

“Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso”. Report di ricerca.

Nicola Ramacciati

Dottore di Ricerca in Scienze Cliniche (Curriculum Scienze Infermieristiche)¹

Infermiere Coordinatore²

Professore a contratto³

- 1. Università degli studi di Firenze**
- 2. Azienda Ospedaliera di Perugia**
- 3. Università degli studi di Perugia**

Introduzione

Gli atti di violenza e le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un fenomeno particolarmente rilevante e sempre più diffuso in tutto il mondo (Krug, 2002). Secondo l'*International Council of Nurses* (ICN) gli operatori sanitari sono più esposti agli atti di violenza rispetto guardie penitenziarie e agenti di polizia (ICN, International Council of Nurses, 2010). Tant'è che, per affrontare il problema della violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario, importanti organismi internazionali hanno fornito, da tempo, specifiche indicazioni (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

I più vulnerabili, tra tutti i “lavoratori della salute”, sono gli infermieri, particolarmente quelli di Pronto Soccorso, soprattutto se impegnati nell'attività di triage (Pitch, et al., 2011), come ben evidenziato dagli studi condotti dall'*Institute for Emergency Nursing Research* (ENA, s.d.), ente di ricerca dell'associazione statunitense degli infermieri di emergenza (*Emergency Nurses Association*), che tra l'altro ha da tempo assunto una propria posizione sulla violenza nei setting di Pronto soccorso (ENA, 2011).

Anche in Italia il Ministero della Salute è intervenuto sul problema emanando nel 2007 una specifica raccomandazione (Ministero della Salute, 2007) inserendo, a partire dal 2006, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari tra gli eventi sentinella monitorati dal SIMES ossia il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (Ministero della Salute, 2006). Il recente insediamento presso il Ministero della Salute dell'*Osservatorio Permanente per la garanzia della sicurezza e per la*

prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari (Ministero della Salute, 2018), sottolinea se ce ne fosse ancora bisogno, quanto questo problema sia estremamente grave ed esteso (Ramacciati & Rasero, 2018).

Da quando nel 2006 gli “atti di violenza a danno degli operatori sanitari” sono stati considerati dal nostro Ministero della Salute un Evento Sentinella, il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità ha ricevuto 165 segnalazioni (pari all’8,6% del totale degli eventi sentinella) di cui 4 decessi dell’operatore (Ministero della Salute, 2015). La lettura progressiva dei Report fino ad oggi pubblicati dal Ministero della Salute (2007, 2009, 2011, 2013, 2015) rivela che le segnalazioni per gli Atti di Violenza verso gli operatori sanitari giunte all’Osservatorio a partire dal 2006 fino all’ultimo report disponibile (il numero 5 pubblicato nel 2015) sono state rispettivamente pari al 2,9%, 5,5%, 9,02% e 8,6% del totale degli eventi sentinella segnalati al SIMES (vedi il trend grafico di Figura 1). Di queste, da contatti personali informali intercorsi con i ricercatori dell’Osservatorio, una quota rilevante riguarda proprio gli infermieri di Pronto Soccorso. Tuttavia, come espressamente ribadito e richiamato anche nei Report: “*le informazioni raccolte non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella*”(Ministero della Salute, 2015, p.12).

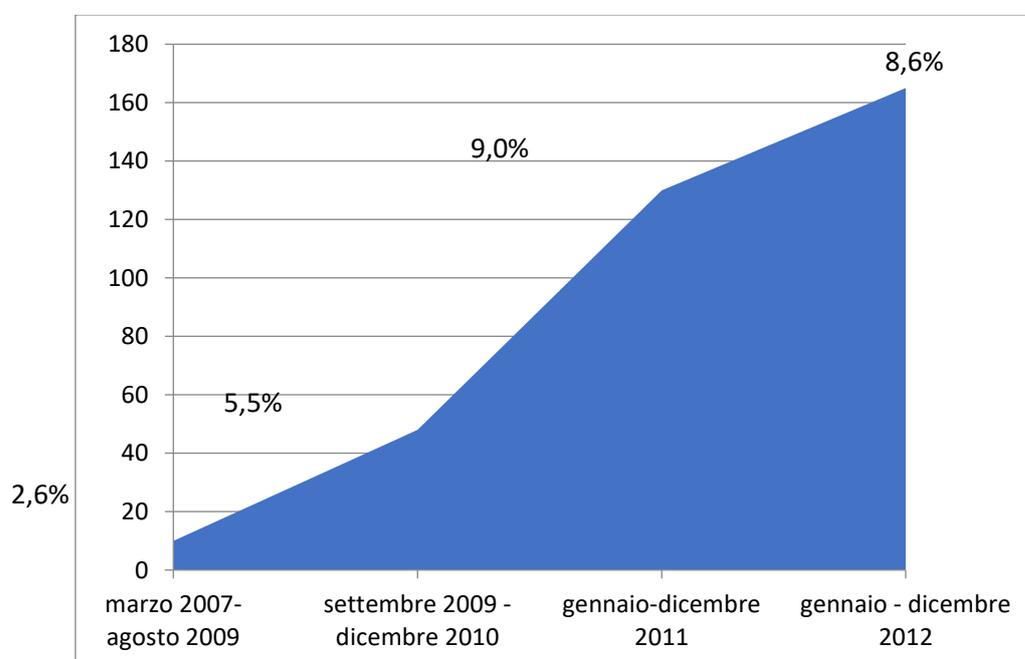


Figura 1 Frequenza cumulata degli Eventi Sentinella n.12 “Atti di violenza a danno di operatore” da marzo 2007 a dicembre 2012. Fonte: elaborazioni nostre da (Ministero della Sanità, 2007; 2009; 2011; 2013; 2015)

