

Violenza verso gli infermieri in area triage

Violence towards nurses in the Triage Area

Nicola Ramacciati - Nurse Coordinator, Perugia General Hospital, Master's Degree in Nursing Science and Midwifery - Infermiere coordinatore Azienda Ospedaliera di Perugia, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Docente in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Perugia

Andrea Ceccagnoli - RN - Infermiere

Beniamino Addey - RN, Emergency Dept., Admissions, OBI- Perugia General Hospital - Infermiere, Pronto Soccorso - Accettazione - OBI,

Riassunto

Introduzione: numerosi studi indicano che gli operatori sanitari sono sempre più oggetto di aggressioni verbali, psicologiche e/o fisiche. Tra questi, gli infermieri di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnati in attività di triage, sono i più esposti ad atti di violenza nel corso della loro attività lavorativa. Questo studio mostra i risultati di 3 anni di monitoraggio degli eventi violenti in Area Triage presso il Pronto Soccorso di Perugia.

Materiali e metodi: tra maggio 2010 e aprile 2013 è stata condotta un'analisi retrospettiva delle schede di segnalazione delle aggressioni compilate dal personale infermieristico e delle brevi interviste semi-strutturate.

Risultati: sono stati segnalati 20 eventi violenti (media mensile pari a 0,6). Nove gli infermieri aggrediti (pari al 26% delle 34 persone in servizio). La maggior parte degli episodi violenti sono stati di tipo verbale (90%), due volte fisici (10%). Aggressioni e affollamento, sesso del paziente e livello di priorità sono direttamente correlati, mentre i tempi di attesa e le malattie fisiche non sono risultati fattori precipitanti.

Discussione: l'intervista mostra che il basso numero delle segnalazioni è legato al fenomeno dell' under-reporting, ma anche che gli interventi correttivi possono ridurre la frequenza delle aggressioni.

Conclusioni: solo attraverso un approccio globale alle aggressioni in Pronto Soccorso possiamo trovare una risposta efficace al problema della violenza contro gli infermieri.

Parole chiave: Violenza sul luogo di lavoro, Dipartimento di Emergenza, Area di Triage, Segnalazione Incidenti

Abstract

Introduction: several studies indicate that health care providers are increasingly the subject of verbal, psychological and/or physical aggressions. Among them, the Emergency Department nurses, especially if engaged in triage, are the most vulnerable to acts of violence in the course of their work. This study shows the results of a three-year monitoring of violent events in the Triage Area of the ED of Perugia (Italy).

Material and methods: between May 2010 and April 2013, a retrospective analysis of violent incidents was conducted using nursing staff incident reporting forms and brief semi-structured interviews.

Results: a total of 20 violent events were reported with a monthly average of 0.6. Nine nurses were assaulted (26% of the 34 nurses working in the department). Most of the violent incidents were verbal (90%) and two were physical (10%). Aggression and crowding, sex of the patient and priority levels are directly related; waiting times and physical illnesses were not triggers.

Discussion: the interview shows that the low number of reports is related to under-reporting, and that corrective action may reduce the frequency of attacks.

Conclusion: only through a comprehensive approach to aggression in the ED can we find an effective response to the problem of violence against nurses.

Key word: Workplace Violence, Emergency Department, Triage Area, Incident Reporting.

ORIGINAL ARTICLE
SENT ON 15/07/2013
ACCEPTED ON 12/09/2013

The authors declare to have no conflicts of interests.
CONTACT PERSON:
Nicola Ramacciati, nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

ARTICOLO ORIGINALE
PERVENUTO IL 15/07/2013
ACCETTATO IL 12/09/2013

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.
CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:
Nicola Ramacciati, nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

Introduction

Occupational violence is a healthcare issue of planetary importance.¹ Long disregarded, the problem today has emerged in an overwhelming manner on the healthcare scenario of both industrialized and underdeveloped countries.²

Violence has always existed in all working environments, but is particularly widespread among healthcare providers. In just a few

Introduzione

La violenza sul posto di lavoro rappresenta un problema di salute a valenza planetaria.¹ Misconosciuto per molto tempo, oggi si affaccia prepotentemente alla ribalta della scena sanitaria sia dei paesi industrializzati, che di quelli in via di sviluppo.² Presente in tutti gli ambiti lavorativi, la violenza nei confronti dei sanitari è la più diffusa, passando in pochi anni dal 25%³ al 50%⁴ di tutti gli

years aggression episodes have increased from 25%³ to 50%⁴ and the phenomenon is continually growing.⁵ The healthcare sector is the most affected; nurses are the main victims and especially those assigned to triage activities in the Emergency Dept. are the most exposed.⁶ To trace the extensiveness of the phenomenon, it would suffice to say that in the United States over the last decade, the number of violent acts registered 1,7 million aggressions per year⁸ against 900 deaths in the workplace.⁷ About 50% of these episodes regarded healthcare workers, half of whom were assigned to emergency services, and were prevalently nurses.⁹ The North-DAmerican Emergency Nurses Association, ENA (Emergency Nurses Association), has not only adopted a specific Position Statement¹⁰ through its own Research Institute (IENR-DInstitute for Emergency Nursing Research) but has been studying the problem for some years now.¹¹ A 2009 survey on Workplace Violence (WPV) in the Emergency Departments in the USA emphasized that out of a sample of 3,211 nurses in the Emergency Dept., 11.0% (with a variance of 8.3% to 12.8%) reported that during the last week at work, they were subjected to physical violence and 43.8% (from 42.4% to 45.7%) experienced verbal abuses.¹² The data was confirmed by a succeeding survey in 2011, involving 7,169 nurses.¹³ The extent and diffusion of the phenomenon worldwide is also attested to by a great number of surveys found in international literature.¹⁴ Also in Italy there have been a good number of studies on the theme of violence towards healthcare operators^{15,16} but which only lately have focused on Emergency Department nurses. The work of Becattini et al. published in 2007, is one of the first and the most extensive Italian nursing studies on this phenomenon.¹⁷ The

