

Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo

Violence and aggression in the emergency department: an operative approach

Nicola Ramacciati, dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
 Andrea Ceccagnoli, Infermiere - Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia

Riassunto

Introduzione: numerosi studi internazionali indicano che gli infermieri di Pronto Soccorso sono tra gli operatori sanitari i più esposti nel corso della loro attività lavorativa ad atti di violenza.

Scopo del presente studio è quello di inquadrare il problema e presentare l'approccio adottato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Perugia.

Materiali e metodi: una breve revisione degli studi sull'argomento è stata usata per fornire solide basi alle scelte operative proposte.

Risultati: diversi metodi di gestione delle aggressioni sono riportati in letteratura.

Discussione: in accordo con quanto emerso dall'analisi della letteratura internazionale, l'approccio adottato nel nostro Pronto Soccorso è multi-livello.

Conclusione: solo con politiche a 360° si può favorire un ambiente di lavoro sicuro per gli infermieri di Pronto Soccorso.

Parole chiave: Violenza sul lavoro, Abuso, Gestione, Infermieri, Pronto soccorso.

Abstract

Introduction: many international studies show that nurses in the Emergency Department (ED) are amongst the most exposed health care professionals to violence in the workplace. The purpose of this study is to outline the problem and present the approach adopted in the Emergency Department of Perugia hospital.

Method: a short review of the literature on workplace violence is used to supply a firm basis for the proposed choices.

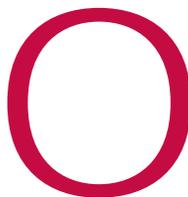
Results: various methods of assault management are reported in the literature.

Discussion: in line with the findings from the analysis of international literature, the approach taken in our emergency department is multi-layered.

Conclusion: only inclusive policies can provide a safe work environment for nurses in the emergency room.

Key words: Workplace violence, Abuse, Management, Nurses, Emergency department.

Introduzione



Oggi in tutto il mondo la violenza sul luogo di lavoro rappresenta una delle principali problematiche di salute pubblica,¹

tuttavia la scarsa propensione degli infermieri di denunciare gli episodi di violenza, limita la piena comprensione del fenomeno.^{2,3,4} Eppure gli atti di violenza e le aggressioni nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso, soprattutto di quelli impegnati nell'attività di Triage, sono sempre più frequenti nei moderni servizi di emergenza.^{5,6} In un nostro recente studio di revisione della letteratura sull'argomento abbiamo evidenziato la rilevanza del fenomeno.⁷ Fenomeno non nuovo. Uno studio britannico del 1999 aveva evidenziato che negli ospedali del Regno Unito la metà delle aggressioni verso i sanitari interessava infermieri del Pronto Soccorso,⁸

mentre in un lavoro più recente i team degli A&ED (*Accident and Emergency Department*) risultano oggetto di aggressioni nel 30% dei casi. Cifra del fenomeno meno elevata, ma pur sempre significativa, soprattutto se si considera che nella loro ricerca, gli Autori britannici evidenziano che su un campione di 375 sanitari, due infermieri su tre (68%) riferiscono di aver subito aggressioni verbali nel corso dell'anno precedente, mentre uno su tre (30%) di essere stato aggredito fisicamente.⁹

Situazione non certo migliore al di là dell'oceano. Uno studio condotto dal ENA (*Emergency Nurses Association*) nel 2000 ha evidenziato come l'86% degli Emergency Department americani sono oggetto di attacchi verbali e fisici.¹⁰ Scenario analogo anche nell'emisfero australe dove l'incidenza del fenomeno è ugualmente significativa: da uno studio del 2000 risulta che il 58% degli infermieri di Pronto Soccorso ha subito abusi verbali, il 14% aggressioni fisiche.¹¹

REVISIONE

PERVENUTO IL 3/11/2011

ACCETTATO IL 8/2/2012

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSE.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

NICOLA RAMACCIATI,

nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

E in Italia? Uno studio recente conferma la rilevanza del fenomeno anche nel nostro Paese: il 90% degli infermieri di emergenza intervistati riferisce di essere stati aggrediti verbalmente, il 95% dichiara di aver assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi, il 35% ha subito atti di violenza fisica, il 52% ne è stato testimone, il 31% è dovuto ricorrere a cure mediche.¹²

Numeri significativi, che evidenziano inequivocabilmente la rilevanza mondiale del problema, numeri, però, che secondo alcuni autori non stimano correttamente il fenomeno. Secondo questi, più dell'80% dei casi di violenza non sono denunciati¹³ perché la violenza è in qualche modo considerata parte inevitabile dei contesti operativi dell'infermiere di Pronto Soccorso,^{14,15} giustificata in quanto non consapevolmente voluta dal paziente che la commette,¹⁶ tollerata in occasione di episodi minimizzati come minori,¹⁷ ovvero persino

percepita come una perdita di performance.¹⁸ Non manca, inoltre, chi ipotizza che l'alta incidenza evidenziata da queste indagini sulla prevalenza delle aggressioni in Pronto Soccorso, rispetto ad altri ambiti lavorativi, sia frutto di una maggiore propensione degli infermieri di emergenza alla partecipazione a tali ricerche.¹⁹

