficiali, basate sulle denunce presentate all'autorità giudiziaria o a quella sanitaria, vedano al primo posto il pronto soccorso. Viceversa, gli studi che indagano sistematicamente l'esperienza dei lavoratori indicano che il rischio è maggiore nei servizi sanitari che richiedono uno stretto contatto personale con i pazienti che hanno problemi cognitivi o psichiatrici [1,2].

In uno dei pochi studi che ha analizzato la frequenza relativa degli episodi violenti nei diversi servizi/reparti di una Azienda Sanitaria Locale del nostro paese, il rischio di violenza fisica per i lavoratori dell'emergenza è significativamente più alto di quello che si registra nei servizi generali (radiologia, laboratorio, direzione sanitaria ecc.), con un odds ratio pari a 5.12 (intervallo di confidenza al 95%=2.12-12.39). Esso è inferiore al tasso di aggressioni subite dal personale dei servizi psichiatrici [3]. In un altro studio, condotto nell'arco di 8 anni, il personale di urgenza ed emergenza ha riportato un rischio pari a 8.8 (CI95%=3.8-20.5) rispetto a chi lavora in laboratorio o in radiologia, ma gli addetti a servizi psichiatrici avevano odds superiori a 25 [4].

Secondo un report dell'Agenzia europea per la Salute e la Sicurezza sul lavoro Eu-Osha [5] basato sui dati del quarto European Working Conditions Survey (EWCS) del 2007, quello della violenza è un

problema che riguarda tra il 5% e il 20% dei lavoratori. L'Eu-Osha definisce la violenza operata da terzi come "la violenza fisica, l'aggressione verbale o la minaccia di violenza fisica in cui l'aggressore non è un collega ma è una persona, un cliente o un paziente che riceve un bene o un servizio" [5]. Una pubblicazione più recente, specificamente rivolta ai lavoratori della sanità, è dell'OSHA statunitense [6]. I CDC statunitensi hanno messo a punto un aggiornato sistema di indicatori della violenza sul lavoro [7].

La violenza nei luoghi di lavoro da parte di terzi è un fattore di rischio ben conosciuto in alcuni settori lavorativi [8]. Gli ambienti maggiormente a rischio si concentrano prevalentemente nei servizi sociali e sanitari, come i servizi psichiatrici o i dipartimenti di emergenza e urgenza, i settori dell'istruzione, del commercio, dei trasporti e della pubblica sicurezza [5,8-14]. In sanità, le aree più frequentemente interessate sono le strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, i servizi di pronto soccorso e di emergenza-urgenza, i luoghi di attesa, i servizi di geriatria, i servizi di continuità assistenziale (guardia medica, assistenza domiciliare), le aree di integrazione socio-sanitaria, il front office ed i servizi di prenotazione delle prestazioni sanitarie [15,16].

Tabella 1. Definizioni di violenza sul lavoro e fenomeni correlati (parzialmente riprodotta da: Magnavita N. Violenza sul lavoro. In: Alessio L, Franco G, Tomei F (eds.) Trattato di Medicina del Lavoro, Piccin Ed. Padova 2015: 1337-1344 ISBN: 978-88-299-2708-1) [2]. (Riferimenti bibliografici nella pubblicazione citata).

Termine	Definizione
Violenza sul lavoro	Incidenti nei quali le persone sono sottoposte ad abusi, minacce o aggressioni in circostanze collegate al lavoro, con un esplicito pericolo per la loro sicurezza, per il benessere e la salute (EE, 2004)
Violenza sul lavoro	Ogni azione, incidente o comportamento che si allontana da una condotta ragionevole, nel quale una persona è assalita, minacciata, danneggiata, messa in pericolo nel corso del suo lavoro, o come diretto risultato di esso (ILO, 2003)
Mobbing	Comportamento negativo, tra colleghi o tra superiori e subordinati, nel quale la persona interessata è ripetutamente umiliata e attaccata direttamente o indirettamente da una o più persone con il proposito e con l'effetto di alienarlo
Bullying	Differisce da altri problemi legati all'organizzazione del lavoro nell'intenzione di causare danno a una o più persone, ripetutamente nell'arco di un periodo di tempo
Abuso	Comportamento che si allontana da una condotta ragionevole e comprende l'uso scorretto di forza fisica o psicologica. Comprende tutte le forme di molestia, compresa la molestia sessuale, il bullismo e il mobbing.
Minaccia	Minaccia di more o annuncio dell'intenzione di danneggiare una persona o la sua proprietà.

Assalto	Tentativo di infliggere un danno fisico o attacco a una persona causando un danno fisico.
Violenza fisica	Uso di forza contro un'altra persona o un gruppo che risulta in danno fisico, sessuale o psicologico.
Violenza psicologica	Uso intenzionale del potere contro un'altra persona o un gruppo che può risultare in un danno fisico, mentale, spirituale, morale o dello sviluppo sociale.
Violenza interna	Violenza che si verifica sul lavoro tra lavoratori, compresi dirigenti e supervisori.
Violenza esterna	Violenza che avviene sul lavoro tra lavoratori, compresi dirigenti e supervisori e ogni altra persona presente sul luogo di lavoro.
Tipo 1 (intrusiva)	Intento criminale da parte di estranei., terroristi, malati di mente, soggetti sotto l'effetto di droghe o durante azioni di protesta.
Tipo 2 (clienti)	Violenza fatta dai consumatori / clienti / pazienti (e loro familiari) contro lo staff, o viceversa.
Tipo 3 (relazioni)	Violenza o bullismo all'interno dello staff, violenza domestica sul lavoro
Tipo 4 (organizzativa)	Violenza organizzativa contro lo staff o contro consumatori / clienti/ pazienti.

L'impatto negativo della violenza sul luogo di lavoro è rilevante e può tradursi oltre che in lesioni o morte anche in un deterioramento dello stato di salute mentale del lavoratore colpito: stress, delusione, paura, rabbia, ansia e angoscia [17-19]. Nei casi in cui l'esposizione a violenza è protratta, o di particolare intensità, si possono osservare comportamenti disfunzionali, disturbi psichiatrici, disturbo di stress post-traumatico, senso di colpa, vergogna, auto-condanna, demotivazione, fino alla sindrome del *burnout* e all'intento di lasciare l'attività o di cambiare luogo di lavoro [20]. Anche la capacità lavorativa e la produttività possono risultare fortemente compromesse, con un aumento degli errori, un peggioramento delle *performances* professionali, un ridotto coinvolgimento del lavoratore nell'organizzazione del lavoro e un aumento delle assenze dal lavoro [17-24].

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 casi su 10.000, rispetto a un valore di 2 casi su 10.000 nei lavoratori industriali del settore privato [25]. Come evidenziato nella revisione di Timmins e colleghi [26], la violenza contro i sanitari impiegati in pronto soccorso, in modo particolare negli infermieri, è un fenomeno rilevante e probabilmente in aumento. Il fatto che i diversi ricercatori abbiano usato definizioni diverse rende impossibile quantificare in termini percentuali l'incidenza della violenza, con frequenze che variano dal 3% ad oltre il 90%, a seconda se si considerino solo le aggressioni fisiche denunciate o anche le aggressioni verbali raccolte *ad hoc* dai ricercatori [27-37].

Durante lo stato emergenziale pandemico da COVID-19 gli episodi di violenza a carico del personale sanitario del pronto soccorso sono continuati e anzi aumentati, favoriti dalla difficoltà di contatti tra personale sanitario e pazienti, isolati all'interno del pronto soccorso, e parenti, in attesa al di fuori e talora privi di notizie [38-42]. Uno studio statunitense ha censito 400 episodi di violenza contro gli operatori sanitari in occasione della prima ondata pandemica [38]. Una revisione sistematica di

letteratura ha evidenziato che i lavoratori più a rischio per le aggressioni fisiche sono di genere maschile, giovane età, poca esperienza lavorativa e che lavorano a contatto diretto con i pazienti affetti dal COVID-19 [39]. La nostra esperienza nei luoghi di lavoro conferma che, soprattutto nelle fasi pandemiche nelle quali l'accesso al pronto soccorso di malati affetti da Covid-19 è maggiore e quindi i sanitari hanno meno tempo per uscire a portare notizie ai familiari, l'aggressione erbale degli infermieri di triage, che sono l'unica interfaccia con l'esterno, è diventata più frequente.

Dal punto di vista normativo, il D.Lgs. 81/2008 stabilisce l'obbligo per il datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori presenti nei luoghi di lavoro compreso quindi il rischio di natura psicosociale rappresentato dalla "violenza da parte di terzi" adottando tutte le misure di prevenzione e protezione necessarie e idonee per salvaguardare la salute e la sicurezza dei lavoratori [43-46]. Tra i settori lavorativi interessati dal rischio di violenza da parte di terzi, i medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari sono ad alto rischio in quanto il loro lavoro è a diretto contatto con il paziente ed i rapporti interpersonali con l'utenza sono caratterizzati da una condizione di forte emotività in quanto sia il paziente che i familiari si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo [47,48]. Gli atti di violenza e lo stress che i lavoratori subiscono si possono ripercuotere negativamente sulla qualità dell'assistenza offerta ai pazienti. È compito dell'organizzazione sanitaria identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale e attuare le opportune strategie preventive [49-57].

Il 21 giugno 2019 l'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha adottato la Convenzione n.190 e la Raccomandazione n.206 per l'eliminazione della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro [58,59]. Per porre fine a tale fenomeno è necessario che il legislatore, i decisori politici e gli stakeholder occupazionali agiscano in modo coordinato e congiunto e siano realizzate strategie di prevenzione realmente efficaci.

