

Strumenti per la valutazione del rischio di violenza in pronto soccorso: una revisione narrativa della letteratura

Tools for assessing the risk of violence in the emergency room: a narrative review of the literature

Beatrice Persiani,¹ Cecilia Cesari,² Viola Tini,³ Stefano Trapassi,⁴ Moris Rosati,⁵ Francesco D'Ambrosio,⁶ Lorenzo Righi⁷

¹Infermiere, U.A. Medicina Interna, Ospedale Santa Margherita Cortona (AR), Azienda USL Toscana Sud Est; ²Infermiere, U.A. Blocco Operatorio, Ospedale Città di Castello (PG), USL Umbria 1; ³Infermiere, U.A. 118 Trasimeno, Ospedale Castiglione del Lago (PG), USL Umbria 1; ⁴Infermiere, U.A. Accoglienza e Processi Assistenziali, Stabilimento Alta Val d'Elsa (SI), Azienda USL Toscana Sud Est; ⁵Coordinatore Infermieristico, U.A. Cardiologia UTIC, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; ⁶Coordinatore Infermieristico, U.A. Medicina Interna e delle Complessità, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; ⁷Infermiere, U.A., Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto, Azienda USL Toscana Sud Est, Italia

RIASSUNTO

Introduzione: i reparti di emergenza, e nello specifico il pronto soccorso, sono luoghi di lavoro ad alto rischio di violenza. Ad oggi, in Italia, gli interventi per prevenire abusi verbali o fisici contro il personale ospedaliero non sono ancora attuati in maniera diffusa o coerente e, spesso, la loro efficacia rimane incerta. L'obiettivo di questo lavoro è ricercare in letteratura strumenti validati per l'individuazione del rischio di violenza in Pronto Soccorso, e di comprenderne la loro efficacia.

Materiali e Metodi: è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione dei database Medline via PubMed, Web of science e Scopus. La ricerca è stata effettuata nel periodo settembre-ottobre 2022. Sono stati ricercati studi che analizzavano strumenti di valutazione del rischio di violenza in pronto soccorso, pubblicati negli ultimi 5 anni, in lingua inglese ed italiana.

Risultati: otto studi sono stati inclusi in questa revisione. Gli strumenti di prevenzione trovati erano strutturati per individuare le persone a rischio di violenza, oppure per valutare la presenza di fattori di rischio nell'ambiente di cura e nell'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni.

Discussione: le scale che intercettano i potenziali aggressori sono, complessivamente, moderatamente sensibili per la previsione di pazienti potenzialmente violenti e altamente specifici per la previsione di pazienti non violenti.

Conclusioni: l'utilizzo degli strumenti di valutazione di rischio riduce considerevolmente il numero degli episodi di violenza ed aumenta la consapevolezza e la sicurezza degli operatori sanitari.

Parole chiave: pronto soccorso; violenza sul lavoro; prevenzione e controllo; valutazione del rischio.

ABSTRACT

Introduction: emergency departments are high-risk workplaces for violence. To date, in Italy, interventions to prevent verbal or physical abuse against hospital staff are not yet widely or consistently implemented and, often, their effectiveness remains uncertain. The objective of this paper is to search the literature for validated tools for identifying the risk of violence in emergency rooms and to understand their effectiveness.

Materials and Methods: a literature review was conducted through consultation of the Medline, Web of Science, and Scopus databases. The research was carried out in the period September-October 2022. Studies were sought that analyzed tools for assessing the risk of violence in the emergency room, published in the last 5 years, in English and Italian.

Results: eight studies were included in this review. The prevention tools found were structured to try to identify people at risk of violence or to assess the presence of risk factors in the care environment and in the organization of the provision of services.

Discussion: the measures of potential aggressors are, overall, moderately sensitive for predicting potentially violent patients and highly specific for predicting nonviolent patients.

Conclusions: these assessment tools have helped healthcare workers reduce the number of violent incidents and increase their awareness and safety, according to studies in this paper.

Key words: emergency service; workplace violence; prevention and control; risk assessment.