data resulting from this survey conducted in 14 regions representing the entire national territory, are comparable to the international surveys: 90% of the nurses interviewed said they had been victims of verbal aggression and 35% were subjected to physical violence; the rates rose to 95% and 52% respectively, when the interviewee witnessed abuse suffered by other nursing colleagues. This situation is also confirmed by studies centering on smaller corporate facilities as in the 2011 descriptive study of Luigi Desimone who studied the Emergency Department of the Local Health Unit of Vercelli,¹⁸ the survey conducted by Coviello in the A&E of the Ospedale Maggiore in Bologna¹⁹ or the phenomenological studies of Fabbri, Gattafoni, Morigi²⁰ and that of Ramacciati, Ceccagnoli, Addey.²¹ The extent of the phenomenon is such that the Ministry for Healthcare issued in November 2007 specific "Guidelines for the prevention of violent acts towards healthcare operators" and included sentinel events that were specifically reported.²³ From the institution of the National System for the Monitoring of Errors in Healthcare (SIMES) up to the present, four studies regarding the monitoring of these events have been published, even though the surveys began to measure the incidence of these events^{24,25,26,27} only from the second study onwards. From September 2005 to August 2009, the Ministry for Healthcare received 10 alerts regarding sentinel event n. 12, "Acts of violence towards operators," equivalent to 2.6% of the total (n. 385), but in the succeeding report (September 2005-December 2010), these alerts multiplied by almost five

times, with 48 episodes equivalent to 5.5% of the total number of alerts (n. 873). The last report, published in February 2013 and referring to all the alerts sent to the Ministry of Health up to December 2011, evidenced an ulterior rise: the violent episodes reported totaled 130 (9.2% of the 1,723 sentinel events reported), an exponential uptrend but with absolutely low values. The relatively small number of Italian reports must not, however, mislead us as to the extent of the phenomenon. A recent work published on JAMA²⁸ underlined how over the last decade, from 1995 to 2004

episodi di aggressione. E il fenomeno è in continua crescita.⁵ Se la sanità è il settore più interessato, gli infermieri rappresentano i "lavoratori" più colpiti e quelli di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnati nell'attività di triage, sono in assoluto i più esposti.⁶ Solo per delineare la dimensione del fenomeno, basti pensare che negli Stati Uniti nell'ultimo decennio, gli atti di violenza verso i lavoratori hanno fatto registrare circa 900 morti sul lavoro⁷ e 1,7 milioni di aggressioni all'anno.⁸ Circa il 50% di questi episodi riguardano sanitari, per la metà impiegati nei servizi di emergenza, prevalentemente infermieri.⁹ L'associazione nordamericana degli infermieri di pronto soccorso, ENA (Emergency Nurses Association), oltre ad aver assunto da tempo una specifica Position Statement,¹⁰ tramite il proprio Ente di Ricerca (IENR-Institute for Emergency Nursing Research) sta studiando da anni il problema.¹¹ Un'indagine del 2009 dedicata alla Workplace Violence (WPV) nei Dipartimenti di Emergenza statunitensi ha evidenziato che su un campione di 3211 infermieri di Pronto Soccorso l'11,0% (con una variabilità dal 8,3% al 12,8%) ha riferito di aver subito nell'ultima settimana di lavoro violenze fisiche ed il 43,8% (dal 42,4% al 45,7%) ha sperimentato abusi verbali.¹² Dati confermati anche da una successiva ricerca del 2011, che ha interessato 7169 infermieri.¹³ L'entità e la diffusione del fenomeno in tutto il mondo è testimoniato anche dal gran numero di studi presenti nella letteratura internazionale.¹⁴ In Italia non mancano ricerche sul tema della violenza verso gli operatori sanitari^{15,16} ma solo recentemente si sta focalizzando l'attenzione sugli infermieri di Pronto Soccorso. Il lavoro di Becattini et al. pubblicato nel 2007, rappresenta uno tra i primi e più estesi studi infermieristici italiani sul fenomeno.¹⁷ I dati che emergono da questa indagine condotta in 14 regioni rappresentative dell'intero territorio nazionale, sono sovrapponibili a quelli internazionali: il 90% degli infermieri intervistati riferisce di essere stato oggetto di aggressioni verbali, il 35% di aver subito atti di violenza fisica; le percentuali salgono rispettivamente al 95% e al 52% nel caso in cui l'intervistato è stato testimone degli abusi verso altri colleghi infermieri. Situazione confermata anche da ricerche centrate su realtà più piccole (aziendali) come la ricerca descrittiva di Luigi Desimone, che nel 2011 ha studiato l'ambito del Pronto Soccorso dell'ASL di Vercelli¹⁸, la survey condotta da Coviello nel Dipartimento d'Emergenza dell'Ospedale Maggiore di Bologna¹⁹ o le indagini fenomenologiche di Fabbri, Gattafoni, Morigi²⁰ e di Ramacciati, Ceccagnoli, Addey²¹. La rilevanza del fenomeno è tale che il Ministero della Salute ha emanato nel novembre del 2007 una specifica "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"²² e incluso tali episodi tra gli eventi sentinella oggetto di apposita segnalazione.²³ Dall'istituzione del Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ad oggi, sono stati pubblicati quattro rapporti riguardanti il monitoraggio di questi eventi, anche se solo dal secondo si è iniziato a misurarne l'incidenza.^{24,25,26,27} Tra settembre 2005 e agosto 2009 sono giunte al Ministero della Salute 10 segnalazioni riguardanti l'evento sentinella n. 12, "Atti di violenza a danno di operatore", pari al 2,6% del totale (n. 385), ma nel report successivo, (settembre 2005-dicembre 2010) queste segnalazioni si sono quasi quintuplicate, con 48 episodi pari al 5,5% delle segnalazioni totali (n. 873). Nell'ultimo rapporto, pubblicato a febbraio 2013 e riferito a tutte le segnalazioni giunte al Ministero della Salute sino a dicembre 2011, si evidenzia un'ulteriore innalzamento: 130 gli episodi violenti segnalati (9,2% dei 1723 eventi sentinella comunicati). Un trend a crescita esponenziale ma dai valori assoluti apparentemente bassi. Il numero relativamente piccolo di segnalazioni italiane non deve, però, trarre in inganno rispetto alla rilevanza del fenomeno. In un recente contributo apparso su JAMA,²⁸ è posto l'accento su come in dieci anni, dal 1995 al 2004, negli USA, l'JCAHO (Joint Commission Accreditation Healthcare Organization), ha ricevuto "solo" 256 segnalazioni correlati agli abusi. Un dato grezzo che da solo