Questa ricerca si propone di individuare una strategia di valutazione e di prevenzione del rischio di violenza contro gli operatori di primo soccorso, tramite una revisione della letteratura scientifica e della normativa nazionale ed europea.

METODI

La prima parte di questa ricerca è stata condotta attraverso una revisione narrativa della letteratura scientifica.

È stata effettuata una ricerca della letteratura internazionale riguardante l'argomento "violenza negli operatori sanitari" e "violenza in Pronto Soccorso" utilizzando le banche dati PubMed/Medline, CINAHL e Google Scholar ed approfondendo soprattutto le criticità riguardanti gli operatori di PS. La ricerca è stata effettuata utilizzando i termini "emergency" (MeSH); "aggression", "workplace violence", "abuse", "healthcare", "third parties", "threat", "first aid", combinati tramite gli operatori booleani OR e AND e con limiti per lingua e data di pubblicazione (rispettivamente inglese e italiana negli ultimi dieci anni). Contestualmente, partendo dalla bibliografia degli articoli selezionati è stata approfondita la ricerca con la selezione di ulteriori articoli selezionati grazie alle citazioni bibliografiche dei lavori inclusi.

Sono stati inclusi soltanto i lavori relativi al fenomeno della violenza esercitata da terzi (pazienti e/o loro familiari), escludendo volutamente il fenomeno della conflittualità, del mobbing e della violenza fisica, morale o sessuale esercitata da colleghi e/o superiori.

Nella seconda parte dello studio è stata effettuata una revisione della normativa vigente in Italia, di norme tecniche, linee guida e buone prassi sull'argomento esistenti nel nostro Paese, in Europa e a livello internazionale.

Infine, è stato proposto un modello di valutazione del rischio con le misure di prevenzione e di protezione più accreditate da adottare in Pronto Soccorso per la tutela della salute e della sicurezza psicofisica del lavoratore.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Il rischio di violenza nei luoghi di lavoro

In letteratura sono stati identificati diversi tipi di violenza. La violenza fisica è stata 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 offesa. La violenza verbale, invece, è stata inquadrata come l'uso di parole non appropriate che causano angoscia o che costituiscono minaccia o con l'abuso verbale mediante un linguaggio crudele, insulto o un attacco alle caratteristiche personali come età, razza, etnia o orientamento sessuale. Anche l'abuso telefonico è un tipo di violenza verbale, al pari delle urla, degli insulti, delle critiche e dei forti rimproveri. Altri autori, invece, la considerano separatamente rispetto al gruppo delle violenze verbali. La molestia sessuale, invece, è stata definita dal legislatore italiano come ogni comportamento indesiderato a connotazione sessuale o qualsiasi altro comportamento basato sul sesso che offenda la dignità delle donne e degli uomini nel mondo del lavoro ivi inclusi atteggiamenti male accetti di tipo fisico, verbale o non verbale. La caratteristica essenziale sta nel fatto che si tratta di un atto indesiderato da parte di chi la subisce e che spetta al singolo individuo stabilire quale comportamento possa essere tollerato e quale sia da considerarsi offensivo, dove il livello di "tolleranza" è personale e non generalizzabile. Molti autori suggeriscono che esista un "ciclo della violenza" e sia possibile coglierne l'origine attraverso l'osservazione di atteggiamenti / comportamenti definiti pre-violenti o premonitori di un possibile atto di aggressione. Vi è infatti un periodo nel quale il potenziale aggressore manifesta un aumento della tensione e della rabbia, successivamente al quale egli diventa resistente all'autorità per poi risultare conflittuale e a volte violento. Durante questo ciclo possono essere colti alcuni comportamenti pre-violenti tipici, tra i quali i più comuni sono la confusione, l'irritabilità, la chiassosità, le minacce fisiche e verbali e le manifestazioni di rabbia contro gli oggetti. Altri campanelli di allarme sono costituiti dai comportamenti provocativi o di rabbia, dal camminare avanti e indietro, dal parlare ad alta voce, dalla postura tesa e dai cambi frequenti di posizione. Per questo motivo alcuni autori ritengono che l'abuso verbale spesso non sia altro che il preambolo della violenza fisica, ciò sostenuto anche dal fatto che spesso le due forme coesistono [49-57]. La violenza subita in ambiente di lavoro può determinare conseguenze sul piano individuale nel lavoratore colpito, con ansia, paura, sintomi di stress, disturbi del sonno e affaticamento, sino a quadri patologici strutturati con depressione, disturbo post-traumatico da stress acuto e cronico, mentre sul piano organizzativo può essere rilevato un incremento dell'assenteismo, un calo della motivazione, la riduzione della produttività, il deterioramento dei rapporti tra i lavoratori, l'incremento del turnover e la difficoltà delle assunzioni [60-63].

La violenza da parte di terzi in pronto soccorso: la prevalenza e le cause del fenomeno

In una meta-analisi condotta da Alijohani e colleghi [13] sono stati raccolti studi che riportavano 9.072 casi di violenza a carico di operatori sanitari nei dipartimenti di emergenza nei diversi paesi del mondo, dei quali 6.575 (72%) erano casi di violenza verbale e 1.639 (18%) episodi relativi ad abusi fisici. Tra gli operatori di PS coinvolti, 2.112 (36,5%) erano medici, 3.225 (55,7%) o infermieri e 455 (7,8%) altro personale. I soggetti che avevano agito comportamenti violenti erano 2.578, di cui 1.340 (52%) familiari di pazienti, 700 (27%) pazienti e 538 (21%) parenti o amici.

Le analisi sistematiche come quella qui riportata, per quanto di indubbio valore scientifico, sono ben lungi dal descrivere completamente il problema. La stessa definizione di “personale di pronto soccorso” è tutt’altro che semplice. Nei pronto soccorso italiani operano numerose categorie di lavoratori, con forte disomogeneità al loro interno oltre che tra l’una e l’altra. I medici che si occupano di ricevere i pazienti e trattare quelli in osservazione sono in minoranza specialisti in medicina o chirurgia di urgenza, con rapporto di dipendenza dall’azienda ospedaliera, mentre in larga maggioranza si tratta di personale medico a convenzione, cioè liberi professionisti con contratti di breve durata e retribuiti a prestazione. Anche gli infermieri e il personale sociosanitario provengono solo in parte dall’azienda ospedaliera, che fa largo ricorso al personale somministrato. Se necessario il medico di pronto soccorso può avvalersi della consulenza di specialisti provenienti da altri reparti, ad esempio chirurghi, ortopedici, neurologi, infettivologi o fisiatri, oltre a cardiologi e radiologi, ma spesso il ricorso a queste consulenze specialistiche prolunga i tempi in attesa della definizione diagnostica e questo allungamento dei tempi, le cui ragioni non sono note a chi sta all’esterno, può essere un fattore di tensione per parenti e accompagnatori. La tensione può purtroppo tradursi in aggressioni, rivolte verso la prima figura sanitaria che ha contatti con l’esterno. Nessuna categoria professionale è quindi risparmiata dalle aggressioni, nemmeno quella degli specialisti che di solito sono meno esposti alle aggressioni, come i radiologi.

Uno studio condotto in Italia su 992 specialisti (più del 7% di tutti i radiologi italiani) ha mostrato che negli ultimi 12 mesi il 6.8% aveva subito un’aggressione fisica da parte di terzi (senza differenza di genere), mentre più del 30% aveva subito un’aggressione verbale. Gli aggressori erano pazienti, parenti o accompagnatori e le aggressioni erano accadute spesso in pronto soccorso ed erano dovute prevalentemente a tempi di attesa, stati di ansia o malessere dovuti alla struttura o disaccordo con i medici. La prevalenza delle aggressioni subite era massima tra i lavoratori più giovani e con minore esperienza clinica. Gli infermieri, in quanto più a contatto con i pazienti, erano i più esposti alla violenza fisica; mentre le minacce erano più facilmente dirette ai responsabili dei servizi ovvero a chi prende le decisioni, probabilmente anche con l’intento di condizionarle [56,57].

In generale, il rischio più elevato di aggressioni riguarda gli operatori dei presidi ospedalieri di maggiori dimensioni, mentre il fenomeno della violenza sembra essere meno marcato nei servizi dalle dimensioni più limitate e con collocazione in ambienti rurali, probabilmente in conseguenza del diverso tipo di relazione sociale instaurata tra gli operatori e gli utenti dei servizi. Tra i fattori di rischio di violenza da parte di terzi più citati in letteratura si evidenziano i seguenti fattori: 1) aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali; 2) diffusione dell’abuso di alcol e droga; 3) gestione e/o distribuzione di farmaci che hanno notevole valore economico nel mercato illegale dei farmaci (metadone, stupefacenti, ecc.); 4) accesso senza restrizione dei visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali; 5) lunghe attese nelle zone di

emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o nei loro accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste; 6) carenza di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici); 7) presenza di un solo operatore a contatto con il paziente soprattutto durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio e isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme; 8) mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi; 9) scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture [49-57].

Come evidenziato nella revisione di letteratura di Ramacciati e Ceccagnoli [64] sulla violenza nei pronto soccorso [44], le cause scatenanti i comportamenti violenti sono l'abuso di alcol, i tempi di attesa, l'abuso di sostanze stupefacenti, l'aspettativa dei pazienti, la carta dei servizi, l'atteggiamento del personale sanitario, la malattia, le trasmissioni televisive di medicina. Altre cause di violenza descritte nei pronto soccorso sono l'ansia, il caldo, il rumore eccessivo, la mancanza di informazioni e della possibilità di replicare e/o di scegliere da parte dei pazienti, le pressioni del gruppo o di altri pazienti, l'organico del personale ridotto, la mancanza di conoscenza sui tempi di attesa e sui codici di triage, l'inadeguata formazione degli infermieri, la percezione negativa sull'atteggiamento dei sanitari [65-67].