Correspondence: Lorenzo Righi, U.A. Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto, Azienda USL Toscana Sud Est, Italia.
E-mail: lorenzo.righi@unisi.it

Introduzione

Una delle definizioni più accettate definisce la violenza sul posto di lavoro come: “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”.¹ In Italia, la categoria di lavoratori più colpita risulta essere quella degli operatori sanitari e nell’assistenza sociale.² Gli episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie sono un fenomeno diffuso e sottostimato, in quanto al presentarsi dell’evento non segue sempre una denuncia. Infatti, il quinto Rapporto relativo al Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella pubblicato ad Aprile 2015, riporta soltanto 165 casi di atti di violenza contro un operatore sanitario, mentre i dati Inail solo nel quinquennio 2016-2020 mostrano in media circa 2500 casi anno di infortuni nel luogo di lavoro codificati come aggressioni o minacce.³ In Italia già nel 2007, il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull’argomento inserendo gli “atti di violenza a danno di operatore” fra gli Eventi Sentinella segnalabili con flussi informativi.⁴ Poi con il Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro l’attenzione si è rivolta ai luoghi di lavoro con l’analisi e la stima del rischio delle violenze e delle aggressioni nel comparto sanitario.⁵ Infine, con la legge 14 Agosto 2020 n.113 si promuovono molteplici interventi: repressivi, preventivi ed educativi.⁶ Varie regioni hanno reso esplicite le linee di indirizzo fornito in merito alle attività da implementare nel proprio territorio. Principalmente con un programma volto sia alla prevenzione, da inserire all’interno del Documento di Valutazione dei Rischi; sia alla formazione per lo sviluppo di competenze, e la sensibilità, atte a prevenire e gestire tali eventi.^{7,8} Attualmente, sono allo studio forme di intesa tra gli enti dello Stato Italiano atte ad instaurare l’operatività in via continuativa dei posti di polizia presso tutti i pronto soccorso degli ospedali.⁹ Il Pronto Soccorso è un ambito assistenziale particolarmente rischioso per la presenza di molteplici fattori di potenziale tensione che possono sfociare in episodi di violenza a danno degli operatori sanitari. Tra essi si distinguono fattori ambientali, come l’eccessivo tempo d’attesa e il fenomeno dell’*over-crowding*; fattori soggettivi legati alla persona da assistere

o al suo accompagnatore, quali presenza di malattia mentale o aspetti a carattere psico-emozionale; fattori legati alla carenza di comunicazione, dialogo ed ascolto reciproco. Le conseguenze fisiche e psicologiche possono comportare per il sanitario rischio di stress lavoro correlato, fino alla decisione dell’abbandono della professione.¹⁰

Materiali e Metodi

È stata eseguita una revisione della letteratura seguendo la metodologia Prisma.¹¹ La ricerca delle fonti bibliografiche è stata effettuata attraverso la consultazione delle banche dati Medline, Web of Science e Scopus nei mesi di Settembre e Ottobre 2022. Il quesito a cui si è cercato di rispondere in maniera narrativa è stato “Quali sono gli strumenti validati per l’individuazione del rischio di violenza verso gli infermieri di pronto soccorso?”.

La strategia di ricerca utilizzata si è basata sul metodo PICO (Tabella 1).

Le parole chiave, utilizzate in ricerca con MESH e combinate con gli operatori booleani, sono state: Emergency Service, workplace violence, prevention and control, risk assessment. Sono stati utilizzati come operatori booleani AND e OR (Tabella 2).

Risultati

Dalla ricerca multipla sono state individuate 76 citazioni pubblicate negli ultimi 5 anni in lingua inglese ed italiana. Dopo la rimozione dei duplicati, sono stati aggiunti 5 articoli ricercati tramite riferimenti citazionali. Un totale di 69 citazioni è stato sottoposto a screening di pertinenza per titolo ed abstract. Di seguito 21 erano le citazioni potenzialmente eleggibili che, dopo avere ottenuto il full text, sono state valutate per criteri di inclusione ed esclusione. Al termine 8 studi sono stati inclusi in questa revisione narrativa. La sintesi del processo di selezione delle citazioni è descritta nel diagramma di flusso Prisma Flow chart (Figura 1 and Tabella 3).

Tabella 1. Strategia di ricerca basata su metodo PICO.