Alcuni recenti studi italiani^{6,12,20} stanno rispondendo all'esigenza, evidenziata da Becattini e colleghi durante il XXVI Congresso Nazionale Anarti, di "indagare sul fenomeno", tuttavia già nel 2007 l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) segnalava, tra i principali rischi presenti nelle strutture di Pronto Soccorso (da agenti fisici, chimici, biologici, da movimentazione manuale dei pazienti, nonché dal mantenimento di posature incongrue) anche quello "relativo agli aspetti di natura psico-organizzativa".²¹ Lo stesso Ministero della

Salute tra gli eventi sentinella, segnatamente il n.12, considera espressamente quello riferito agli episodi di "violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno".²²

Materiali e metodi

Per redigere una procedura operativa di "gestione delle criticità in triage", abbiamo vagliato le migliori pratiche di approccio alla problematica riguardante le aggressioni in Pronto Soccorso, partendo dall'analisi sintetica della letteratura internazionale.⁶

La revisione della letteratura internazionale riguardante l'argomento "aggressioni in Pronto Soccorso" disponibile nelle due banche dati PubMed e CINAHL è stata eseguita in entrambi i data base utilizzando preliminarmente la stringa di interrogazione: "emergency" AND "aggression" OR "violence" OR "abuse", con limitazioni di ricerca rispetto la lingua e la data di pubblicazione, rispettivamente inglese o italiana e ultimi 10 anni. Completezza e pertinenza della ricerca finale (ovvero reperire il maggior numero di articoli mirati sull'argomento: gestione delle aggressioni a infermieri in pronto soccorso) sono state ottenute grazie alla Facet Analysis.²³

La ricerca definitiva è stata, quindi, condotta dal 24 al 28 marzo 2011 nella banca dati PubMed (versione gratuita di Medline), e in quella del *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL Plus with full text, tramite EBSCO Host). Limiti impostati: pubblicazioni inerenti articoli in versione abstract o full text; data di pubblicazione non superiore a 5 anni.

Risultati

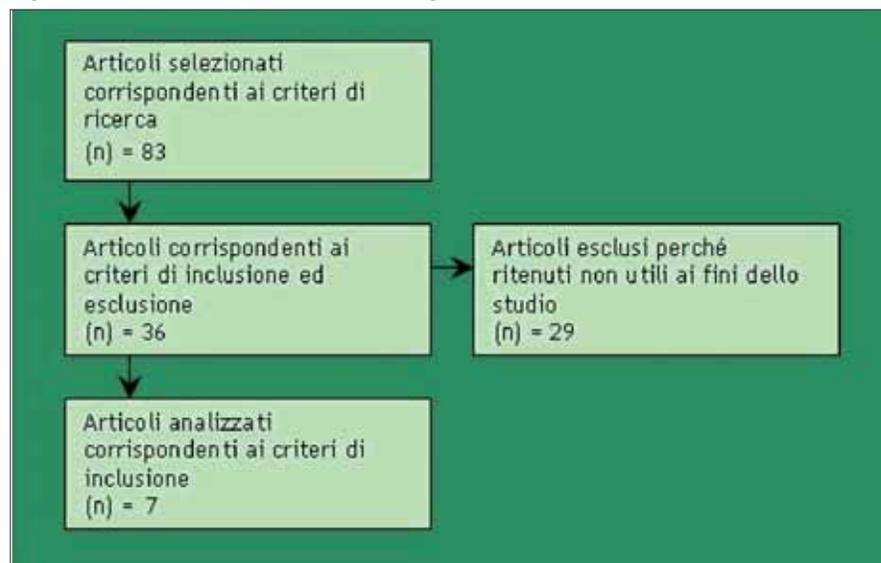
La ricerca ha evidenziato 55 articoli in PubMed e 36 articoli in CINAHL (di cui 8 presenti in entrambi i database). Degli 83 titoli complessivi, considerati i criteri d'inclusione ed esclusione, 20 articoli in PubMed rispondevano ai criteri di inclusione/esclusione e 16 in CINAHL. (Figura 1)

Dei 36 articoli selezionati, dati i criteri di inclusione, ne sono stati analizzati 7. (Figura 2)

Figura 1. Criteri di inclusione ed esclusione.



Figura 2. Flow-chart della ricerca bibliografica



La tabella I presenta una sinossi dei sette studi analizzati.