Il National Institute of Occupational and Safety Health (NISOH), l'organismo governativo statunitense che si occupa di salute e sicurezza del lavoro [53] e l'Ufficio Internazionale del Lavoro con sede a Ginevra (ILO) [58], hanno annoverato tra i fattori professionali che favoriscono la violenza numerosi determinanti assai comuni presso gli operatori sanitari; tra questi: il contatto col pubblico, il fatto di fornire cure o educazione, il lavoro in funzioni sociali, il lavoro con soggetti con problemi psichiatrici, sotto effetto di alcol e droghe o potenzialmente violenti, il lavoro da soli, il lavoro in un ambiente mobile, il lavoro notturno o all'alba, il lavoro in aree ad alto tasso di criminalità.

I motivi per cui il pronto soccorso è identificato come ambito di lavoro particolarmente vulnerabile sono riconducibili a un complesso insieme di fattori di rischio (costruzione e dimensioni della struttura, tipo di cure fornite, aspetti a carattere psico-emozionale, manifestazioni psicologiche quali tensione, stress, rabbia, paura di risultati negativi come la morte e sentimenti di perdita, dispiacere, confusione). Influenzano in modo negativo i pazienti e i familiari anche i lunghi tempi di attesa, che sono identificati come una delle cause scatenanti maggiori assieme all'overcrowding ovvero il fenomeno del sovraffollamento, e la gestione di pazienti con specifiche problematiche, come per esempio quelle mentali, che costituiscono importanti fattori di rischio per le violenze da parte di terzi. Il rischio di violenza sarebbe associato allo svolgimento di un numero eccessivo di turni di lavoro da parte dello staff [68].

Le vittime della violenza da parte di terzi in pronto soccorso

La letteratura mette in evidenza come il fenomeno della violenza perpetrata dai pazienti sia sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi da parte degli infermieri, in considerazione dello stato dei pazienti [69-72]. Questa osservazione è confermata nella maggior parte degli studi pubblicati in letteratura sulla violenza nei pronto soccorso [73-76]. Secondo alcuni ricercatori, l'alta frequenza di aggressioni in pronto soccorso rispetto ad altri ambiti lavorativi, sembrerebbe almeno in parte essere il frutto di una maggiore propensione degli infermieri dei servizi

di emergenza alla partecipazione a ricerche di questo tipo, e, quindi, deriverebbe da un bias di selezione [75]. A questa ipotesi possiamo aggiungere quella che il personale sanitario è disposto a non denunciare il malato, ma non è disposto a farlo con parenti e accompagnatori, con i quali i contatti in pronto soccorso avvengono in tutte le ore del giorno, mentre nei reparti essi sono possibili solo durante l'orario delle visite. Infine, le segnalazioni di aggressioni nel pronto soccorso hanno stimolato gli studi su questo settore, stimolando quindi la propensione a segnalare i casi. È vero che molti incidenti non vengono denunciati [76], perché la violenza portata da pazienti con stato di coscienza alterato è considerata parte inevitabile dei contesti operativi dell'infermiere [65,77], perdonata in quanto non consapevolmente voluta dal paziente che la commette [66], soprattutto se causa danni fisici trascurabili [71]. Quel che è certo è che gli studi che indagano attivamente l'esperienza di violenza rilevano dati molto più alti di quelli basati sulle denunce trasmesse alle autorità sanitarie o alla polizia. In Italia, Becattini e collaboratori [78], in uno studio condotto su 15 strutture di pronto soccorso di 14 regioni hanno evidenziato un'alta frequenza di aggressioni.

Secondo Anderson [73], Child e Montes [79], Crilly e coll. [80] e Gates e coll. [81], la conoscenza statistica del fenomeno, lo studio dei fattori di rischio come il sesso e l'età degli assalitori o le cause scatenanti i comportamenti violenti, è fondamentale per improntare programmi di prevenzione e di azione contro gli atti di violenza commessi nei confronti degli infermieri di pronto soccorso. La revisione sistematica con metanalisi di Nikathil e coll. ha evidenziato come i pazienti o i visitatori siano ampiamente riconosciuti come fonte principale delle aggressioni perpetuate nei pronto soccorso, ma la maggior parte dello staff sanitario è riluttante alla denuncia, pertanto, la reale incidenza del fenomeno è sconosciuta; tuttavia, gli autori hanno evidenziato la presenza di un'associazione tra violenza ed esposizione ad alcol o droghe [82].

Tutti gli studi scientifici, comunque, hanno evidenziato la complessità di questo fenomeno. Secondo Pich e coll. [83] e Rintoul e coll. [84], è necessario far fronte al fenomeno mettendo in campo specifiche misure di prevenzione quali per esempio i sistemi d'allarme, la presenza attiva di un servizio di vigilanza interno e una formazione specifica del personale infermieristico. Secondo Wilkes e coll. [85], invece, è possibile intervenire a monte, adottando uno strumento per prevedere potenziali aggressori attraverso la valutazione di una serie di fattori predittivi, anche in mancanza di una "anamnesi personale" significativa per precedenti violenti. Altri approcci consigliano l'impiego di un sistema di registrazione dei pazienti aggressivi, che in caso di nuovo accesso al pronto soccorso possono così essere cortesemente invitati "a ricordare le conseguenze di un comportamento inappropriato" [80]. Utile inoltre è spiegare al paziente i motivi dell'attesa fornendogli frequenti aggiornamenti sulla situazione, anche attraverso la figura di un apposito operatore dedicato alle relazioni con l'utenza in sala di aspetto.

L'importanza dell'approccio relazionale è valutata, attraverso l'osservazione diretta dei partecipanti e interviste informali o semistrutturate, anche nello studio condotto da Luck e coll. [86]. Dall'esame delle strategie normalmente utilizzate dagli infermieri coinvolti nell'indagine per evitare, ridurre o prevenire gli abusi, emergono atteggiamenti fondamentali insiti nella natura dell'assistenza infermieristica: rassicurazione, disponibilità, rispetto, supporto e responsabilità. In assenza di altri interventi, l'efficacia di tali atteggiamenti è però limitata: lo studio segnala 16 episodi di violenza durante il periodo di osservazione (290 ore). Dimostrata è invece l'efficacia del programma educativo ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy

Aggression Reduction Training) valutato da Cahill [87] in un campione che comprendeva complessivamente 65 infermieri; per gli infermieri che avevano seguito il programma si era infatti riscontrato un miglioramento statisticamente significativo ($p=0,001$) della personale percezione di capacità nel gestire situazioni di violenza e aggressione. È da tenere presente che in questo studio, come in altri simili, i corsi di formazione hanno mostrato di migliorare significativamente la sensazione di sicurezza del personale, ma non ci sono prove del fatto che la formazione riduca la frequenza delle aggressioni o l'entità dei danni per le vittime. Oltre a una formazione mirata degli infermieri, secondo l'analisi di Hodge e Marshall [71] gli interventi consigliabili comprendono l'uso di tecniche di *de-escalation*, ma anche il ricorso a misure di contenzione fisica o farmacologica e all'isolamento del paziente-aggressore. Tecniche di disinnescimento ed eventuale contenzione fisica e farmacologica svolgono un ruolo cruciale anche nell'approccio interdisciplinare in 3 fasi proposto da Rintoul e coll. [84], che raccomandano inoltre l'"incident reporting" e il "debriefing sistematico". La revisione sistematica di Wirth e coll. degli studi relativi a misure di prevenzione di tipo ambientale, organizzativo e comportamentale per il personale dei reparti di emergenza e urgenza conclude che, benché molti degli autori affermino di avere ottenuti risultati positivi, l'evidenza di una effettiva riduzione della frequenza delle aggressioni o del miglioramento della capacità del personale di gestire tali aggressioni è scarsa [88]. Non diversamente avevano concluso le revisioni sistematiche condotte sullo stesso argomento negli anni precedenti [64, 89].

Per l'assistenza delle vittime, sono state utilizzate varie tecniche. Diversi studi hanno evidenziato l'utilità dei protocolli Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) per la riduzione dei sintomi nelle vittime di violenza sul luogo di lavoro [90, 91].