Concetti chiave		Parole di ricerca
Popolazione (P):	Utenti afferenti al Pronto Soccorso	"Emergency Service, Hospital" [Mesh]
Intervento (I):	Strumenti per la valutazione del rischio di violenza	"Prevention and control" [Subheading]
Comparazione (C):		"Risk assessment [Mesh]"
Outcome (O):	Efficacia nel riconoscimento del rischio di violenza verso gli operatori sanitari	"WorkplaceViolence" [Mesh]

Tabella 2. Stringhe di ricerca.

Banca dati	Stringhe di ricerca
PubMed	((("Workplace Violence" [Mesh]) And (("Emergency Service, Hospital" [Mesh] And "Health Personnel" [Mesh]) And ("Prevention And Control" [Subheading] Or "Risk Assessment" [Mesh])))
Web of Science	#1 [Emergency Room (Topic) Or Emergency Service (All Fields)] And (Health Workers (All Fields)) #2 Risk Assessment Tool (All Fields) Prevent (All Fields) #3 Occupational Violence (All Fields) Or Workplace Violence (All Fields) #4 [#3 And #2 And #1]
Scopus	((((Title-Abs-Key (Emergency And Room) or Title-Abs-Key (Emergency And Service))) And (Title-Abs-Key Health And Workers))) And ((All (Risk And Assessment And Tool) Or All Prevent))) And ((All (Risk And Assessment And Tool) Or All (Prevent))) And (All (Workplace And Violence))

Due studi, uno con disegno pre-post svolto in Iran ed uno descrittivo sperimentale australiano, hanno valutato l'utilità della *Brøset Violence Checklist* (BVC). Due studi statunitensi, uno retrospettivo ed uno quasi sperimentale hanno analizzato un'altra checklist: la *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA). Sempre negli Stati Uniti, uno studio prospettico di coorte si è concentrato sullo strumento *Aggressive Behaviour Risk Assessment Tool* (ABRAT), ed un programma di miglioramento della qualità svolto ha utilizzato la checklist *Emergent Documentation Aggression Rating Tool* (EDART). Infine, uno studio retrospettivo australiano ha valutato l'utilizzo della *Queensland Occupational Violence Patient Risk Assessment Tool* (QOVPRAO), ed una survey italiana ha valutato il rischio organizzativo ed ambientale tramite l'*Emergency Department Workplace Violence Questionnaire* (ED WPV-Q).

Discussione

Le checklist per valutare il rischio di violenza negli studi inclusi sono applicate nei dipartimenti di emergenza urgenza, e nello specifico in pronto soccorso (PS)¹² (Tabella 4).

Per facilitare le discussioni sono stati raggruppati questi strumenti in due macrocategorie: strumenti che intercettano i potenziali aggressori al triage oppure quelli che individuano i fattori di rischio legati all'ambiente di cura ed all'organizzazione dello stesso. Nello specifico questi ultimi sono principalmente richiesti dagli enti governativi, a livello regionale e nazionale, per la protezione dei lavoratori, motivo per cui la letteratura scientifica ha dato maggiori risultati per la prima tipologia di strumenti.