in the USA, the JCAHO (Joint Commission Accreditation Healthcare Organization) received only 256 reports correlated to abuses. This rough data by itself demonstrates the under-reporting phenomenon, that is, the non-reporting of events, already highlighted by many scholars and estimated to be higher than 80%,^{29,30} an index which reveals that nurses do pay attention to the problem despite the fact that aggression is perceived as unavoidable and an integral part of a nurse's daily operations in the Emergency, especially if assigned to the Triage activities.^{31,32} This is why it is fundamental to monitor the phenomenon of aggressions also through the specific incident-reporting score sheets.³³ There are many examples of these in Italy, such as the Aggressions Report Form of the San Filippo Neri Hospital in Rome, provided as part of the Prevention and Monitoring Plan for aggressions towards healthcare operators³⁴ or the specific alert form in the Gemelli Polyclinic in Rome.³⁵

In our Emergency Department the Zero Tolerance policy toward abuses, implemented in May 2009, provided for various initiatives, among which is the monitoring of critical relations in the Triage area with the implementation of a specific Aggressions Register.³⁶ This survey presents the results of three years in monitoring the violent events that occurred in the Triage of the A&E in Perugia.

Materials and Methods

The current methodology used to gather data integrated three types of recording systems: the Aggressions Report Form for information regarding violent episodes, the IT database system used on-site (Dedalus FirstAid®) for the clinical data of patients and the personnel data charts for the empowerment projects by the nurse coordinator to describe the sample.³⁷ The report form was intended to be simple, fast and for on-the-spot usage. A brief guide for compilation is given inside the cover of the register and a facsimile is posted at the triage premises. (Fig. 1)

Composed of 16 items, the form must be filled in with: Date, Time and Access Prog. No. of the patient, Day of the week, type of aggression (Verbal and/or Physical), Priority Code assigned, Aggressor (Patient and/or Chaperone), Time passed in the waiting room, Effect of event on the waiting room (None/Disapproval/Participation), Operator reporting the event, Time passed with manifestation of the problem for the user (Hours/Days), Waiting room evaluation (Internal medicine/Trauma), Outcome (Resolved by the operator, Nurse Mediator, In-house surveillance, or Law Enforcement Agencies), Psychiatric assistant, Spontaneous remarks.

Results

From 28/05/2010 to 28/04/2013, 20 violent events were recorded (monthly average of 0.6). Out of the nine nurses aggressed (26% of the 34 on duty) six were men and three were women, with a mean age of 40 (\pm 9). The Nurses held regional Diplomas (67%) or University Degrees (23%). Work seniority mean was 14 years (\pm 7) and experience in the Emergency had a mean of 8 years (\pm 4). Most of the violent episodes were verbal (90%), and two were physical (10%). In seven cases (3% of the total), the chaperone was the aggressor, but the protagonist of the abuse was prevalently the patient (65%). Aggressiveness showed a linear inverse trend compared to the Priority Code assigned; in fact, in 55% of the violent episodes the Code was White, in 35% Green, in 10% Yellow, but never Red. Waiting time in triage and abuses did not show direct correlations, whereas the insurgence of the health problem for a number of days and due to which the patient addressed the Emergency, resulted to be more frequent in the aggression circumstances compared to those who arrived a few hours earlier. (Graph 1)

evidenzia il fenomeno dell' under-reporting, ovvero la sotto-segnalazione degli eventi, già rilevato da molti studiosi e stimato superiore al 80%^{29,30}, indice, non di scarsa attenzione degli infermieri al problema, ma della percezione dell'aggressione come "inevitabile" e "parte integrante" della quotidianità operativa di un infermiere di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnato in attività di Triage.^{31,32} Per questo è fondamentale monitorare il fenomeno delle aggressioni grazie anche a schede di incident reporting dedicate.³³ Gli esempi in Italia non mancano, come il "Modulo di Denuncia Aggressioni" dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma previsto del progetto di Prevenzione e monitoraggio delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari³⁴ o l'apposita scheda di segnalazione del Policlinico Gemelli.³⁵