La principale indicazione che può desumersi da tutti gli studi analizzati è che il problema delle aggressioni è un fenomeno complesso, che deve essere affrontato con molteplici interventi ad azione sinergica. Accorgimenti architettonici, sistemi di allarme, presenza attiva della security, formazione mirata al problema aggressioni, sono alcuni interventi concreti proposti nel primo studio analizzato, che al contempo stigmatizza l'inefficacia di dichiarazioni di intenti o politiche aziendali di "Tolleranza Zero" meramente formali.¹⁵ Il secondo lavoro, invece, propone un tool, che attraverso l'analisi di alcuni fattori predittivi, è in grado di "intercettare" potenziali aggressori.²⁴ Una gestione delle aggressioni in 3 fasi (intercettazione e valutazione dell'aggressione e de-escalation; rafforzamento misure di de-escalation ed eventuale contenzione fisica; contenzione farmacologica), seguito da *Debriefing ed Incident Reporting* è l'approccio proposto da Rintoul e colleghi.²⁵ Strategie orientate all'utenza, come spiegare sempre i motivi dell'attesa con frequenti aggiornamenti sulla situazione, dedicare appositamente un operatore alle relazioni con l'utenza in sala di attesa, utilizzare procedure scritte (distinte per le fasi di ingresso, triage, comunicazione, privacy, attesa e uscita), favorire le scelte dei pazienti, assecondandone le richieste più semplici, sono affiancate al pragmatico escamotage di "registrare" i pazienti aggressivi così da prevenire nuove aggressioni in caso di ri-accesso in Pronto Soccorso.²⁶ Rassicurazione, disponibilità, rispetto, sostegno e sensibilità, sono i 5 atteggiamenti per evitare, ridurre o prevenire gli abusi, indicati nello studio osservazionale condotto da Luck e collaboratori, che, però, non mancano di avvisare che sono necessari ulteriori studi sull'efficacia di tale approccio.²⁷ Conoscenze e abilità specifiche nella gestione delle aggressioni sono, invece, di dimostrata efficacia quando acquisite con "metodo". È a quanto giunge Cahill nel suo lavoro sul metodo ACT-SMART (*Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training*).²⁸

Tecniche di de-escalation, ma anche contenimento fisico e farmacologico, nonché isolamento, sono ulteriori

strategie proposte nell'ultimo studio analizzato.¹⁹

Discussione

Le indicazioni fornite da tutti questi studi, ma anche da altri lavori non oggetto della revisione narrativa,^{29,33} sono state utilizzate per adottare le linee di intervento contro le aggressioni per il nostro servizio. Le evidenze scientifiche che sostengono tali scelte sono, nella gerarchia delle prove di efficacia del NHS Centre for Reviews and Dissemination, di livello IV ovvero fondate su "opinioni autorevoli basate sull'esperienza clinica; studi descrittivi e rapporti provenienti da commissioni esperte".³⁴

Basandosi su quanto emerso dall'analisi della letteratura è stata elaborata una procedura di gestione delle criticità in triage. Le diverse azioni da adottare sono state stabilite rispetto alla progressione del comportamento violento. (Figura 3) Il Diagramma Operativo di illustra sinteticamente l'approccio previsto. Se da una situazione tranquilla in sala d'attesa caratterizzata dall'assenza di conflittualità, si verifica un cambiamento del clima "relazionale" con un paziente o un suo accompagnatore e l'Infermiere di Triage non riesce a ristabilire autonomamente una situazione di calma utilizzando le metodiche di gestione della comunicazione difficile^{35,36} devono essere seguite, secondo la gravità dell'aggressione, tre livelli di intervento. (Figura 4)

La prima azione prevede l'attivazione dell'Infermiere "Mediatore", con solida preparazione nella comunicazione efficace ed affinate abilità relazionali (Step 1). Tale funzione è attualmente svolta dall'Infermiere Coordinatore e in sua assenza, da infermieri specificamente designati e preparati. L'approccio previsto è basato sulla "Regola delle 3A" ovvero: prestare attenzione, ascoltando attivamente l'interlocutore (*Attend*); valutare lo stato emotivo, attraverso l'empatia avanzata (*Assess*); orientare verso una soluzione soddisfacente (*Address*).³⁷ Quando, nonostante ciò, non si dovesse ristabilire una situazione di normalità, il protocollo prevede l'attivazione della Vigilanza Interna, con funzione prevalentemente "dissuasiva" nei confronti dell'aggressore (Step 2). Se

neanche tale rimedio dovesse risultare efficace, ovvero in presenza di una situazione a grave rischio evolutivo, il terzo livello d'intervento consiste nell'allertamento delle Forze dell'Ordine (Step 3).

Una conseguenza degli atti aggressivi da non sottovalutare è la possibile "attivazione" delle altre persone presenti in sala d'attesa. Per questo è importante "ascoltare" il paziente o l'accompagnatore "difficile", in un luogo dedicato, fuori dall'area triage. Così dimostrando attenzione alla persona, si evita "l'effetto pubblico" che, oltre ad innescare meccanismi di "teatralità", spesso produce la diffusione del "malcontento".