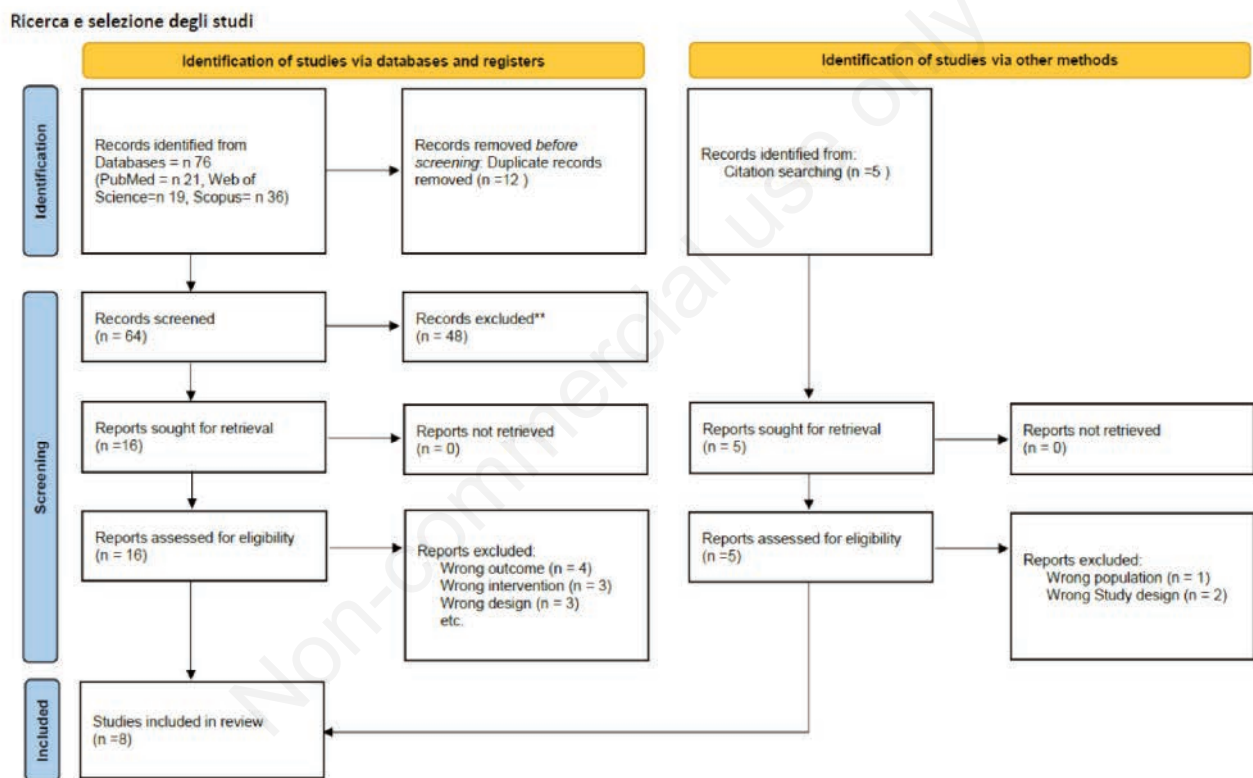


Figura 1. Diagramma di flusso che descrive il processo di screening tratto da Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.

Tabella 3. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi della revisione narrativa con metodologia Prisma.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
- Utenti Pronto soccorso	- Altri lavoratori o altri setting assistenziali
- Studi quantitativi riguardanti strumenti per la valutazione del rischio di violenza in pronto soccorso	- Studi che non applicavano strumenti di valutazione del rischio in ambiente reale d'uso
- Studi degli ultimi 5 anni	- Studi qualitativi
- Studi in lingua inglese e italiana in full text	- Studi in altre lingue o non reperimento full text

Tabella 4. Sintesi degli studi inclusi.