La normativa internazionale ed europea in materia di violenza nei luoghi di lavoro

La normativa europea (Direttiva 2002/73/CE) definisce "molestie" la situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato connesso al sesso di una persona avente lo scopo o l'effetto di violarne la dignità e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante umiliante o offensivo; per "molestia sessuale" si intende, invece, una situazione nella quale si verifica un comportamento indesiderato a connotazione sessuale, espresso in forma fisica, verbale o non verbale, avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona, in particolare, creando un clima intimidatorio, ostile, degradante umiliante o offensivo. La Raccomandazione 92/131/CEE del 27/11/1991 ha sollecitato gli Stati membri Europei a rivedere la legislazione vigente sulla lotta al mobbing e le molestie sul luogo di lavoro, esortando le parti sociali a elaborare strategie contro il mobbing e la violenza sul luogo di lavoro. Il 26 aprile 2007 è stato emanato l'Accordo Quadro Europeo sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro, che è stato recepito anche in Italia con un accordo interconfederale volto a impedire e gestire le molestie e la violenza fisica sul luogo di lavoro e condannare tutte le forme di molestia e di violenza con conferma del dovere del datore di lavoro di tutelare i lavoratori contro tali rischi. Dall'Accordo si desume che sul luogo di lavoro possono presentarsi differenti forme di molestie e di violenza che possono essere di natura fisica, psicologica e/o sessuale; costituire episodi isolati o comportamenti sistematici; avvenire tra colleghi, tra superiori e subordinati o da parte di terzi come utenti e pazienti, rappresentando casi di minore importanza fino ad atti più gravi che costituiscono veri e propri reati. Nel 2019 l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) ha pubblicato la Convenzione n.190 con l'obiettivo dichiarato di eliminare le violenze e le molestie sul luogo di lavoro, attraverso il rafforzamento degli strumenti giuridici e la modifica dei comportamenti socio-culturali

di uomini e donne per eliminare pregiudizi, costumi e prassi fondati su modelli stereotipati di genere. La Raccomandazione dell'OIL del 21 giugno 2019, n.206 (giuridicamente non vincolante) ha fornito proposte e linee guida sull'applicazione della suddetta convenzione integrandola [58,59]. In modo particolare, la Raccomandazione prevede che gli Stati Membri debbano trattare le violenze e le molestie sul lavoro nell'ambito della legislazione relativa alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche attraverso la valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro (art. 9 della Convenzione), adottando misure adeguate soprattutto nei settori e nelle professioni o nelle modalità di lavoro a maggior rischio (ad esempio, lavoro notturno, lavoro svolto in forma isolata, e/o in settori peculiari come quello settore sanitario, sociale, di emergenza, domestico, dei trasporti, l'istruzione e intrattenimento), e fornendo linee guida per la valutazione e la gestione del rischio, e strumenti di supporto per i datori di lavoro ivi compresi programmi di formazione e codici di condotta.

Anche lo stress da lavoro-correlato affrontato in Europa con l'Accordo Quadro InterConfederale del 2004, recepito in Italia con un Accordo Quadro Nazionale nel 2008 e poi dall'art. 28 del D.Lgs. 81/2008, può essere strettamente associato a fenomeni di violenza sul lavoro [17,46].

Secondo l'Accordo del 26 aprile 2007 i datori di lavoro hanno l'obbligo di proteggere i lavoratori e le lavoratrici dalle molestie e dalla violenza nel luogo di lavoro. Le parti sociali europee riconoscono che le molestie e la violenza possono potenzialmente presentarsi in qualsiasi luogo di lavoro e riguardare qualunque lavoratore o lavoratrice, indipendentemente dalla dimensione aziendale, dal rispettivo settore di attività o dalla tipologia del contratto o del rapporto di lavoro. Tuttavia, alcuni gruppi e settori come quello dei sanitari possono essere più a rischio. L'Accordo indica anche una serie di misure di prevenzione e protezione che devono essere messe in atto; tra queste, la formazione dei superiori e dei lavoratori anche allo scopo di aumentarne la consapevolezza e la presenza di una chiara policy aziendale contro ogni forma di molestia e violenza che includa procedure idonee per affrontare tali problematiche, proteggendo la dignità e la riservatezza di ciascuno e perseguendo azioni disciplinari nei confronti dei responsabili delle violenze (che possono giungere sino al licenziamento) e supporto per le vittime.

Le Linee Guida dell'Eu-Osha [54,55] indicano chiaramente la necessità di considerare la violenza nel settore sanitario in modo "globale" e di trattarla nel quadro della normativa sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, con alcuni elementi che dovrebbero essere inclusi in ogni approccio efficace e preventivo:

- 1) una definizione chiara del fenomeno della violenza con i lavoratori e delle forme in cui può manifestarsi;
- 2) un'azione mirata per sensibilizzare e informare sia i datori di lavoro sia ogni lavoratore potenzialmente esposto;
- 3) la cura degli aspetti connessi alla sicurezza nel progettare l'ambiente e l'organizzazione del lavoro, che può condurre a riconsiderare e ottimizzare non solo i dispositivi di protezione personale forniti a ciascun lavoratore ma anche, ad esempio, la struttura degli ambienti di lavoro e i sistemi di sorveglianza nonché le modalità con cui avviene l'erogazione del servizio;
- 4) misure preventive sul tema della comunicazione, che consentano di gestire correttamente il rapporto con l'utente: dalle sue aspettative nei confronti del servizio, alla sua informazione in itinere, alla chiara identificazione dei comportamenti sanzionabili e delle conseguenze in cui può incorrere chi li mettesse in atto, all'inoltro di eventuali reclami e risposta agli stessi;

- 5) formazione ad hoc per lavoratori, dirigenti e preposti al fine di metterli in grado di riconoscere il rischio e, per quanto di specifica competenza, gestirlo al meglio;
- 6) sistemi efficaci di monitoraggio, in modo da avere una percezione esatta dell'entità del fenomeno, ma anche dell'efficacia delle misure adottate;
- 7) forme di supporto offerte a chi è vittima dell'aggressione, di tipo medico, psicologico, economico e/o legale.

Pertanto, il documento di valutazione del rischio ex D.Lgs. 81/2008 dovrebbe includere anche uno specifico capitolo sulle misure specifiche di prevenzione adottate e di quelle che, secondo il cronoprogramma stabilito, si intendono intraprendere.

La normativa italiana in materia di violenza nei luoghi di lavoro

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs. 81/2008 ("La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) ... deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori...), ciascuna struttura sanitaria deve implementare un Programma di Prevenzione della Violenza (PPV) da parte di terzi (parenti, pazienti, ospiti) che possono mettere a rischio l'incolumità fisica e/o psichica dell'operatore sanitario; il documento di Linee Guida della Regione Lazio (2018) suggerisce di inserire il PPV come "capitolo monografico" del Documento di Valutazione dei Rischi [92].

Gli effetti negativi della violenza possono esplicitarsi in breve tempo con le caratteristiche della causa violenta, determinando, in questo caso, infortuni sul lavoro, oppure più lentamente, cagionando malattie professionali. Il singolo episodio di violenza che si realizza nell'ambito del turno di lavoro, ove l'intensità del trauma sia sufficiente (considerata anche la suscettibilità individuale in termini di resilienza e di meccanismi di coping del lavoratore esposto) può dare, anche in base alle modalità e all'intensità della noxa psicopatogena (minacce verbali, ingiurie fino alle aggressione fisica) un infortunio di natura meccanica (lesioni personali e/o morte del lavoratore) o di natura psichica ("Disturbo post traumatico acuto da stress" o "Disturbo dell'adattamento Acuto da Stress"). Se la noxa psicopatogena persiste si può instaurare il quadro del "Disturbo dell'Adattamento cronico da Stress" o del "Disturbo Post Traumatico Cronico da stress" [60]. Per questa ragione, secondo quanto riportato nelle linee guida della Regione Lazio [92] l'operatore rimasto vittima di violenza "... dovrebbe ... essere valutato psicologicamente indipendentemente dalla gravità dell'episodio" in quanto l'aggressione può avere conseguenze psicologiche di vario tipo in grado di "... interferire con la normale attività lavorativa e lo stile di vita per mesi o anni dopo l'evento...", essendo "... descritti in letteratura i seguenti effetti: a. Trauma psicologico a breve e lungo termine; b. Paura di rientrare al lavoro; c. Cambiamenti nelle relazioni con colleghi e familiari; d. Sensazione di incompetenza, colpevolezza, impotenza; e. Paura del giudizio negativo da parte della dirigenza..."

L'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, in una ricerca per la "predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso", tra i principali rischi occupazionali ha evidenziato anche i "rischi relativi ad aspetti di natura psico-organizzativa" [93]. Il Ministero della Salute, tra gli eventi sentinella, prevede esplicitamente gli atti di "violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno" [94]. A seguito della particolare rilevanza che il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario continua ad avere nel novembre 2007 il Ministero della salute ha emanato un'apposita Raccomandazione (la

“Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”) che intende incoraggiare l’analisi dei fattori di rischio per la sicurezza del personale e l’adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative, dall’aggressione verbale alla violenza fisica fino all’omicidio [95]. Le finalità sono quelle di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica, incoraggiando il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitando il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o attenuare il fenomeno. La citata raccomandazione è il primo atto italiano di livello governativo a sostegno delle politiche di gestione di questo rischio. A queste indicazioni nazionali hanno fatto seguito altre iniziative regionali, la prima delle quali a cura della Regione Emilia-Romagna nel 2010 [96] e via via le altre elencate in Tabella 2. È importante ricordare che non tutte queste indicazioni sono tra loro coerenti e che talora hanno innescato violente polemiche. Ad esempio, le linee-guida della Regione Veneto sono state ritenute dagli psichiatri troppo sbilanciate in senso reattivo contro i pazienti [97]. In molte Aziende sanitarie si tende piuttosto a percorrere un itinerario diverso, puntando sulla collaborazione delle persone che accedono al Pronto Soccorso, tramite l’intervento di facilitatori specializzati che illustrano le attività svolte dal personale di pronto soccorso, informano parenti e visitatori dello svolgimento delle procedure e li rassicurano sull’attenzione che il personale di PS ha alla tutela della salute.

Tabella 2. Linee Guida Regionali sulla violenza nei servizi sanitari.

Regione Emilia-Romagna

- Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (realizzato da un Gruppo Interdisciplinare nel 2021)

Regione Lazio

- Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (approvato il 25 ottobre 2018 dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria)

Regione Toscana

- Linee di Indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari (documento approvato il 14 giugno 2021 dalla Giunta Regionale)

Regione Umbria

- Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell’operatore sanitario (documento approvato il 25/02/2019 dal C.R.S.S.P. regionale)

Regione Lombardia

- Guida Operativa su Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio (suballegato C alla DGR XI 1986 del 23.07.2019)

- Legge regionale 15/2020 pubblicata il 10/7/2020 su Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

Regione Veneto

Linee di Indirizzo regionali per la prevenzione e la gestione delle aggressioni e degli atti di violenza a danno dei professionisti delle Aziende sanitarie, febbraio 2022

Inoltre, l'Osservatorio Nazionale delle Buone Partiche sulla Sicurezza in Sanità ha prodotto un documento sulle buone pratiche per la prevenzione della violenza a danno di operatori sanitari [98].