Un altro elemento qualificante dell'approccio operativo è la registrazione dell'evento violento nell'apposita scheda S.R.A - Scheda Registro Aggressioni. (Figura 5)

La scheda consente la registrazione degli episodi di aggressione e quindi il monitoraggio del fenomeno. Tra gli items previsti ci sono tra gli altri, il codice di priorità attribuito all'utente, il tempo di attesa, alcuni indicatori spazio/temporali, quali ad esempio, il giorno della settimana, il numero degli utenti presenti in sala attesa, da quanto tempo l'utente presenta il problema per cui si è recato in Pronto Soccorso. L'incident reporting si conclude con l'indicazione dell'esito dell'intervento, l'annotazione dei soggetti attivati ed una sintetica descrizione dell'accaduto. La scheda di raccolta dati, fornendo un'istantanea dell'evento, servirà non solo per un'analisi dell'episodio, per l'individuazione dei fattori scatenanti l'incidente, ma anche per effettuare il necessario debriefing con gli operatori coinvolti, così da facilitare un efficace processo rielaborativo dell'evento.

Conclusione

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)³⁸ definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Gli infermieri di Pronto Soccorso sono tra i più esposti a tale violenza.^{38,39} Compito dell'organizzazione sanitaria - in primo luogo infermieri dirigenti, coordinatori e professionisti (N.d.A) - identificare i

Tabella 1. Studi clinici analizzati

AUTORI / ANNO / I.F.	OBIETTIVI	DISEGNO DI STUDIO	PARTECIPANTI	ESITI OSSERVATI	INTERVENTO	RISULTATI	CONCLUSIONI
Pich J et al., 2011 I.F.=N.D.	Descrivere le esperienze di un gruppo di infermieri di triage rispetto alla violenza sul lavoro da parte di utenti subite nel mese precedente alla ricerca.	Studio qualitativo descrittivo.	Campione di convenienza di n. 6 infermieri di triage del Pronto Soccorso di un Ospedale pubblico-universitario del New South Wales (Australia). n.2 uomini, n.4 donne tra i 29 e 53 anni, con esperienza di Pronto Soccorso da 4 a 21 anni. Dati registrati tra Agosto-Settembre 2008.	Descrizione dell'esperienza di: abuso verbale, aggressione fisica, descrizione delle emozioni derivate dai comportamenti violenti. Cause e fattori di rischio secondo gli intervistati.	Le strategie indicate dai partecipanti sono: presenza del servizio di sicurezza interno al Pronto Soccorso, sistemi di allarme, architettura delle aree di lavoro. Mezzi di prevenzione come un vetro di sicurezza nell'area di triage.	Inefficacia delle politiche di "Tolleranza Zero"; rispetto alla formazione sulle tecniche di minimizzazione delle aggressioni: n.3 infermieri avevano qualche conoscenza, n.2 non gli era mai stato proposto un corso, n.1 non sapeva che esistessero corsi.	L'aumento della violenza in Pronto Soccorso è certo. Esiste un gap tra le politiche di tolleranza zero e la preparazione dello staff infermieristico nella gestione dei rischi di aggressioni. Cartelli di avvertimento o campagne informative non sembrano essere efficaci contro gli abusi da parte degli utenti verso gli infermieri di Pronto Soccorso.
Wilkes et al., 2010 I.F.=1,798	Scopo dello studio è quello di individuare un tool di valutazione predittiva di potenziali comportamenti violenti ad uso degli infermieri di Pronto Soccorso	Studio basato sull'opinione di esperti	Panel di n.11 infermieri australiani (universitari e di Pronto Soccorso) di Sidney. N. 3 incontri basati sulla metodologia Delphi	Attraverso un questionario di 37 items sono stati individuati 17 segni premonitori di violenza.	Tool di valutazione di 17 segnali premonitori di potenziali atti di violenza.	Elaborazione di un tool di valutazione dei segni premonitori di situazioni evolutive violente.	Attraverso l'uso di un tool di valutazione dei segni premonitori degli atteggiamenti dei pazienti è possibile prevenire le violenze senza la necessità di informazioni rispetto ad eventuali "precedenti".
Rintoul Y et al., 2009	Partendo dalla revisione della letteratura vengono indicate le cause delle aggressioni e pianificate le azioni secondo un approccio interdisciplinare	Analisi dei dati della letteratura		Incidenza della violenza in Pronto Soccorso: cause di aggressione.	Approccio interdisciplinare di gestione delle aggressioni in 3 fasi: Fase 1: intercettazione e valutazione dell'aggressione e de-escalation; Fase 2: rafforzamento misure di de-escalation ed eventuale contenzione fisica; Fase 3: contenzione farmacologica. Dopo ogni intervento debriefing ed effettuazione dell'Incident Reporting	Inefficacia delle politiche di "Tolleranza Zero"; rispetto alla formazione sulle tecniche di minimizzazione delle aggressioni: n.3 infermieri avevano qualche conoscenza, n.2 non gli era mai stato proposto un corso, n.1 non sapeva che esistessero corsi.	L'approccio descritto nello studio è stato disegnato utilizzando un'estesa revisione della letteratura e dopo un confronto con lo staff infermieristico e medico di pronto soccorso. Un approccio strutturato alle aggressioni facilita il lavoro degli infermieri di pronto soccorso in un ambiente sicuro.
Luck L et al., 2009 I.F.=1,263	Identificare le strategie utilizzate dagli infermieri di pronto soccorso per evitare, ridurre e prevenire gli atti di violenza	Studio osservazionale	Campione di 20 infermieri di pronto soccorso australiani	Attraverso osservazione partecipante, interviste informali ed interviste semi-strutturate sono stati osservati i comportamenti e le pratiche routinarie degli infermieri di Pronto Soccorso.	Sono state osservate 5 modalità di approccio/atteggiamento: essere sicuri; essere disponibili; essere rispettosi; sostenere; essere sensibili.	L'approccio basato sulle 5 modalità di approccio/atteggiamenti non è stato in grado di evitare eventi violenti, Durante le 290 ore di osservazione si sono registrati 16 episodi di violenza	Gli Autori sostengono l'utilità di radicare nella pratica infermieristica di pronto soccorso le 5 caratteristiche osservate. Ulteriori studi su questi aspetti sono necessari.
Cahill D, 2008 I.F.=0,713	Valutare l'efficacia del programma di educazione ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training).	Studio quasi sperimentale.	Campione di convenienza di n.65 infermieri: n.56 del gruppo sperimentale (di cui n.12 di Pronto Soccorso) e n.9 infermieri non di Pronto Soccorso del gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale ha frequentato un programma ACT-SMART, il gruppo di controllo un corso di 8 ore sui traumi.	Attraverso la somministrazione di un questionario (a scala Likert) al tempo 0 (pretest) e al tempo 1 (post test) sono stati osservati: incidenza delle aggressioni, conoscenza dei comportamenti aggressivi, padronanza delle tecniche di gestione dei comportamenti aggressivi in Pronto Soccorso.	ACT-SMART (Attitudes and Communication Techniques for Scripps Mercy Aggression Reduction Training) fornisce elementi di teoria ed abilità in specifiche tecniche comunicative per gestire le aggressioni.	Attraverso analisi statistica descrittiva t test, correlazione di Pearson è stata riscontrata una acquisizione statisticamente significativa delle conoscenze ed abilità nel gruppo sperimentale (t=-6,416; df=42;p=0,001 e t=-3,307; df=11; p=0,007) a fronte di un punteggio medio invariato (=2,4) in entrambi i test nel gruppo di controllo.	Gli Autori concludono che il programma ACT-SMART migliora le capacità degli infermieri nella gestione delle situazioni di aggressione. Tale approccio può essere utilizzato per migliorare l'assistenza infermieristica globale.