Autore/anno/paese	Tipologia di studio	Obiettivo	Strumento	Risultati principali
Sharifi <i>et al.</i> 2020, ¹³ Iran	Pre-post	Valutazione rischio di violenza del paziente e accompagnatore.	Brosset Violence Checklist (BYC): si valuta la presenza/assenza di indicatori: confusione, irriabilità, urla, minacce verbali, minacce fisiche, ed attacchi ad oggetti. Per ogni indicatore del comportamento viene dato punteggio di 1. La somma dei risultati [range 0-6] evidenzia 3 livelli di rischio di violenza.	Per sei settimane 37 infermieri hanno somministrato BCV, e utilizzato un protocollo di interventi preventivi in Pronto soccorso. I risultati hanno mostrato una diminuzione della gravità dell'aggressione (P<0,001) e degli episodi di violenza (P<0,001). Gli infermieri sono passati dall'adottare misure di autodifesa (preintervento) ad applicare pianificazioni preventive (post intervento).
Partridge <i>et al.</i> 2018, ¹⁴ Australia	Descrittivo sperimentale	Validità strumento BCV somministrato da personale di pubblica sicurezza	Brosset Violence Checklist (BYC)	Dei 2064 pazienti valutati, 35 pazienti (1,7%) hanno commesso un atto violento/aggressivo. La sensibilità BVC era del 45,7% e la specificità del 99,4%. Con punteggio cut-off di 3 della scala, il valore predittivo positivo era del 55,2%.
Hamrick <i>et al.</i> 2022, ¹⁵ USA	Quasi sperimentale (multicentrico)	Valutare l'efficacia dello strumento di screening DASA per il rischio di violenza in Pronto soccorso.	Dynamic Appraisal of Situational Aggression (Patient Version - DASA): si osserva la normalità o l'aumento di 7 comportamenti. Ad ogni item viene assegnato un punteggio 1, se presente aumento comportamento osservato. La somma del punteggio [range 0-7] individua un rischio: basso, moderato o elevato.	Nei 498 soggetti con disturbo comportamentale osservati in attesa al Pronto soccorso è stato riscontrato un aumento del rischio di punteggi DASA per determinate diagnosi e generi. Nel sondaggio pre-post somministrato agli operatori vi sono differenze statisticamente significative per una migliore percezione della sicurezza sul posto di lavoro.
Connor <i>et al.</i> 2020, ¹⁶ USA	Retrospectivo	Stabilire e implementare un protocollo per la valutazione aggressività.	Dynamic Appraisal of Situational Aggression (Patient Version - DASA).	Sono stati valutati 1548 soggetti, che hanno effettuato 783 accessi al pronto soccorso. L'aumento del punteggio 1 DASA era costantemente associato a maggiore probabilità di aggressione fisica. Nel confronto tra punteggi ≥ 1 versus 0. L'area sotto la curva (AUC) era pari a 0,79. IC 95% [0,77-0,82.] Il valore predittivo positivo era del 23% [IC 95% 21-24%], mentre il valore predittivo negativo era del 97% [IC 95-96-97%].
Campbell <i>et al.</i> 2021, ¹⁷ USA	Pre-post	Valutare uno strumento di screening per il rischio di violenza in pronto soccorso.	Emergent Documentation Aggression Rating Tool (EDARD): rileva la combinazione di segnali comportamentali per potenziale violenza. Classifica il paziente in 5 categorie di pericolosità. Ad ogni categoria è associato un intervento.	Sono stati valutati 32.290 pazienti ed i loro 48.492 accessi al Pronto soccorso. Nel periodo di studio il numero di escalation è aumentato da 0,61% a 1,33%, il numero di de-escalation è aumentata da 1,3% a 5,76%. La contenzione diminuita da 0,11% a 0,07%.
Cablian <i>et al.</i> 2022, ¹⁸ Australia	Retrospectivo	Testare uno strumento di valutazione del rischio di violenza nel dipartimento di emergenza	Queensland Occupational Violence Patient Risk Assessment Tool (QOVPRAO): strumento basato su tre domini: alla presenza di rischio in un dominio viene dato il punteggio di uno. La somma [range 0-3] dei punteggi definisce un differente livello di rischio.	Un campione di 5523 cartelle elettroniche ha dimostrato una alta specificità per evidenziare i pazienti non violenti [specificità 92-98%] una moderata sensibilità per individuare i pazienti violenti [sensibilità 22-55%] AUC 0,77 (IC 95% 0,7-0,81).
Kim <i>et al.</i> 2022, ¹⁹ USA	Coorte (multicentrico)	Testare l'utilità di uno strumento di valutazione del rischio di violenza nel pronto soccorso.	Aggressive Behaviour Risk Assessment Tool (ABRAT): la versione adattata per i reparti di emergenza-urgenza è composta da 16 item che indagano sulla presenza/assenza di 10 comportamenti violenti. In ciascun elemento viene assegnato 1 punto alla presenza del comportamento. Più alto è il punteggio [Range 0-10] maggiore è il rischio di violenza.	Dei 10554 soggetti 127 (1,2%) hanno commesso un atto violento/aggressivo. L'analisi ha mostrato che per il pronto soccorso l'AUC era pari a 0,91 [IC 95%, 0,87-0,95. P<0,001]. Per Cut off di punteggio ≥ 1 versus 0 la sensibilità era 84,3% (95% CI, 76,5-89,9%) e la specificità 95,3% (IC 95% CI, 94,8-95,7%).
D'Entore <i>et al.</i> 2020, ²⁰ Italia	Survey	Valutazione rischio organizzativo e ambientale.	Emergency Department Workplace Violence Questionnaire (ED WPV-Q): composto da 18 item con risposta positivo/negativo. Le domande indagano su aspetti di sicurezza ambientale ed organizzativa. Il punteggio fornisce una stima del rischio: basso, medio e alto.	La valutazione eseguita in ambiente di Pronto soccorso ha evidenziato un livello di rischio medio e l'analisi ha individuato fattori di rischio oggettivi associati al rischio violenza. Questo ha consentito di suggerire interventi organizzativi ed ambientali mirati per le criticità rilevate.