Nel nostro Pronto Soccorso la politica di "Tolleranza zero" verso gli abusi, avviata nel maggio del 2009, ha previsto tra le varie iniziative, tra cui il monitoraggio delle criticità relazionali in area Triage istituendo un apposito Registro delle Aggressioni.³⁶ In questo studio sono presentati i risultati di 3 anni di monitoraggio degli eventi violenti in Triage presso il Pronto Soccorso di Perugia.

Materiali e Metodi

L'attuale metodologia di raccolta dei dati da noi utilizzata prevede l'integrazione di tre sistemi di registrazione: la "Scheda Registro Aggressioni" per le informazioni inerenti agli episodi violenti, il database del sistema informatico in uso presso il nostro servizio (FirstAid® di Dedalus) per i dati clinici dell'utente e le schede del personale utilizzate per i progetti di empowerment dal coordinatore infermieristico per la descrizione del campione.³⁷ La scheda di registrazione è volutamente semplice, snella e di uso immediato. Una breve guida per la compilazione è presente nella seconda di copertina del registro e in facsimile presso le postazioni di triage. (Figura 1)

Composta dai 16 items, la scheda prevede la registrazione di: Data, Ora e Numero progressivo di Accesso dell'assistito, Giorno della settimana, Tipologia di aggressione (Verbale e/o Fisica), Codice di Priorità assegnato, Aggressore (Assistito e/o Accompagnatore), Durata dell'attesa in sala di aspetto, Effetto sulla sala d'attesa (Assente/Disapprovazione/Attivazione), Operatore segnalatore, Tempo di manifestazione del problema per l'utente (Ore/Giorni), Area di attesa assegnata (Internistica/Traumatica), Esito (Risolto dall'operatore, dall'Infermiere "Mediatore", dalla Vigilanza Interna, dalle Forze dell'Ordine), Assistito Psichiatrico, Note libere.

Risultati

Dal 28/05/2010 al 28/04/2013 sono stati segnalati 20 eventi violenti (media mensile pari a 0,6). Su 9 infermieri aggrediti (26% dei 34 in servizio) sono 6 uomini e 3 donne, con un'età media di 40 anni (\pm 9), Infermieri Diplomati regionali (67%) o con Diploma Universitario/Laurea (23%), anzianità lavorativa mediamente di 14 anni (\pm 7) ed esperienza media di Pronto Soccorso di 8 anni (\pm 4). La maggior parte degli episodi violenti sono stati di tipo verbale (90%), 2 volte fisici (10%). In 7 casi (3% del totale) l'aggressione è avvenuta da parte dell'accompagnatore, ma il protagonista degli abusi è stato prevalentemente l'assistito (65%). L'aggressività ha mostrato un andamento lineare inverso rispetto al Codice di priorità assegnato, infatti, nel 55% degli episodi violenti il Codice era Bianco, nel 35% Verde, nel 10% Giallo, mai Rosso. La relazione tra tempo di attesa in triage e abusi non mostra correlazioni dirette, mentre l'insorgenza da più giorni del problema sanitario per cui l'utente si è rivolto al servizio è stata più frequente nelle situazioni di aggressione rispetto a quelle presentatesi da ore. (Grafico 1)