Tabella 1. Studi clinici analizzati

AUTORI / ANNO / I.F.	OBIETTIVI	DISEGNO DI STUDIO	PARTECIPANTI	ESITI OSSERVATI	INTERVENTO	RISULTATI	CONCLUSIONI
ED Nursing, 2007 I.F.=N.D.	Vengono indicate alcune strategie di approccio al fenomeno aggressioni.	Presentazione di un modello operativo	N. 5 infermiere esperte di 5 servizi di Pronto Soccorso (USA): Akron, Boston, Nashville, Los Angeles, Stony Brook NY.	Sintesi delle modalità di approccio in uso presso i rispettivi Pronto Soccorso.	"Proactive violence Protocol": Spiegare i motivi dell'attesa, aggiornando periodicamente gli utenti sulla situazione in Pronto Soccorso; Registrare nella scheda paziente se aggressivo e stigmatizzare preventivamente nuovi comportamenti violenti; designare un infermiere per comunicare con i pazienti in attesa; favorire le scelte del paziente; usare protocolli scritti; soddisfare semplici richieste dei pazienti.	Non indicati	Gli Autori sostengono che con questi semplici accorgimenti è possibile fare una grande differenza nella prevenzione delle aggressioni.
Hodge AN e Marshall AP, 2007 I.F.=N.D.	Identificare l'incidenza degli atti di violenza in Pronto Soccorso ed i metodi di gestione degli abusi.	Analisi dei dati della letteratura		Incidenza della violenza in Pronto Soccorso; fattori che influenzano i comportamenti violenti.	Strategie organizzative per gestire la violenza e le aggressioni: gestione dei comportamenti, direttive e politiche aziendali di "Tolleranza Zero", strategie infermieristiche di minimizzazione, tecniche di disinnescamento, contenimento farmacologico, contenzione fisica, isolamento, training sulla gestione della violenza.		La letteratura evidenzia chiaramente l'esposizione elevata degli infermieri di Pronto Soccorso alla violenza. I principali fattori favorevoli sono: l'assunzione di alcool, droga, i tempi di attesa, disturbi organici. La migliore strategia di gestione è la de-escalation. Fondamentale è la formazione degli infermieri basata su conoscenze, abilità e attitudini rispetto al problema violenza.