Checklist per identificare comportamenti a rischio nei pazienti

La BVC è in grado di prevedere l'aggressività, in una prospettiva di 24 ore, anche quando è somministrata da personale non sanitario, dopo adeguata formazione. Generalmente, viene utilizzata insieme a protocolli di prevenzione per il personale incentrati sulla formazione per l'adozione di comportamenti basati sull'ascolto attivo, il dialogo col paziente e la limitazione delle provocazioni. Tale strategia ha portato ad una riduzione significativa del numero di episodi di abuso verbale.¹³ Nello studio condotto da Partridge B *et al.*, vengono calcolati i rapporti di verosimiglianza positivi (odds ratio) per determinare la probabilità che un individuo abbia un comportamento violento con i punteggi cut-off di 1, 2 e 3. Con il punteggio che indica un alto rischio (≥ 3), vengono individuati più della metà dei pazienti che hanno manifestato comportamenti violenti. Con questo score si individua meno della metà di tutti i pazienti violenti (45,7%) e quasi tutti i nonviolenti.¹⁴

Anche il DASA è uno strumento predittivo di violenza nelle 24 ore successive alla somministrazione ed è associato all'uso di protocolli che prevedono interventi coerenti al livello di rischio evidenziato. Questi variano tra interventi precoci di de-escalation ed attività di diversione e, se necessari, farmaci. L'uso della checklist ha visto una notevole riduzione di interventi restrittivi, delle lesioni e dei tempi di immobilizzazione ai pazienti, ed una buona adesione all'uso da parte degli operatori per la rapidità di compilazione.^{15,16} Connor *et al.*¹⁶ hanno scoperto che circa $\frac{1}{4}$ dei pazienti con un punteggio di moderato o elevato rischio (score >1) diventerebbero violenti e la quasi totalità (95%) dei pazienti con basso rischio (score 0) non mostrerebbero comportamenti violenti. Il punteggio dell'Area sotto la Curva (AUC) rientrava nella categoria "accettabile".

La checklist EDART osserva presenza di segnali comportamentali coniugati con comportamenti aggiuntivi di rischio, come l'abuso di alcol o sostanze stupefacenti. Sono evidenziati 5 categorie comportamentali di rischio di aggressione. Per ogni categoria sono suggeriti uno o più interventi che variano, a seconda della categoria di rischio, dall'osservazione silenziosa ad interventi farmacologici e contenitivi. L'EDART ha contribuito ad un notevole miglioramento della documentazione ed a riorientare la pratica proattiva.¹⁷

Il QOVPRAO è uno strumento da utilizzare al triage. È basato sulla rilevazione sull'osservazione di 11 caratteristiche del paziente che qualificano tre domini di rischio di violenza: storia del paziente, comportamenti evidenti e presentazione clinica attuale. La presenza dei comportamenti indica al valutatore che il rischio di violenza in uno o più dei domini è presente, restituendo un livello di rischio di violenza basso, moderato e alto. Lo strumento si è dimostrato appropriato e pertinente per l'applicazione nel pronto soccorso, con una buona affidabilità e rapida esecuzione.¹⁸ Per i tre domini della QOVPRAO la sensibilità variava dal 22% al 55%; la specificità era alta per tutti (92-98%), il che indica che lo strumento è moderatamente sensibile per la previsione di pazienti potenzialmente violenti e altamente specifico per la previsione di pazienti non violenti. L'AUC ha una accettabile validità predittiva (AUC=0,77).