Graph 1. Episodes of violence according to waiting time after triage

Grafico 1. Episodi di violenza per tempo di attesa dopo il triage

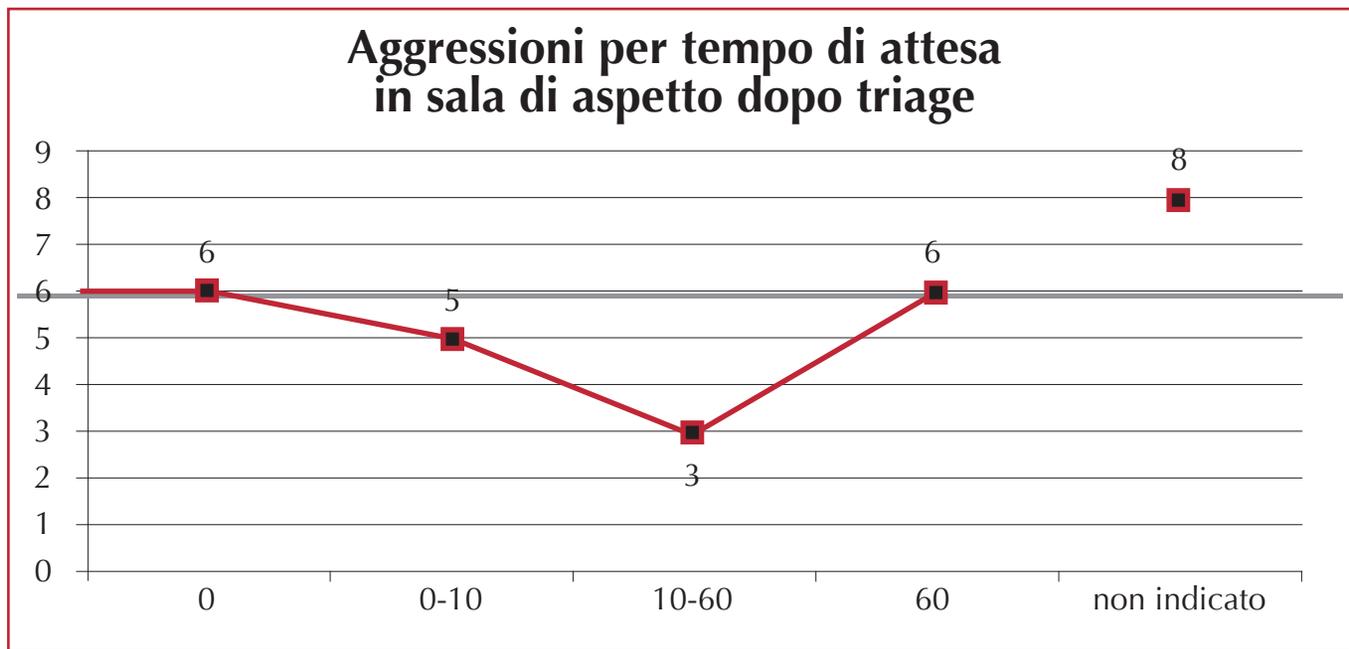


Grafico 2



The effect on people in the waiting room was prevalently one of disapproval (53%), no reaction in 42% and participation only in 5% of the cases. The item regarding the final resolution demonstrated a modal dichotomous trend, since in most of the episodes the event was resolved by the triage nurse involved (38%), or by the intervention of law enforcers (46%), whereas the intermediate solutions, like the intervention of the nurse coordinator or the colleague assigned to mediation roles, or the help of the in-house surveillance personnel, were the solution forms less used (both equal to 8%). Lastly, the most dangerous days of the week were Saturday and Sunday. (Graph 2)

L'effetto sulle persone presenti in sala di attesa è stato prevalentemente di disapprovazione (53%), assente nel 42% e di attivazione solo nel 5% dei casi. L'item inerente alla risoluzione finale mostra un andamento modale dicotomico, poichè nella maggior parte degli episodi l'evento è stato risolto o dallo stesso infermiere di triage (38%), o dall'intervento delle Forze dell'Ordine (46%), mentre le soluzioni intermedie, come l'attivazione dell'infermiere coordinatore o del collega con funzioni di "mediazione" o il ricorso alla vigilanza interna, sono state le forme di soluzione meno utilizzate (entrambe pari al 8%). Infine i giorni della settimana più "pericolosi" sono stati il sabato e la domenica. (Grafico 2)

Discussion

The Emergency Department of S. Maria della Misericordia Hospital is part of the Level II Emergency Departments of the Perugia General Hospital. It annually registers around 66,000-70,000 admissions, of which 1% is assigned the Red code, 10% the Yellow code, 55% the Green code, and 28-30% the White code (and 4% regarding urgent ward admissions), with extremely brief waiting times, at a mean of 0 minutes for the Red codes with immediate admission, 6±3 minutes for the Yellow codes, 20±3 for the Green and 55±3 for the White codes.³⁸ The triage facility is of the global type with a system of four priority levels. All the nurses in the triage have passed, besides the basic courses provided by the norm in force for carrying out triage activities, also a specific course on communication problems and conflict management. Furthermore, from 2009 onwards, subsequent to the alert on three sentinel events of Acts of violence towards operators, in cooperation with the Clinical Risk Management Center, an action plan structured on four distinct intervention levels was undertaken, with the aim of facilitating communication/information with the public, redesigning the admissions procedure and modifying the triage operating spaces, acquiring greater communication competences, implementing an operations protocol for the management of risk of aggression situations and monitoring violent events.

The first elements that emerged from the Aggressions Register were the few and scarce alerts. To be able to comprehend whether this fact is related to the under-reporting phenomenon well described in literature³⁹ or to the corrective interventions being implemented in our facility, in April 2013 a brief and structured questionnaire was handed out to all the nurses on duty in the triage service, both in the periods previous and subsequent to the interventions that came about. The 30 interviewees, equivalent to 100% of the staff that could qualify according to this inclusion criteria, were 19 men and 11 women with a mean age of 40 years (DS±8) and professional length of service of 16 years (DS±9) among which 10±7 were in the Emergency department (half with a diploma from regional institutes and half with a University degree).

One nurse reported to have been physically attacked by a patient's chaperone over the last year and 27 (90% of the survey sample) said that they had undergone verbal abuses. Among these, one nurse had reported all the episodes (equivalent to 29.6% of those attacked, eight had reported only some of the episodes, whereas 17 (equivalent to 62.9%) did not make any report, and gave as excuse:

- in the end we managed to talk and clear things out and it was resolved (6);
- lack of time (4);
- it seemed to be an insignificant part of the work (7).