fattori di rischio per la sicurezza del personale e attuare le opportune strategie preventive.^{41,42} Proprio attraverso la sensibilizzazione alla problematica delle aggressioni e alla politica della "tolleranza zero" verso gli abusi, lanciata col "Report Mensile di Pronto Soccorso - Maggio 2009" (un foglio informativo di resoconto, a distribuzione interna, curato dal coordinatore infermieristico), è stata data un'accelerazione all'adozione di interventi mirati alla soluzione della questione "aggressioni", già ipotizzati e in parte realizzati dai progetti "Accoglienza-fruibilità" e "Attività di Triage", inaugu-

rati alla fine del 2008 insieme ad altri progetti di Miglioramento Continuo della Qualità ed Empowerment degli infermieri del Pronto Soccorso della Azienda Ospedaliera di Perugia.⁴³ Grazie alla segnalazione nel mese successivo, di tre ennesimi episodi ascrivibili all'evento sentinella n.12: "Atti di violenza a danno di operatore", in collaborazione con il Centro Gestione del Rischio Clinico aziendale ed in linea con la Raccomandazione n.8 "prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" del Ministero della Salute,⁴⁴ è stato intrapreso con forte determinazione un piano di azione

articolato in quattro distinti livelli di intervento:

1. *facilitare l'informazione dell'utenza ponendo la massima attenzione alla comunicazione diretta con gli assistiti ed i loro accompagnatori ed affidandosi alla cartellonistica appositamente dedicata e allo schermo televisivo informativo - che pur funge da "catalizzatore di attenzione" per utenti ed accompagnatori in attesa - con la consapevolezza che sono supporti aggiuntivi utilissimi, necessari (e per questo implementati e migliorati), ma non sostitutivi dell'interazione diretta infermiere-utente;*
2. *ridisegnare gli accessi (pazienti barellati, non barellati e accompagnatori) e gli spazi operativi in area triage (box ed ulteriore demarcazione delle aree di cortesia) creando elementi "barriera", percorsi e delimitazioni utili non solo a ridurre la "pressione" sugli operatori di triage, ma anche a salvaguardare ulteriormente la riservatezza degli assistiti ed a migliorare la fruibilità della sala di attesa (oltre che con lo schermo "distrattore" e "informato-*

Figura 3. Progressione del comportamento violento.

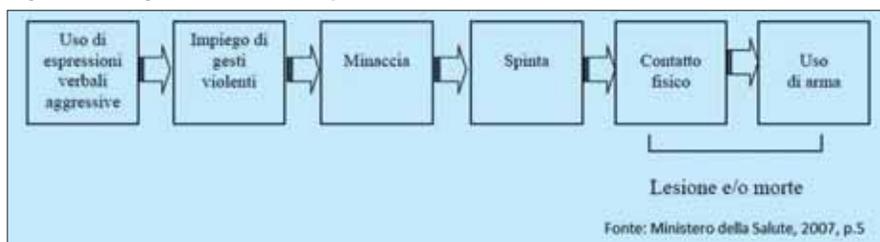
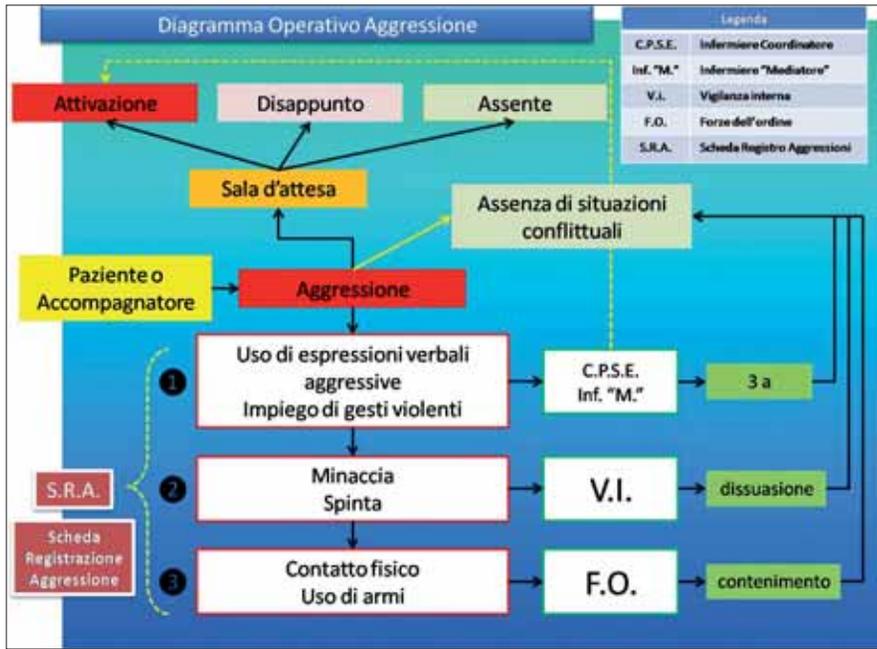