L'ABRAT è uno strumento utilizzato comunemente nelle degenze medico-chirurgiche, osserva 10 indicatori di comportamenti violenti tra i pazienti ricoverati. Ogni item viene valutato su una scala a due punti, presenza/assenza, e le risposte convertite in punteggio, rispettivamente 0 e 1. Lo score ottenuto indica un rischio più o meno elevato di violenza. L'ABRAT è stato ripreso e adattato al pronto soccorso aggiungendo 6 item specifici. Dai risultati iniziali sembra essere una checklist semplice ma completa con una buona sensibilità e specificità per i pazienti in emergenza.¹⁹

L'ABRAT ha mostrato una elevata capacità per i PS. L'AUC era 0,91 (95% CI, 0,87-0,95; $P < 0,001$). Con un punteggio cutoff di 4, sono identificati correttamente il 70,1% dei pazienti violenti (sensibilità) ed il 98,9% dei pazienti non violenti (specificità). Inoltre, ha mostrato che quasi la metà delle persone con punteggi ≥ 4 sarà violenta durante le visite in PS (PPV 44,3%) mentre quasi la totalità delle persone con punteggi inferiori a 4 non saranno violenti (99,6%).

Mentre per le checklist per identificare fattori di rischio ambientale e organizzativo troviamo l'ED WPV-Q che indaga 18 item a cui poter rispondere in negativo o in positivo. Le domande forniscono informazioni su aspetti di sicurezza ambientale (presenza di sistemi di allarme, aree di de-escalation, schermi protettivi alla reception, sistemi di videosorveglianza, adeguatezza di luce e spazi di attesa) ed organizzativa (presenza di momenti di riposo per l'operatore sia durante il turno che dopo il turno di notte, se l'operatore lavora da solo, se esiste una Task Force per gestire gli eventi, se vi sono ispezioni nel luogo di lavoro per prevenire la violenza e se esiste personale di sicurezza. Ad ogni domanda in base alla risposta viene dato un punteggio di 1 o 0. La somma dei punteggi fornisce una stima del rischio: basso, medio, alto. Nella sua prima applicazione nel contesto di un PS, gli autori hanno riscontrato come i lunghi tempi di attesa e la cattiva/assente comunicazione al paziente aumentasse il rischio di violenza. Per cui sono state proposte azioni correttive: nelle sale d'attesa, con schede elettroniche indicanti il percorso del paziente e i tempi di attesa approssimativi; negli operatori con interventi formativi atti a migliorare delle capacità comunicative/relazione e l'accuratezza della segnalazione degli episodi di violenza.²⁰

Conclusioni

Il fenomeno della violenza nei PS è molto complesso poiché molteplici sono le cause, gli attori e i contesti connessi all'evento. Spesso, molti episodi non vengono denunciati in quanto l'operatore che la subisce la considera non voluta dal paziente oppure giudica i sistemi di segnalazione di difficile utilizzo o dispendiosi in termini di tempo.¹⁵ Gli strumenti trovati in letteratura, nello specifico quelli ideati appositamente per il pronto soccorso, si dimostrano utili sia per l'individuare persone a rischio di violenza, sia per migliorare una corretta segnalazione degli eventi. Inoltre, con l'identificazione precoce di un comportamento aggressivo è possibile mettere in atto appropriati comportamenti preventivi e, in ultimo, mostrare una riduzione degli eventi di violenza verso gli operatori sanitari.¹²

Ad esempio, nel contesto italiano, uno strumento come il QOVPRAO,¹⁸ potrebbe essere di facile utilizzo dagli operatori per la rapidità di compilazione, ed in associazione con le misure di prevenzione strutturali ed organizzative, potrebbe costituire un primo approccio sistematico nel pronto soccorso per fornire varie soluzioni atte a diminuzione i vari rischi, reali e percepiti.