Instead, with respect to the corrective interventions implemented to keep aggressions in check, the interviewees answered that in the two periods, before and after the intervention, the incidence of episodes of the interviewees dropped by 62.9%, remained the same at 33.3% or increased (3%). We can thus reasonably retain that the scarce number of reports was prevalently related to the under-reporting phenomenon, but also that the corrective interventions contributed in some way, to reducing the frequency of aggressions. Differences and similarities were instead noted due to some aggravating factors with respect to some literature data^{40,41} such as those referring to pathology/problems presented, which in our case, mostly correlated to minor trauma (58.3%), orthopedic problems (25%), otorhinolaryngological problems (8%), only two episodes of alcohol abuse (16.7%) and generally very low incidences due to the mean age bracket of the aggressors (42 years ±17). The youth are potentially indicated to be among the more violent, likewise

Discussion

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale "S. Maria della Misericordia" è parte integrante del Dipartimento di Emergenza di II livello dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Registra annualmente circa 66.000-70.000 accessi, di cui 1% in codice Rosso, 10% in codice Giallo, 55% in codice Verde, il 28-30% in codice Bianco (e un 4% inerente ricoveri urgenti da reparto), con tempi di attesa estremamente contenuti, pari mediamente a 0' (zero min.) per i codici Rossi con accesso immediato, 6±3 minuti per i codici Gialli, 20±3' per i codici Verdi e 55±3' per i codici Bianchi.³⁸ Il triage è di tipo globale con sistema a quattro livelli di priorità. Tutti gli infermieri di triage hanno superato, oltre ai corsi previsti dalla normativa vigente per svolgere l'attività di triage, un apposito corso sulla comunicazione difficile e la gestione del conflitto. Inoltre, dal 2009, a seguito della segnalazione di 3 eventi sentinella "Atti di violenza a danno di operatore", in collaborazione con il Centro di Gestione del Rischio Clinico aziendale è stato intrapreso un piano di azione articolato in quattro livelli distinti di intervento tesi a facilitare la comunicazione/informazione con l'utenza, ridisegnare gli accessi e modificare gli spazi operativi di triage, acquisire maggiori competenze comunicative, attuare un protocollo operativo per la gestione delle situazioni a rischio di aggressione e monitorare gli eventi violenti.

Il primo dato che emerge dal Registro delle Aggressioni è il basso numero di segnalazioni. Per comprendere se tale risultato è legato al fenomeno della sotto-segnalazione, ben descritta in letteratura³⁹ ovvero agli interventi correttivi attuati nella nostra struttura, ad aprile 2013 è stato somministrato un breve questionario strutturato a tutti gli infermieri di triage in servizio sia nel periodo precedente sia in quello successivo agli interventi effettuati. I 30 intervistati, pari al 100% del personale arruolabile secondo questo criterio d'inclusione, sono 19 uomini e 11 donne con un'età media di 40 anni (DS±8) e anzianità professionale di 16 anni (DS±9) di cui 10±7 in Pronto Soccorso, (metà con Diploma Professionale regionale e metà con Diploma universitario o di laurea).

Un infermiere riferisce di aver subito aggressioni fisiche da parte di un accompagnatore nell'ultimo anno e 27 (il 90% del campione) riferiscono di essere stati oggetto di abusi verbali. Di questi 1 infermiere ha segnalato tutti gli episodi, 8 (pari al 29,6% degli aggrediti) hanno segnalato solo "alcuni" episodi, mentre 17 (pari al 62,9%) non l'ha fatto motivandolo con:

- "alla fine ci siamo spiegati" e "si sono risolti" (6);
- "per mancanza di tempo" (4);
- perchè ritenuti "non rilevanti", "parte del lavoro" (7).

Rispetto, invece, l'efficacia degli interventi correttivi attuati per arginare le aggressioni, gli intervistati hanno risposto che nei due periodi, pre e post intervento, l'incidenza degli episodi è diminuita per il 62,9% degli intervistati, è rimasta invariata per il 33,3% o aumentata (3%). Possiamo, quindi, ragionevolmente ritenere che il basso numero delle segnalazioni sia prevalentemente legato al fenomeno del under-reporting, ma che anche gli interventi correttivi abbiano contribuito, in qualche misura, a ridurre la frequenza delle aggressioni. Differenze e similitudini sono state riscontrate per alcuni fattori precipitanti rispetto ai dati di letteratura^{40,41} come quelli riferibili alla patologia/problema di presentazione, nel nostro caso prevalentemente correlato a traumi minori (58,3%), patologie ortopediche (25%) o otorinolaringoiatriche (8%) e solo in due episodi ad abuso di alcool (16,7%) o all'età media degli aggressori (42 anni ±17) generalmente molto bassa. I giovani sono potenzialmente indicati tra i più violenti, così come le persone con abuso/intossicazione alcolica, mentre il sesso dell'assistito (prevalentemente maschile) e il sovraffollamento (*crowding*) che

people with alcohol abuse/intoxication, while the gender of the patient (mostly male) and crowding which in our service is particularly true during the week-ends, coincide with the results of international surveys. A reverse trend is also the data referring to waiting time, which in our case does not seem to be directly correlated to the rise in aggressiveness. (Graphs 1 and 2)

The scarce number of alerts, however, did not allow us to draw statistically significant inferences.