Figura 4. Diagramma Operativo Aggressioni



- re”, anche con i dispensatori di riviste, di bevande e snack);
3. acquisire specifiche competenze sulla comunicazione difficile e la gestione del conflitto in triage attraverso un training mirato, condotto da un esperto di comunicazione;
 4. redigere un protocollo operativo per la gestione delle situazioni di “rischio aggressione” ed attivare uno strumento di monitoraggio degli eventi violenti (Scheda Registro Aggressioni).

Solo, quindi, con l’impegno comune di tutti (direzione aziendale, dirigenza infermieristica e medica, coordinamento infermieristico, professionisti infermieri) che si può cercare di migliorare ed assicurare un ambiente di lavoro sicuro per gli infermieri di Pronto Soccorso.⁴⁵

Bibliografia

1. World Health Organization WHO. *World report on violence and health*. Geneva: WHO. 2002.
2. ANDERSON C. *Past victim, future victim*. Nurs Manag. 2002; 33 (3): 26-32.
3. FERNS T. *Under-reporting of violent incidents against nursing staff*. Nurs Stand. 2006; 20 (40): 41-45.
4. LEWIS S, DICKINSON J & CONTINO DS. *Survey: Most ED staff victimized by vio-*

- lence never report incident. ED Manag. 2007; 19 (10): 109-120.
5. IPASVI. *Si stanca di aspettare al Pronto Soccorso e picchia un infermiere*. InfermieriRete. 2011; 8, 2.
 6. IPASVI. *Ancora un infermiere aggredito al Pronto Soccorso*. IPASVI, 2011. Consultato il 24 ottobre 2011, disponibile all’indirizzo:

zo: <http://www.ipasvi.it/attualita/ancora-un-infermiere-aggredito-al-pronto-soccorso-id225.htm>.

7. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A. *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura*. L’Infermiere. 2011; 48 (5): e43-e50.
8. SAINES JC. *Violence and aggression in A&E: recommendations for action*. Accid Emerg Nurs. 1999; 18 (2): 27-32.
9. WINSTANLEY S, WHITTINGTON R. *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. J Clin Nurs. 2004; 13, 3-10.
10. ED Nursing. *Tension in the waiting room – 86% of ED nurses report recent violence: crowded waiting rooms ‘bring out the worst’ in patients*. ED Nurs. 2007; 10 (5), 49-52.
11. LYNEHAM J. *Violence in NSW emergency departments*. Aust J Adv Nurs. 2002; 18 (2): 8-17.
12. BECATTINI G, BAMBI S, PALAZZI F, LUMINI E. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI. 2007; 535-541.
13. LAU JBC, MARGAREY J, MCCUTCHEON H. *Violence in the emergency department: a literature review*. Amer Emerg Nurs J, 2004; 7 (2): 27-37.
14. JONES J, LYNEHAM J. *Violence: part of job for Australian nurses?* Aust J Adv Nurs. 2000; 18 (2): 27-32.
15. PICH J, HAZELTON M, SUNDIN D, KABLE A. *Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study*. Intern Emerg Nurs. 2011; 19: 12-19.

Figura 5. Scheda Registro Aggressioni (Azienda Ospedaliera di Perugia, pubblicazione autorizzata)

REGISTRAZIONE 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 d'attesa						
C	H	V	G	R	Paz	Acc	0	0-10	10-60	>60	Assente	Disapp	Attivaz	
Operatore				Da	MdB	Pazienti in att		Esito						
				h	g	S	N	Int	Tra	Ris	C.P.S.E. nel "M."	V.I.	F.O.	
Indicare:				Indicare:				Indicare:				Indicare:		
- la data, l'ora e il numero di referto di P.S. (ultima 3 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.				- il che giorno della settimana è avvenuta l'aggressione; - dopo quanto tempo di attesa (tempo riferito a minuti); - da quanto tempo il paziente lamenta la sintomatologia, se ha constatato la precedenza di Medico di Base (MdB) e quanti sono i pazienti in attesa (sterminici e traumatici).				- se l'aggressione è stata verbale o fisica; - che effetto ha avuto in sala d'attesa (tensione, di disappunto o di attivazione dell'attesa); - quale è stato l'esito finale dell'aggressione (il è risolta spontaneamente o se invece si è dovuto chiedere l'intervento del Caposala/Infermiere "Mediatore", della Vigilanza Interna o da parte delle Forze dell'Ordine).				- brevemente l'accaduto; - specificare se colui che ha messo l'aggressione è potrebbe essere affetto da patologia psichiatrica.		