La valutazione del rischio e le misure di prevenzione e di protezione in Pronto Soccorso

Ambiti di applicazione

In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono considerati eventi sentinella ovvero la spia di disfunzioni organizzative in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione.

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree: 1) servizi di emergenza-urgenza; 2) strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; 3) luoghi di attesa; 4) servizi di geriatria; 5) servizi di continuità assistenziale.

I lavoratori a rischio

Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari che operano in processi assistenziali rivolti alla persona sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti in condizioni di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

I fattori di rischio

Numerosi sono i fattori che generano / facilitano gli atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Secondo la Raccomandazione del Ministero della salute, concorrono all'incremento degli atti di violenza: a) l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali; b) la diffusione dell'abuso di alcol e droga; c) l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali; d) le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito la prestazione richiesta; e) il ridotto numero di personale durante i momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici); f) la presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio e isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme; g) la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi; h) la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture. I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi; come dettagliatamente illustrato sopra, la progressione inizia con l'uso di espressioni verbali aggressive, poi l'impiego di gesti violenti, quindi la minaccia, la spinta, il contatto fisico fino all'uso di armi: lesione e/o morte terminano l'iter.

Obiettivo della Valutazione del Rischio

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari deve incentrarsi sulla attuazione di misure che consentano l'eliminazione o il contenimento delle sopra richiamate condizioni di rischio e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi prima che

accadano. Le indicazioni per redigere una buona valutazione del rischio finalizzata all'individuazione e all'attuazione di idonee ed efficaci misure di prevenzione sono indicate nella Raccomandazione del Ministero della Salute.

Tra le strategie di prevenzione degli episodi di violenza a danno degli Operatori sanitari di Pronto Soccorso appare di rilievo dare la priorità a processi formativi incentrati sulla costruzione della relazione tra operatori sanitari e paziente, finalizzati a migliorare le capacità di comunicazione dei lavoratori, la segnalazione accurata di ogni episodio di violenza e al miglioramento del contesto lavorativo attraverso l'impegno della direzione e il coinvolgimento dei dipendenti; è richiesto inoltre uno sforzo particolare per progettare gli ambienti e dell'organizzazione del lavoro sì da ridurre al minimo le condizioni di stress nelle sale d'attesa che si sono rivelate il luogo più frequente di aggressioni.

Quando possono avvenire gli episodi di violenza

Gli ambiti più critici sono l'erogazione di prestazioni e interventi socio-sanitari e l'attesa dei pazienti e dei familiari.

Modalità di aggressione

Uso di espressioni verbali aggressive.

Impiego di gesti violenti

Minaccia.

Spinta.

Uso di armi.

Contatto fisico.

Conseguenze sul piano fisico e/o psichico dell'evento acuto

Lesione e/o morte: infortunio fisico

Disturbi della sfera psico-emotiva (ansia, depressione reattiva, disturbo dell'adattamento acuto o cronico da stress, disturbo post traumatico da stress acuto o cronico, sindrome del burnout):

infortunio psichico.

I fattori di rischio

Il Documento del 2010 della Regione Emilia Romagna [95] classifica i fattori di rischio in "individuali", "di contesto" e "strutturali". Essi sono riassunti in Tabella 3.

Tabella 3. Fattori individuali, strutturali e di contesto correlati con gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Fattori individuali	Fattori di contesto	Fattori strutturali
Età	Sistema di appartenenza	Attività svolte
Livello di educazione/scolarità	dell'organizzazione	Ambiente fisico
Esperienze precedenti	(pubblico/privato,	Ambiente psicosociale (e
Interazione tra le due parti	locale/nazionale)	supporto psicosociale
(paziente vs. operatore)	Management	ricevuto)
Genere	dell'organizzazione (direzione	Ambiente fisico e psicosociale
	e controllo)	
	Policy di riferimento	
	Fonti di finanziamento	
	Personale	

	Educazione e training degli operatori	
--	---------------------------------------	--

Le misure di prevenzione e protezione

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari di PS richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie mirate al contesto. A tal fine nel documento di valutazione del rischio deve essere indicato il tipo di rischio e le modalità (anche potenziali) di esposizione, il/i gruppo/i omogeneo/i di lavoratori a rischio, le conseguenze e le misure di prevenzione e di protezione. Dovrà essere indicato il responsabile dell'attuazione di tali misure, i tempi necessari per la loro realizzazione, la verifica della loro efficacia. Le misure di prevenzione e protezione dovrebbero comprendere l'elaborazione di un programma di prevenzione per area sanitaria e gruppo omogeneo (lavoratori esposti alle stesse tipologie di rischio) e prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello front line, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma. Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti: a) un referente della Direzione Sanitaria; b) un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane; c) il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione; d) un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio; e) un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio; f) un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro; g) un rappresentante del Servizio di vigilanza. Secondo il citato documento della Regione Lazio (2018) il Gruppo di Lavoro Interdisciplinare deve essere coordinato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e deve essere composto almeno dalle seguenti figure: 1. Direttore Sanitario Aziendale; 2. Medico Competente o Coordinatore dei Medici Competenti; 3. Responsabile dell'Ufficio Tecnico; 4. Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie; 5. Clinical Risk Manager; 6. Avvocato aziendale o Dirigente degli Affari Generali/Legali. 7. Responsabile della formazione.

Compiti del gruppo di lavoro sono: 1) l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità; 2) l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura; 3) la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare; 4) l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Analisi del rischio

L'analisi del rischio inizia con lo studio delle condizioni lavorative; esso mira a individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza degli episodi di violenza. Il gruppo di lavoro, o un altro soggetto individuato dalla Direzione (Dirigente delegato), dovrà valutare la vulnerabilità degli ambienti di lavoro e determinare le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare. L'analisi dovrebbe comprendere i seguenti momenti:

1) Revisione degli episodi di violenza segnalati: debbono essere esaminati i dati relativi ai danni subiti dagli operatori sanitari a seguito di episodi di violenza o le segnalazioni relative a comportamenti aggressivi o a minacce verbali subite nel corso dell'attività lavorativa. Le fonti di tali dati possono essere: segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale, denuncia di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso e altra documentazione sanitaria

comprovante l'episodio di violenza occorso. L'analisi dovrebbe consentire di identificare la frequenza e severità degli episodi, utile per verificare le successive azioni di miglioramento, nonché mettere in evidenza l'esistenza di fattori favorevoli che potrebbero essere rimossi mediante interventi sui luoghi di lavoro, cambiamenti procedurali o addestramento del personale.

2) Conduzione di indagini ad hoc presso il personale: importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate. La somministrazione di un questionario può, inoltre, essere opportuna ogni qualvolta vengano realizzate importanti modifiche degli ambienti e/o dell'organizzazione del lavoro o dopo la segnalazione di un episodio di violenza; in tali casi ciò può aiutare a identificare nuovi o sconosciuti fattori di rischio o carenze relative a protocolli, procedure o controlli.

3) Analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio: personale addestrato dovrebbe periodicamente effettuare sopralluoghi negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento a quelli in cui si è verificato un recente episodio di violenza, al fine di identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni che possono favorire atti di violenza. Il sopralluogo dovrebbe consentire di: a) analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche di aggressore e vittima, la successione di eventi prima e durante l'incidente. In questa fase può essere utile acquisire il rapporto e le indicazioni delle Forze di Polizia; b) identificare attività lavorative, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato; c) rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti (ad esempio, quelli affetti da patologie psichiatriche o sotto effetto di droghe, alcool), alle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, e/o scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro, ecc.), alle attività lavorative.

Dopo aver identificato i rischi attraverso l'analisi delle situazioni, bisogna definire le soluzioni logistico-organizzative e/o tecnologiche, necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle esigenze imposte dalla specifica attività lavorativa. La priorità deve essere data alle misure di prevenzione primaria dirette all'ambiente e all'organizzazione del lavoro, rispetto alle misure di prevenzione primaria (o di protezione come l'individuazione dei DPI) dirette all'individuo; laddove necessario a gestire il rischio residuo può essere presa in considerazione la necessità di misure di prevenzione secondaria come la sorveglianza sanitaria e terziaria (interventi, sui soggetti colpiti, di contenimento degli effetti degli episodi di violenza). È indispensabile implementare e diffondere tra gli operatori, i pazienti e i visitatori una specifica policy aziendale, che deve comprendere un fermo atteggiamento di tolleranza zero verso gli atti di violenza, fisica o verbale nei servizi sanitari. L'informazione e la formazione di tutti gli operatori esposti deve riguardare la natura del pericolo, la tipologia del rischio (entità, modalità di esposizione...) e le misure di prevenzione e protezione adottate. Le misure di prevenzione dovrebbero prevedere un protocollo da adottare nel caso in cui l'aggressione si verifici per contenerne gli effetti. Tale protocollo dovrebbe coinvolgere il medico competente, oltre che la Direzione sanitaria e la stessa Direzione del Pronto Soccorso. Tra le misure di prevenzione di tipo primario è necessaria l'adozione di una procedura utile a incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti, seguendo eventuali specifiche azioni per ridurre o eliminare i rischi, il coordinamento con le Forze di

Polizia o altri soggetti (Servizi di Vigilanza Interni) che possano fornire supporto per identificare le strategie atte a eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari, l'assegnazione di specifici compiti e responsabilità nella conduzione del programma di prevenzione a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.