Conclusions

A limitation of this survey was certainly related to the reduced number of the sample and the scarce reports that did not allow us to make generalized conclusions and comparisons. However, violence in the Emergency Department continues to be monitored through specific actions such as the awareness campaign among the personnel assigned to triage and their reporting of events perceived as physical aggression, threatening behavior or verbal abuse occurring in the workplace (NIOSH)⁴² is crucial, also for the immediate implementation of the necessary corrective actions, start of debriefings and immediate support provided to the victims of the aggressions. Only a global approach to aggressions in the Emergency ⁴³ will allow us to find an effective solution to such a complex problem as that of violence towards healthcare operators at work.

nel nostro servizio si registrano particolarmente nel fine settimana, coincidono con i risultati degli studi internazionali. In contro tendenza anche il dato riferito ai tempi di attesa che nel nostro caso non sembra avere una correlazione diretta con l'aumento dell'aggressività. (Grafici 1 e 2)

Il numero esiguo di segnalazioni, però, non consente di poter effettuare inferenze statisticamente significative.

Conclusioni

Un limite di questo studio è certamente legato alla ridotta numerosità del campione e al basso numero di segnalazioni che non consentono generalizzazioni e comparazioni. Tuttavia azioni di monitoraggio continuo degli episodi di violenza in Pronto Soccorso, così come di sensibilizzazione del personale addetto alla funzione di triage alla segnalazione degli eventi che sono percepiti come "aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro" (NIOSH)⁴² sono di cruciale importanza, anche per mettere in atto tempestivamente tutte le azioni correttive necessarie, iniziando dal debriefing e dal sostegno immediato della vittima delle aggressioni.

Solo attraverso un approccio globale alle aggressioni in pronto soccorso⁴³ si può cercare di trovare una risposta efficace ad un problema così complesso, come quello della violenza sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari.

Figura 1. Scheda Registro Aggressioni

REGISTRAZIONI DELL'ACCADUTO mediante compilazione dell'apposita scheda

| Data | Ora | Ref. N. | | Giorno | | | | | | Aggressione | | | Note | Psich. |
|--|-----|---|-----|--|---|---|-----|------------------|------|-------------|-------|------|------|---------|
| | | | | L | M | M | G | V | S | D | Verb | Fis | | |
| Codice | | Soggetto | | Attesa | | | | Eff. Sala Attesa | | | Esito | | | |
| 1 | C | B | V | G | R | Paz | Acc | 0 | 0-10 | 10-60 | | | >60 | Assente |
| Operatore | | Da | MdB | Paziente in att | | Esito | | Ris | | Cpse | V.I. | F.O. | | |
| | | h | g | S | N | Int | Tra | | | | | | | |
| Indicare: - la data, l'ora e il numero di referto di P.S. (ultime 5 cifre); - il codice di Triage assegnato, se l'aggressione è avvenuta ad opera del paziente o da parte di accompagnatori dello stesso; - il nome dell'infermiere (oggetto dell'aggressione) che compila la scheda | | Indicare: - in che giorno della settimana è avvenuta l'aggressione; - dopo quanto tempo di attesa (tempo riferito in minuti); - da quanto tempo il paziente lamenta la sintomatologia, se ha contattato in precedenza il Medico di base (MdB) e quanti sono i pazienti in attesa (internistici e traumatici). | | Indicare: - se l'aggressione è stata verbale o fisica; - che effetto ha avuto in sala d'attesa (nessuno, di disappunto o di attivazione dell'utenza); - quale è stato l'esito dell'aggressione (si è risolta spontaneamente o se invece si è dovuto chiedere l'intervento del caposala, della Vigilanza interna o da parte delle Forze dell'Ordine). | | Indicare: - brevemente l'accaduto; - specificare se colui che ha mosso l'aggressione è/potrebbe essere affetto da patologia psichiatrica | | | | | | | | |