Bibliografia

1. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Violence - Occupational Hazard in Hospitals. Aprile 2002. Disponibile presso: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002101/default.html>, ultima consultazione il 22/11/2022.
2. Ramacciati N, Ceccagnoli A. Violence and aggression in the emergency department: an operative approach. Scenario 2012;29:32-8.
3. Rossi P, Mele A, Punziano A. Consulenza statistico attuariale

- Inail, i dati Inail sugli episodi di violenza nei confronti degli operatori della sanità. 2020. Disponibile presso: https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-factsheet-violenza-professionisti-sanitarie-inail-2022_6443174670061.pdf (Ultima consultazione il 18/11/2022).
- Ministero della Salute. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007. Disponibile presso: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf (Ultima consultazione il 18/11/2022).
 - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Disponibile presso: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/s-g> (Ultima consultazione il 18/11/2022).
 - Legge 14 agosto 2020, n. 113. Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Disponibile presso: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/09/20G00131/s-g> (Ultima consultazione il 18/11/2022).
 - Delibera 6 Agosto 2018, n. 913. Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR. Disponibile presso: <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2018DG0000001071> (Ultima consultazione il 18/11/2022).
 - Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e sociosanitari. Disponibile presso: https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/le-raccomandazioni-regionali-1/linee-di-indirizzo-prevenzione-atti-di-violenza_np.pdf/@/@/download/file/linee%20di%20indirizzo%20prevenzione%20atti%20d%20violenza_np.pdf (Ultima consultazione il 18/11/2022).
 - Regione Lombardia Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15. Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario. (Ultima consultazione il 18/11/2022). Disponibile presso: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accssibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002020070800015>
 - Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Alvaro R. Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro: protocollo di studio osservazionale analitico multicentrico nazionale. *Studio CEASE-IT. L'infermiere* 2021;58:2:e18-e25.
 - Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.
 - Calow N, Lewis A, Showen S, Hall N. Literature Synthesis: Patient Aggression Risk Assessment Tools in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2016;42:19-24.
 - Sharifi S, Shahoei R, Nouri B, et al. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *Int Emerg Nurs* 2020;50:100813.
 - Partridge B, Affleck J. Predicting aggressive patient behaviour in a hospital emergency department: An empirical study of security officers using the Brøset Violence Checklist. *Australasian Emerg Care* 2018;21:31-5.
 - Hamrick B, Van Hassel T, Snyder D, Stephens C. Screening for Behavioral Health Patient Aggression in Emergency Departments to Reduce Workplace Violence. *Emerg Nurs* 2022;S0099-17672200237-9.
 - Connor M, Armbruster M, Hurley K, et al. Diagnostic Sensitivity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression to Predict Violence and Aggression by Behavioral Health Patients in the Emergency Department. *Emerg Nurs* 2020;46:302-9.
 - Campbell E, Jessee D, Whitney J, et al. Development and Implementation of an Emergent Documentation Aggression Rating Tool: Quality Improvement. *Emerg Nurs* 2021;47:696-706.
 - Cabilan CJ, McRae J, Learmont B, et al. Validity and reliability of the novel three-item occupational violence patient risk assessment tool. *J Adv Nurs* 2022;78:1176-85.
 - Kim SC, Kaiser J, Bulson J, et al. Multisite study of Aggressive Behavior Risk Assessment Tool in emergency departments. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2022;3:e12693. Published online on 2022 Mar 17th.
 - D'Etto G, Caroli A, Pellicani V, Ceccarelli G. Preliminary risk assessment of workplace violence in hospital emergency departments. *Ann Ig* 2020;32:99-108.

Contributi: BP, CC, VT, ST, MR, FDA, LR, disegno dello studio; BP, CC, VT, ST, raccolta e analisi dei dati; BP, CC, VT, ST, LR, scrittura manoscritto. Tutti gli autori hanno approvato la versione finale del manoscritto.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse e tutti gli autori confermano l'accuratezza.

Disponibilità di dati e materiali: tutti i dati analizzati in questo studio sono disponibili nel presente articolo.

Approvazione etica e consenso alla partecipazione: lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi contenuti nella dichiarazione di Helsinki sulla ricerca biomedica. L'elaborazione dei risultati è stata effettuata in forma aggregata, non ha determinato nessuna diffusione informativa e non sono stati presi in considerazione dati di salute o genetici; per tale motivo, non è stata necessaria un'autorizzazione preliminare da parte del locale Comitato etico.

Consenso alla pubblicazione: non applicabile.

Ricevuto: 19 Gennaio 2023. Accettato: 5 Maggio 2023.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2023; 40:558

doi:10.4081/scenario.2023.558