16. HARULOW S. *Ending the silence on violence*. Aust Nurs J. 2000; 7 (10): 26-29.
17. 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: 1071-1078.
18. ALEXY MA, HUTCHINS JA. *Workplace violence: a primer for critical care nurses*. Crit Care Nurs North Am. 2006; 18: 305-312.
19. HODGE AN, MARSHALL AP. *Violence and aggression in the emergency department: A critical care perspective*. Aust Crit Care. 2007; 20: 61-67.
20. DESIMONE L. *La violenza verso gli operatori del Pronto Soccorso*. L'Infermiere. 2011; 55 (4): 32-35.
21. ISPESL. *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*. ISPESL 2007. Consultato il 16 ottobre 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.isplesl.it/linee_guida/compato_o_settore/prontosoccorso.pdf
22. Ministero della Salute. *Protocollo eventi sentinella*. Ministero della Salute. Ministero della salute, 2008. Consultato il 16 ottobre 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/protocollo_eventi_sentinella.pdf
23. VELLONE E, PIREDDA M. *La ricerca bibliografica, strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. 2a ed. Milano: McGraw-Hill, 2009.
24. WILKES L, MOHAN S, LUCK L, JACKSON D. *Development of a violence tool in the emergency hospital setting*. Nurse Res. 2010; 17 (4): 70-82.
25. RINTOUL Y, WYNADEN D, MCGOWAN S. *Managing aggression in the emergency department: Promoting an interdisciplinary approach*. Intern Emerg Nurs. 2009; 17: 122-127.
26. ED Nursing. *Tension in the waiting room – 86% of ED nurses report recent violence: crowded waiting rooms 'bring out the worst' in patients*. ED Nurs. 2007; 10 (5), 49-52.
27. LUCK L, JACKSON D & USHER K. *Conveying caring: Nurse attributes to avert violence in the ED*. Int J Nurs Prac. 2009; 15: 205-212.
28. 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): 252-270.
29. CHAPMAN R, STYLES I. *An epidemic of abuse and violence: nurse on front line*. Accid Emerg Nurs. 2006; 14 (4): 245-249.
30. CRILLY J, CHABOYER W, CREEDY D. *Violence towards emergency department nurses by patients*. Accid Emerg Nurs. 2004; 12 (2): 67-73.
31. GATES DM, ROSS CS, MCQUEEN L. *Violence: Recognition, management and prevention*. J Emer Med. 2005; 31 (3): 331-337.
32. JAMES A, MADELEY R, DOVE A. *Violence and aggression in the emergency department*. Emerg Med J. 2006; 23: 431-434.
33. JENKINS MG, ROCKE LG, MCNICHOLL BP, HUGHES DM. *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.
34. HAMER S, COLLINSON G. *Evidence-based practice. Assistenza basata su prove di efficacia*. Milano: McGraw-Hill, 2002.
35. DUXBURY J. *Il paziente difficile, modalità di comunicazione*. Milano: McGraw-Hill, 2001.
36. FRESHWATER D. *Le abilità di counselling. Percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche*. Milano: McGraw-Hill, 2004.
37. GFT. *Triage Infermieristico*. 3a ed. Milano: McGraw-Hill, 2010.
38. National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH. *Violence – Occupational Hazard in Hospitals*. 2002. Consultato il 16 ottobre 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov.niosh>
39. ALEXY MA, HUTCHINS JA. *Workplace violence: a primer for critical care nurses*. Crit Care Nurs North Am. 2006; 18: 305-312.
40. ANDERSON C. *Workplace violence: are some nurses more vulnerable?* Issues Ment Health Nurs. 2002; 23 (4): 351-366.
41. Occupational Safety and Health Administration OSHA. *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*. OSHA US Department of Labor. 2004. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: <http://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>
42. International Council of Nurses ICN. *Position Statement: Abuse and Violence Against Nursing Personnel*. ICN. 2006. Consultato il 26 marzo 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.icn.ch/PS_CO1_AbuseViolenceVSNsgPersonnel.pdf
43. RAMACCIATI N. *Empowerment in Pronto Soccorso*. Emergency Oggi. 2009; 15 (4): 18-22.
44. Ministero della Salute. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Ministero della Salute. 2007. Consultato il 16 ottobre 2011, disponibile all'indirizzo: http://www.salute.govit/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf
45. GRACKI-SMITH J, JOUAREZ AM, BOYETT L, HOMEYER C, ROBINSON L, MACLEAN SL. *Violence against nurses working in US emergency departments*. J Health Prot Manage. 2010; 26 (1): 81-89.

www.aniarti.it