References/Bibliografia

1. KRUG EG, WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violenza e salute nel mondo. Quaderni di sanità pubblica* 2002; 1-356.
2. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE ILO, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES ICN, WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO, PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL PSI. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. 2002. Disponibile da: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf (ultimo accesso 8 febbraio 2013).
3. NORDIN, H. *Fakta om vaold och hot I arbetet*, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health 1995. Citato in ILO, ICN, WHO, PSI. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. 2002, p.1.
4. OSHA. *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Occupational Safety and Health Administration website. Disponibile da: <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf> (ultimo accesso 18 febbraio 2013).
5. AMERICAN NURSES ASSOCIATION ANA. *Workplace violence against emergency nursing remains high*. *The American Nurse* 2011; 43(6): 7.
6. PICH J, HAZELTON M, SUNDIN D, KABLE A. *Patient-related violence against emergency department nurses*. *Nursing and Health Sciences* 2010; 12: 268-274.
7. BUREAU OF LABOR STATISTICS. *National census of fatal occupational injuries, 1993-2002*. Washington, DC: U.S. Department of Labor 2002.
8. BUREAU OF JUSTICE STATISTICS. *Violence in the workplace, 1993-1999*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, NCJ 2001.
9. GACKI-SMITH J, JUAREZ A, BOYETT L, HOMAYER C, ROBINSON L & MACLEAN S. *Violence against nurses working in U.S. emergency departments*. *The Journal of Nursing Administration* 2009; 39(7/8), 340-349.
10. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION ENA. *Position Statement: Violence in the emergency care setting*. Des Plaines, IL: Author. 1991. Disponibile da: <http://www.ena.org/about/position/position/> (ultimo accesso 18 febbraio 2013).
11. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION ENA. *Workplace Violence Management Toolkit*. Disponibile da: <http://www.ena.org/ENR/Pages/WorkplaceViolence.aspx>. (ultimo accesso 18 febbraio 2013).
12. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION ENA. *Emergency Department Violence Surveillance Study August 2010*. Disponibile da: <http://www.ena.org/ENR/Documents/ENAEDVSReportAugust2010.pdf> (ultimo accesso 8 febbraio 2013).
13. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION ENA. *Emergency Department Violence Surveillance Study November 2011*. Disponibile da: <http://www.ena.org/ENR/Documents/ENAEDVSReportNovember2011.pdf> (ultimo accesso 15 febbraio 2013).
14. TAYLOR JL, REV L. *A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department*. *J Clin Nurs* 2010; 19:2520-2530.
15. MAGNAVITA N, HEPPONIEMI T. *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. *BMC Health Services Research* 2012 12:108.
16. CERRI R, CASERTA M, GROSSO M. *Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2010; 29(1): 5-10.
17. 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*; 535-541.
18. DESIMONE L. *La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso*. *L'Infermiere* 2011; 48(4): 33-36.
19. COVIELLO D, MUSOLESI S, BARTOLOMEI M, MONESI A. *Exploratory survey on the perception of violence in the Emergency Departments*. *Scenario* 2012; 29(2): 27 Supplement.
20. FABBRI P, GATTAFFONI L, MORIGI M. *Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari*. *L'infermiere* 2012; 49(4): 12-14.
21. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. *Violenza e aggressioni verso gli operatori di triage: dati preliminari di uno studio qualitativo*. *Congresso Nazionale GFT, ANIARTI SIMEU, Riccione* 2013.
22. MINISTERO DELLA SALUTE. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. 2007. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf (ultimo accesso 21 aprile 2013).
23. MINISTERO DELLA SALUTE. *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*. Disponibile da: http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/proTOCOLLO_eventi_sentinella.pdf (ultimo accesso 20 aprile 2013).
24. MINISTERO DELLA SALUTE. *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007)*. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf (ultimo accesso 20 aprile 2013).
25. MINISTERO DELLA SALUTE. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella. 2° Rapporto (Settembre 2005-Agosto 2009)*. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129_allegato.pdf (ultimo accesso 20 aprile 2013).
26. MINISTERO DELLA SALUTE. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 3° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2010)*. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1642_allegato.pdf (ultimo accesso 20 aprile 2013).
27. MINISTERO DELLA SALUTE. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011)*. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf (ultimo accesso 20 aprile 2013).
28. KUCHN BM. *Violence in Health Care Setting on Rise*. *JAMA* 2010; 304(5): 511-512.
29. FERNS T. *Under-reporting of violent incidents against nursing staff*. *Nurs Stand* 2006; 20(40): 41-5.
30. LAU JB, MAGAREY J, MCCUTCHEON H. *Violence in the emergency department: a literature review*. *Amer Emerg Nurs J* 2004; 7(2): 27-37.
31. JONES J, LYNEHAM J. *Violence: part of the job for Australian nurses?* *Aust J Adv Nurs* 2000; 18(2): 27-32.
32. PICH J, HAZELTON M, SUNDIN D ET AL. *Patientrelated violence at triage: a qualitative descriptive study*. *Int Emerg Nurs* 2011; 19(1): 12-19.
33. FERNS T. *Recording violent incidents in the emergency department*. *Nursing Standard* 2012; 26(28): 40-48.
34. AMADEI E. *Prevenzione e monitoraggio delle aggressioni nei confronti degli Operatori sanitari Atti Convegno Sicurezza del paziente e degli Operatori Sanitari: "obiettivo comune per un'assistenza di qualità"*. AO S. Filippo Neri, Roma 11 dicembre 2011. http://www.sanfilipponeri.roma.it/file_allegati/221211_amadei.pdf (ultimo accesso 28 aprile 2013).
35. GALLO R, GALLETTI C, REGA ML. *Risk management and its economic impact on the workplace: incident reporting in the A&E Department*. *Scenario* 2012; 29(2): 27-28 Supplement.
36. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A. *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo*. *Scenario* 2012; 29(2): 32-38.
37. RAMACCIATI N. *Empowerment in Pronto Soccorso*. *Emergency Oggi* 2009; 10(4): 18-22.
38. AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA. *Relazione annuale 2011*. Disponibile da: http://www.ospedale.perugia.it/resources/Area%20Azienda_Regolamenti/AZ.ospedaleiera_Libro%202011_2.pdf (ultimo accesso 6 maggio 2013).
39. FERNS T. *Violence in the accident and emergency department - an international perspective*. *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13, 180-185.
40. RINTOUL Y, WYNADEN D, MCGOWAN S. *Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach*. *Int Emerg Nurs* 2009; 17 (2), 122-127.
41. HODGE AN, MARSHALL AP. *Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective*. *Aust Crit Care* 2007; 20(2), 61-67.
42. NIOSH, NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. *Violence: occupational hazards in hospitals*. 2002. Disponibile da: <http://www.cdc.gov/niosh> (ultimo accesso 6 maggio 2013).
43. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. *Benessere organizzativo: verso il costruito del "Approccio Globale alla violenza e aggressioni in Pronto Soccorso"*. XXXI Congresso Nazionale ANIARTI, Riva del Garda 2012.

Ringraziamenti

Gli Autori ringraziano tutti gli infermieri e Operatori Socio-Sanitari del Pronto Soccorso di Perugia, ricordando in particolar modo il collega Michele Fiorucci prematuramente scomparso.