Le misure di prevenzione di tipo primario

Le misure di prevenzione di tipo primario possono essere di tipo organizzativo, tecnologico e procedurale.

Le misure di tipo tecnologico/strutturale

Le misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate sono le seguenti:

- 1) valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione dell'eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;
- 2) valutare la necessità di installare e mantenere regolarmente in funzione impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato; assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- 3) valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di Sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;
- 4) installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree a elevato rischio. In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy;
- 5) assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza (privi di arredi / suppellettili mobili che possano essere branditi come armi) nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
- 6) assicurarsi che i luoghi di attesa per il pubblico siano confortevoli e idonei; ciò facilita il contenimento dei fattori stressogeni;
- 7) garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di Sicurezza;
- 8) prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo e eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- 9) assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- 10) sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;
- 11) mantenere in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e chiuderle sempre a chiave.

Le misure di tipo organizzativo

Le misure organizzative riguardano le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative. I cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire a impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza.

Le misure organizzative che possono essere adottate sono le seguenti:

- 1) esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;

- 2) stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- 3) sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);
- 4) regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure; predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto;
- 5) predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;
- 6) assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa e sul motivo dell'eventuale ritardo;
- 7) definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza;
- 8) assicurare sempre, all'atto di una visita e/o di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale;
- 9) scoraggiare il personale d'assistenza dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni;
- 10) prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;
- 11) assicurarsi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;
- 12) sviluppare idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione a un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;
- 13) fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
- 14) registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione.

Formazione del personale

La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza. I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore. Ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio dovrebbero poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, le metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti. È necessaria anche una formazione specifica per il management

sanitario. I dirigenti e i coordinatori dovrebbero essere in grado di riconoscere le situazioni a rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento. Anche il personale dovrebbe ricevere una formazione specifica che includa la conoscenza dei comportamenti da attuare per il controllo dei pazienti aggressivi e per disinnescare le situazioni ostili.

Verifica e miglioramento dei livelli di sicurezza

La Direzione Aziendale deve costantemente monitorare nel corso dell'anno e verificare almeno una volta l'anno in sede di riunione periodica annuale l'efficacia delle misure previste. In tal senso il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) dovrà fornire i risultati statistici degli infortuni lavorativi inclusi quelli da aggressione. È consigliabile esaminare non solo l'infortunio lavorativo (aggressione riuscita che abbia prodotto lesioni) ma anche il numero e le tipologie di aggressione che non si sono tramutate in infortunio (near-miss, "quasi infortunio"). Il medico competente potrà fornire segnalazioni raccolte in sede di visita medica e dovrà fornire i risultati sanitari in forma anonima e collettiva per la verifica dell'efficacia del piano e il suo eventuale miglioramento. La Direzione Aziendale anche per rispondere ai requisiti di miglioramento continuo previsti dai sistemi di gestione per la salute e la sicurezza ove presenti dovrà adottare misure che favoriscano l'adesione alla Raccomandazione del Ministero della Salute e alle altre linee guida esistenti e agli obblighi previsti dalla normativa di sicurezza sul lavoro. È necessario, pertanto, il monitoraggio attivo degli interventi attuati rispetto alla procedura adottata per prevenire atti di violenza a danno degli operatori. La Direzione sanitaria dovrà favorire, pertanto, la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

Misure di protezione di tipo organizzativo e procedurale

Nel caso in cui si verifichi un episodio di violenza nonostante l'attuazione delle misure di prevenzione necessarie a impedire che esso occorra si dovrà gestire l'evento secondo il piano d'azione previsto nel documento di valutazione del rischio, in cui deve essere chiaramente indicato *chi fa cosa* e di cui tutti devono essere a conoscenza.

Per la corretta gestione degli episodi di violenza ogni programma di prevenzione dovrebbe assicurare un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito direttamente a un episodio di violenza. Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compresa l'assistenza psicologica, a prescindere dalla severità del caso. Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche, tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata con conseguente timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari. Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

Misure di prevenzione primaria destinate ai lavoratori

Le misure di prevenzione primaria destinate ai lavoratori sono da adottarsi qualora le misure di prevenzione primaria attuate sull'ambiente e sull'organizzazione del lavoro non siano sufficienti all'eliminazione del rischio e prevedono l'adozione di dispositivi specifici di protezione individuale che devono consentire al lavoratore di lavorare in sicurezza ma senza un maggior rischio per chi li

impiega o per i colleghi di lavoro. Se assegnati, è necessaria l'informazione, la formazione e l'eventuale addestramento al loro uso è obbligatorio se si tratta di DPI di terza categoria (salva vita).

Misure di prevenzione secondaria

Altra misura possibile da adottarsi, qualora risulti utile per abbattere ulteriormente il rischio residuo è la sorveglianza sanitaria. La sorveglianza sanitaria attivata dal medico competente sulla base della valutazione del rischio ex art. 28 D.Lgs. 81/2008 o attivata per altri fattori di rischio potrebbe rappresentare un'utile azione di monitoraggio e di verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione primaria, l'occasione, anche con il supporto di accertamenti specialistici di secondo livello (visita psichiatrica, valutazione psicologica completa d'indagine testistica) per la diagnosi precoce di problematiche psichiche causate da episodi di violenza o di problematiche psicologiche/psichiatriche che, ad insorgenza extralavorativa, potrebbero rappresentare dei fattori di maggiore suscettibilità psichica in caso di episodi di violenza. La visita con il medico competente è anche un'occasione di *counseling* a livello individuale; i dati raccolti nel corso della sorveglianza sanitaria possono infine aiutare il medico competente ad agire al meglio il suo compito di collaborazione alla valutazione del rischio.

Strumenti pratici per la prevenzione del rischio: le liste di controllo o "checklist"

In letteratura sono stati messi a punto dei questionari di valutazione del paziente "a rischio", per cercare di prevedere cioè il rischio che compia azioni violente nei confronti dell'operatore sanitario. Poiché il triage è il primo punto di contatto che il paziente ha con l'Ente di cura, durante questo processo all'infermiere è richiesto di accertare anche il rischio che egli possa agire comportamenti violenti. L'operatore ha dunque il difficile compito di determinare se la persona che ha davanti ha il potenziale di divenire violento e se così è, la probabilità che vi sia aggressione. È proprio in questo contesto che in letteratura è stato messo a punto da Sands [99], il "Triage Violence Risk Assessment Chart", una guida in tre steps (ABC) con lo scopo di provvedere a un approccio sistematico per la valutazione del rischio di violenza al triage; Esso è composto da tre parti: indagine primaria, osservazione dei comportamenti (punto determinante) e self-report dei sintomi da parte del paziente. Se un utente presenta due o più indicatori forniti dallo strumento, si deve prendere in considerazione la presenza di un rischio maggiore di violenza rispetto alla popolazione normale. Va rilevato che spesso l'organizzazione del lavoro non aiuta l'adozione di queste strategie; infatti, di solito, dalla postazione di triage l'infermiere vede l'ingresso del Pronto Soccorso e non è nelle condizioni di supervisionare in maniera ottimale la sala d'attesa e pertanto non è in grado di monitorare i comportamenti dell'utenza. Questo controllo viene eseguito soltanto durante la periodica rivalutazione del codice colore attribuito dal triagista ai pazienti in attesa, ma lascia scoperto il periodo che intercorre fra queste. In questo riconoscimento potrebbe essere di aiuto la figura dell'assistente di sala.

Triage Violence Risk Assessment Chart [99]

A= ASSESSMENT (valutazione)

Indagine primaria:

1. Apparenza 2. Stato medico attuale 3. Storia di malattie psichiatriche (storia di violenza) 4. Farmaci attuali 5. Orientamento (spazio, tempo, persona)

B= BEHAVIOURAL INDICATORS (indicatori comportamentali)

Osservazione dei comportamenti:

1. Comportamento generale (intossicato, ansioso, iperattivo) 2. Irritabilità 3. Ostilità, rabbia 4. Impulsività 5. Irrequietezza, camminare avanti e indietro

C= CONVERSATION (dialogo)

Self- report del paziente:

1. Ammette di avere un'arma 2. Ammette storia di violenza 3. Pensa a danneggiare gli altri 4. Pianifica di danneggiare gli altri 5. Minaccia di fare danni

Indicatori fisiologici di aggressione imminente

Ispezione visiva: 1. Rossore della pelle 2. Pupille dilatate 3. Respiro rapido e superficiale 4. Sudorazione eccessiva

Segni comportamentali

1. Agitazione 2. Sospetto 3. Danneggiamento personale 4. Collera (soprattutto bambini) 5. Intimidazione e violenze fisiche

Riferito anamnestico:

1. Ammette uso o abuso di sostanze 2. Allucinazioni con voci che ordinano di danneggiare gli altri 3. Ammette rabbia estrema

In sintesi, il management di ciascuna azienda sanitaria dovrebbe redigere il documento di valutazione del rischio con una sezione specifica sul rischio di violenza lavorativa a danno degli Operatori sanitari in Pronto Soccorso, costituire un gruppo aziendale per la prevenzione e la gestione di tale rischio, redigere un piano di prevenzione con le misure di prevenzione e protezione necessarie e un piano di miglioramento. Tali misure dovrebbero includere interventi di formazione mirati, la redazione di una scheda aziendale per la segnalazione degli atti di violenza, l'istituzione di un registro per la raccolta dei dati relativi a tale fenomeno, la stesura di una procedura post-esposizione che comprenda l'assistenza sanitaria e psicologica al soggetto colpito (anche con il coinvolgimento di medico competente e psicologo aziendale) e l'assistenza legale.

CONCLUSIONI

La violenza sul luogo di lavoro è ormai riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo [100].

La nostra ricerca è stata effettuata per identificare la prevalenza del fenomeno della violenza agita a danno dell'operatore sanitario di PS da parte di pazienti e visitatori attraverso una revisione narrativa della letteratura scientifica e della normativa nazionale e internazionale. Per quanto riguarda gli operatori sanitari di PS e in particolare il personale infermieristico la letteratura internazionale sull'argomento ha messo in evidenza le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane peraltro ampiamente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari. Il Pronto Soccorso resta una dei settori della sanità a maggior rischio di aggressioni fisiche e/o morali che possono portare a conseguenze anche gravi per l'incolumità fisica e/o psichica dell'operatore sanitario coinvolto. Gli atti di violenza possono essere certo inclusi tra i fattori di rischio di natura psicosociale, ma sono del tutto differenti dallo stress lavoro correlato; esso non deve essere sottovalutato ma deve essere opportunamente preso in considerazione nel documento di valutazione del rischio e prevenuto dai datori di lavoro con opportune e specifiche misure di prevenzione e protezione, basate sulle normative di legge e le linee guida esistenti. Nella nostra ricerca abbiamo revisionato le fonti normative e le linee guida per identificare gli interventi di prevenzione più idonei ed efficaci per contenere tale fenomeno nelle realtà ospedaliere italiane. La

normativa Europea si basa sull'Accordo Europeo del 2007. La normativa italiana si basa sull'art. 28 del D.Lgs. 81/2008 che obbliga il datore di lavoro a valutare tutti i fattori di rischio per la salute e a sicurezza dei lavoratori. In Europa le linee guida dell'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (EU-OSHA) e in Italia, la Raccomandazione n.8 emanata dal Ministero della Salute nel novembre 2007 e Linee Guida emanate da alcune Regioni, contengono utili spunti per individuare il percorso di valutazione del rischio e le misure di prevenzione più idonee. Tra le misure di prevenzione e protezione più importanti devono essere incluse quelle di tipo strutturale, organizzativo e formativo. La costituzione di un gruppo di lavoro aziendale e una policy aziendale dedicata a tale fattore di rischio psicosociale sono gli step per guidare le azioni preventive e ridurre la prevalenza e le conseguenze di tale fenomeno. La violenza contro gli operatori di Pronto Soccorso è un problema urgente da affrontare e richiede l'impegno comune di tutti (direzione strategica aziendale, dirigenza infermieristica e medica, coordinamento infermieristico, risk management, servizio di prevenzione e protezione, servizio del medico competente) per garantire un approccio efficace al problema, assicurando un ambiente di lavoro sicuro per gli operatori sanitari e i lavoratori del PS.

Author Contributions: Conceptualization and writing— original draft preparation: FC, GN. Writing—review and editing: AS. Supervision: NM. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: None

Acknowledgments: None

Conflicts of Interest: None declared

References

1. NIOSH. Violence Occupational Hazards in Hospitals. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/default.html#:~:text=NIOSH%20defines%20workplace%20violence%20as,body%20language%2C%20and%20written%20threats>.
2. Magnavita N. Violenza sul lavoro. In: Alessio L, Franco G, Tomei F (eds.) Trattato di Medicina del Lavoro, Piccin Ed. Padova 2015: 1337-1344 ISBN: 978-88-299-2708-1.
3. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Res.* 2012;12:108. Doi: 10.1186/1472-6963-12-108
4. Magnavita N, Heponiemi T, Bevilacqua L, et al. Analisi della violenza contro i lavoratori della sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni. Analysis of Violence against health care workers through medical surveillance at the workplace in a 8-yr period. *G It Med Lav Ergon.* 2011;33 (3 Suppl): 274-277.
5. EU-OSHA. Workplace violence and harassment: A European picture. Report EU OSHA. 31 January 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Office of the European Union; 2011. osha.europa.eu/en/publications/workplace-violence-and-harassment-european-picture (accessed 10 May 2022).
6. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. OSHA 3148-06R 2016. Available at: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>

7. BJS/BLS/NIOSH. Indicators of Workplace Violence, 2019. By Harrell, E, Langton, L, Petosa, J, Pegula, S, Zak, M, Derk, S, Hartley, D, and Reichard, A. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Statistics, NCJ 250748. Washington, DC: U.S. Department of Labor, Office of Safety, Health, and Working Conditions, Bureau of Labor Statistics. Morgantown, WV: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication No. 2022-124. <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB2022124>
8. Magnavita N. Violenza sul lavoro: uno specifico femminile? *Folia Med* 1998; 69 (3): 1739-1747.
9. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019 Dec;76(12):927-937. doi: 10.1136/oemed-2019-105849.
10. EU OSHA. OSH in figures: Occupational safety and health in the transport sector-an overview. 28 March 2011. osha.europa.eu/en/publications/osh-figures-occupational-safety-and-health-transport-sector-overview (accessed 10 May 2022).
11. OSHA. Workplace violence. www.osha.gov/workplace-violence (accessed 10 May 2022).
12. Alexy EM, Hutchins JA. Workplace violence: a primer for critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin Noth Am*. 2006;18(3):305-312.
13. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, et al. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2021 Jul;196:186-197. doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.009. Epub 2021 Jul 8.
14. Anderson C. Workplace violence: are some nurses more vulnerable?. *Issues Ment Health Nurs*. 2002b;23(4):351-366.
15. Baydin A, Erenler AK. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Mental Health Hum Res*. 16:66-68.
16. Chappel D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International Labour Office; 2000.
17. Papalia F, Magnavita N. Un rischio professionale misconosciuto: la violenza fisica sul luogo di lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2003; 25 (3 Suppl): 176-7
18. Grottoli E, Ciriello S, Gabriele M, Giudice A, Lilli M, Mammi F, Quaranta D, Rocchia K, Spadone F, Magnavita N. Aggressioni e molestie nelle attività sanitarie. Assaults and nuisances in health care environment. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29 (3): 653-655
19. Magnavita N. Violenza sul lavoro, stress e salute nei lavoratori della sanità. uno studio longitudinale. *G It Med Lav Ergon* 2014; 36 (4 Suppl): 154-155
20. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses. An Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011 Jun;43(2):203-10. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x.
21. Magnavita N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Sep;46(5):366-376. doi: 10.1111/jnu.12088. Epub 2014 Apr 22.
22. Chirico F, Capitanelli I, Bollo M, et al. Association between workplace violence and burnout syndrome among schoolteachers: A systematic review. *J Health Soc Sci*. 2021;6(2):187-208. doi: 10.19204/2021/ssct6.

23. Magnavita N, Di Stasio E, Capitanelli I, et al. Sleep Problems and Workplace Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurosci.* 2019;13:997. Published 2019 Oct 1. doi:10.3389/fnins.2019.00997.
24. Magnavita N. The exploding spark. Workplace violence in an infectious disease hospital - A longitudinal study. *Biomed Res Int.* 2013;2013:316358. doi: 10.1155/2013/316358.
25. OSHA. Occupational Safety and Health Administration. Workplace Violence. <https://www.osha.gov/workplace-violence> (accessed 28 October 2022).
26. Timmins F, Catania G, Zanini M, et al. Nursing management of emergency department violence-Can we do more? *J Clin Nurs.* 2022 Jan 31. doi: 10.1111/jocn.16211.
27. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag.* 2006 Mar;14(2):106-15. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x.
28. Richardson SK, Grainger PC, Ardagh MW, et al. Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated. *N Z Med J.* 2018 Jun 8;131(1476):50-58.
29. Sills RL, Young K, Fatovich DM. Snapshot audit of emergency department workplace violence. *Emerg Med Australas.* 2020 Jun;32(3):529-530. doi: 10.1111/1742-6723.13487. Epub 2020 Mar 3.
30. Al-Maskari SA, Al-Busaidi IS, Al-Maskari MA. Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study. *Int Nurs Rev.* 2020 Jun;67(2):249-257. doi: 10.1111/inr.12574. Epub 2020 Jan 26.
31. Afshari Saleh L, Niroumand S, Dehghani Z, et al. Relationship between workplace violence and work stress in the emergency department. *J Inj Violence Res.* 2020 Jul 12;12(2). doi: 10.5249/jivr.v12i2.1526.
32. Wright-Brown S, Sekula K, Gillespie G, Zoucha R. The Experiences of Registered Nurses Who are Injured by Interpersonal Violence While on Duty in an Emergency Department. *J Forensic Nurs.* 2016 Oct/Dec;12(4):189-197. doi: 10.1097/JFN.0000000000000130.
33. Song C, Wang G, Wu H. Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China. *Int J Nurs Sci.* 2020 Dec 3;8(1):65-70. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.11.006.
34. ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs.* 2016 Jan;24:61-5. doi: 10.1016/j.ienj.2015.06.005. Epub 2015 Jul 15.
35. Ogundipe KO, Etonyeaku AC, Adigun I, et al. Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria. *Emerg Med J.* 2013 Sep;30(9):758-62. doi: 10.1136/emered-2012-201541.
36. Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J.* 2017 Aug;20(3):107-113. doi: 10.1016/j.aenj.2017.05.005. Epub 2017 Jul 10.
37. Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, et al. Violence towards Emergency Nurses: The 2016 Italian National Survey-A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2019 May;27(4):792-805. doi: 10.1111/jonm.12733.
38. Tiesman H, Marsh S, Konda S, Tomasi S, Wiegand D, Hales T, Webb S. Workplace violence during the COVID-19 pandemic: March-October, 2020, United States. *J Safety Res.* 2022 Sep;82:376-384. doi: 10.1016/j.jsr.2022.07.004.
39. Chirico F, Afolabi AA, Ilesanmi OS, et al. Workplace violence against healthcare workers during the

- COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Health Soc Sci.* 2022;7(1):14-35. doi: 10.19204/2022/WRKP2.
40. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet.* 2020 Sep 5;396(10252):658. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31858-4.
 41. Chirico F, Afolabi AA, Ilesanmi OS, et al. Prevalence, risk factors and prevention of burnout syndrome among healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Health Soc Sci.* 2021;6(4):465-491. doi: 10.19204/2021/prv13.
 42. Chirico F, Leiter M. Tackling stress, burnout, suicide, and preventing the "Great resignation" phenomenon among healthcare workers (during and after the COVID-19 pandemic) for maintaining the sustainability of healthcare systems and reaching the 2030 Sustainable Development Goals. *J Health Soc Sci.* 2022;7(1):9-13. doi: 10.19204/2022/TCKL1.
 43. Magnavita N, Chirico F. New and emerging risk factors in Occupational Health. *Appl Sci.* 2020;10(4):8906. doi: 10.3390/app10248906.
 44. Chirico F, Heponiemi T, Pavlova M, et al. Psychosocial Risk Prevention in a Global Occupational Health Perspective. A Descriptive Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):2470. Published 2019 Jul 11. doi:10.3390/ijerph16142470.
 45. Chirico F. The forgotten realm of the new and emerging psychosocial risk factors. *J Occup Health.* 2017;59(5):433-435. doi: 10.1539/joh.17-0111-OP.
 46. Chirico F. The assessment of psychosocial risk: only "work-related stress" or something else? *Med Lav.* 2015 Jan 9;106(1):65-66.
 47. Magnavita N, Mele L, Meraglia I, et al. The Impact of Workplace Violence on Headache and Sleep Problems in Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 17;19(20):13423. doi: 10.3390/ijerph192013423.
 48. Magnavita N, Heponiemi T, Chirico F. Workplace Violence Is Associated With Impaired Work Functioning in Nurses: An Italian Cross-Sectional Study. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(3):281-291. doi:10.1111/jnu.12549.
 49. OSHA. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. OSHA US Department of Labor. 2004. <http://www.osha.gov> (accessed 20 March 2022).
 50. International Council of Nurses. Guidelines on coping with violence in the workplace. 2007. www.hrresourcecenter.org/node/1142.html (accessed 03 March 2022).
 51. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs.* 1999;7:8-12.
 52. NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health: Violence in the workplace, risk factors and preventive strategies. *Current Intelligence Bulletin.* 1996;57. <http://www.taxi-library.org/cib57.htm> (accessed 10 May 2022).
 53. NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health, Violence: occupational hazards in hospitals. USA; 2002. <http://www.cdc.gov.niosh> (accessed 08 May 2022).
 54. EU-OSHA. La violenza sul lavoro. 24 Maggio 2022. <https://osha.europa.eu/it/publications/factsheets/24> (accessed 20 May 2022).
 55. EU-OSHA. Third party violence in the workplace. 2015. osha.europa.eu/it/tools-and-publications/infographics/third-party-violence-workplace (accessed 20 May 2022).

56. Magnavita N, Fileni A, Pescarini L, et al. violence against radiologists. I: Prevalence and preventive measures. *Radiol Med.* 2012 Sep;117(6):1019-1033. doi: 10.1007/s11547-012-0825-7. Epub 2012 May 14.
57. Magnavita N, Fileni A. Violence against radiologists. II: Psychosocial factors. *Radiol Med.* 2012 Sep;117(6):1034-1043. doi: 10.1007/s11547-012-0824-8.
58. Organizzazione Internazionale del Lavoro. L'OIL e la violenza e le molestie nel mondo del lavoro. www.ilo.org/rome/approfondimenti/WCMS_737775/lang--it/index.htm (accessed 10 May 2022).
59. Organizzazione Internazionale del Lavoro. R206. Raccomandazione sulla violenza e sulle molestie. 21 giugno 2019. www.ilo.org/rome/norme-del-lavoro-e-documenti/WCMS_713418/lang--it/index.htm (accessed 20 March 2022).
60. INAIL. A cura di Pappone P, Citro A, Natullo O et al. *Patologia psichica da stress, mobbing e costrittività organizzativa.* Roma: INAIL; 2005.
61. Taino G, Battaglia A, Oddone E, et al. L'infortunio psichico da causa lavorativa. *Prat Med Asp Leg.* 2016;10(2):49-52.
62. Chirico F, Capitanelli I, Bollo M, et al. Association between workplace violence and burnout syndrome among schoolteachers: A systematic review. *J Health Soc Sci.* 2021;6(2):187-208. Doi: 10.19204/2021/ssct6.
63. Magnavita N, Di Stasio E, Capitanelli I, et al. Sleep Problems and Workplace Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurosci.* 2019;13:997. Published 2019 Oct 1. doi:10.3389/fnins.2019.00997.
64. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, et al. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016;8:17-27.
65. Ayasreh IR, Hayajneh FA. Workplace Violence Against Emergency Nurses: A Literature Review. *Crit Care Nurs Q.* 2021 Apr-Jun 01;44(2):187-202. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000353.
66. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14(4):245-249.
67. Hodge AN, Marshall AP. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Aust Crit Care.* 2007;20(2):61-67.
68. D'Ettorre G, Pellicani V, Vullo A. Workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. A case-control study. *Acta Biomed.* 2019 Dec 23;90(4):621-624. doi: 10.23750/abm.v90i4.7327.
69. Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, et al. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res.* 2016 Jan 23;5(1):e28734. doi: 10.5812/at.28734.
70. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, et al. violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med.* 1998;15:262-265.
71. Hodge AN, Marshall AP. Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective. *Aust Crit Care.* 2007;20(2):61-67.
72. Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S. Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *Int Emerg Nurs.* 2009;17(2):122-127.
73. Anderson C. Past victim, future victim. *Nurs Manag.* 2002;33(3):26-32.
74. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand.* 2006;20(40):41-45.

75. Lewis S, Dickinson J, Contino DS. Survey: Most ED staff victimized by violence never report incident. *ED Manag.* 2007;19(10):109-111.
76. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *J Emerg Med.* 2012 Sep;43(3):523-31. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.02.056.
77. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, et al. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016;8:17-27.
78. Becattini G, Bambi S, Palazzi F, et al. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI, 2007, pp.535-541.
79. Child RJ, Montes JC. Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(2):89-95.
80. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12(2):67-73.
81. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* 2006;31(3):331-337.
82. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, et al. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Emerg Med Australas.* 2017 Jun;29(3):265-275. doi: 10.1111/1742-6723.12761. Epub 2017 Apr 12.
83. Pich J, Hazelton M, Sundin D, et al. Patient-related Violence at triage: a qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs.* 2011;19(1):12-19.
84. Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S. Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *Int Emerg Nurs.* 2009;17(2):122-127.
85. Wilkes L, Mohan S, Luck L, et al. Development of a violence tool in the emergency hospital setting. *Nurse Res.* 2010;17(4):70-82.
86. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *J Clin Nurs.* 2007;17(8):1071-1078.
87. Cahill D. The effect of ACT-SMART on nurses' perceived level of confidence toward managing the aggressive and violent patient. *Adv Emerg Nurs J.* 2008;30(3):252-268.
88. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, et al. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 10;18(16):8459. doi: 10.3390/ijerph18168459.
89. Somani R, Muntaner C, Hillan E, et al. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Saf Health Work.* 2021 Sep;12(3):289-295. doi: 10.1016/j.shaw.2021.04.004.
90. Tarquinio C, Rotonda C, Houllè WA, et al. Early psychological preventive intervention for workplace violence: A randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues Ment Health Nurs.* 2016 Nov;37(11):787-799. doi: 10.1080/01612840.2016.1224282.
91. Brennstuhl M-J, Tarquinio C, Strub L, et al. Benefits of immediate EMDR vs. eclectic therapy intervention for victims of physical violence and accidents at the workplace: a pilot study. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(6):425-434.
92. Sabatelli G, Guzzo AS, Musolino M, et al. Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione

degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prima emissione: 16.10.2018. Pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 88 - Supplemento 1 del 30.10.2018 (pp. 291-335).
<https://www1.ordinemediciroma.it/images/URP/2018-6815.pdf>.

93. ISPESL, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, "Studio per la predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso",
2007. http://www.isplesl.it/linee_guida/comparto_o_settore/prontosoccorso.pdf (accessed 15 March 2022).
94. Ministero della Salute, Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella,
Roma, 2008. http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/protocollo_eventi_sentinella.pdf. (accessed 15 March 2022).
95. Ministero della Salute, Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, Roma, Novembre
2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf (accessed 25 March 2022).
96. Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari. 2010. salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/le-raccomandazioni-regionali-1/linee-di-indirizzo-prevenzione-atti-di-violenza_np.pdf (accessed 15 March 2022).
97. Angelozzi A. Psichiatri esperti della contenzione, della perquisizione e delle idee omicidiarie.
<https://www.exposalutementale.it/psichiatri-esperti-della-contenzione-della-perquisizione-e-delle-idee-omicidiarie/> (accessed 4 February 2023)
98. Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità. 2018.
https://www.buonepratichesicurezzaasanita.it/images/BP_violenza.pdf (accessed 10 May 2022).
99. Sands N. An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. *Australasian Emerg Nurs J.* 2007;10:107-109.
100. World Health Organization, World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.



© 2022 by the authors. This is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).