Questo porta ad affermare che, purtroppo, ad oggi in Italia non sono disponibili fonti statistiche in grado di delineare un quadro dettagliato del fenomeno nel contesto specifico del Pronto Soccorso, se non lo studio di Becattini et al del 2007. L'indagine di Becattini e colleghi, condotta in 14 regioni italiane rappresentative dell'intero territorio nazionale, aveva visto coinvolte 15 strutture di PS in cui si evidenziava come quasi tutti gli infermieri intervistati avevano riferito di essere stati aggrediti verbalmente (90% del totale) o di aver assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi (95% degli intervistati). Una quota ragguardevole del campione aveva dichiarato di aver subito atti di violenza fisica (35%) e più della metà di esserne stato testimone (52%); poco meno di un terzo degli infermieri aveva avuto bisogno di cure mediche a causa di un'aggressione (31%), con prognosi fino a 5 giorni (13%), da 5 a 15 giorni (11%), o superiore a 15 giorni (6%) (Beccatini, et al., 2007).

È, quindi, chiaro che non si può prescindere dell'indagine epidemiologica riguardo questo problema, pur nella consapevolezza che la rappresentazione puntuale dell'incidenza degli episodi di violenza verso gli infermieri di PS nel contesto lavorativo è ancora notevolmente sottostimata per il noto fenomeno della sotto-segnalazione delle aggressioni (*under-reporting*), ben descritto in letteratura (Kennedy, 2005; Hogarth, et al., 2016). Ecco, quindi, che indagini e studi osservazionali basati su *survey* rappresentano ancora oggi un campo di ricerca fecondo e fondamentale. Proprio partendo da un'attenta revisione della letteratura, e quindi da alcune selezionate survey è stato sviluppato lo strumento di ricerca (questionario QuIN16VIPs) per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso promossa dall'Università degli Studi di Firenze all'interno del Dottorato di Ricerca in Scienza Cliniche in partnership con l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica – Aniarti (In figura 1 il logo ufficiale). Questo studio è stato pubblicato nel numero 3/2016 dell'Organo ufficiale dell'associazione scientifica Aniarti *Scenario* (Ramacciati, et al., 2016d).



Figura 2 Logo Ufficiale dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso.

Scopo

Lo scopo della nostra indagine è stato duplice, da un lato, misurare e descrivere la dimensione della violenza nella realtà nazionale, dall'altro, analizzare i fattori che influenzano il problema della violenza verso gli infermieri nello specifico contesto dei Pronto Soccorso italiani.

Materiali e metodi

Per poter raggiungere questo obiettivo, è stato costruito un apposito strumento di rilevazione: il "Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso" denominato QuIN16VIPs. Questo questionario è stato sottoposto a studio di validazione di contenuto e di facciata oltre che utilizzato in uno studio pilota che ne ha valutato la fruibilità, misurazione del tempo di compilazione e stabilità.

Lo studio di validazione del QuIN16VIPs è stato oggetto di pubblicazione nella rivista infermieristica *Scenario* (Ramacciati, et al., 2016d).

In questo report vengono proposti sinteticamente i risultati dello studio di triangolazione (quali/quantitativo) sui dati raccolti tramite la survey nazionale, condotta dal 19 Luglio 2016 al 19 marzo 2017. La survey strutturata on line è stata pubblicata sul sito ufficiale dell'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (Aniarti) società scientifica infermieristica patrocinante lo studio. Il primo autore (NR) nel ruolo di *Principal Investigator* ha contattato tutti i 668 servizi di Pronto Soccorso attivi in Italia al momento dell'indagine, secondo la lista fornita dal Ministero della Salute

tramite il sito ufficiale ministeriale, registrando al contempo la numerosità della popolazione infermieristica per ciascun servizio (ammontante in Italia nel periodo di indagine a 15.816 unità). Questo ha consentito di poter raggiungere la più ampia platea possibile di infermieri di emergenza e di coprire l'intero territorio nazionale. Il disegno di ricerca dell'Indagine prevedeva di raggiungere la rappresentatività campionaria (superamento della soglia del 5% degli infermieri presenti in ogni regione) in almeno il 95% del territorio italiano (19 regioni su 20), ma anche di effettuare l'analisi della potenza del campione (*power analysis*) e calcolarne la dimensione adeguata (pari a 826 unità) con un intervallo di confidenza del 95% e un margine di errore piccolo (massimo 2%) in base ai dati sull'incidenza del fenomeno stimati da Becattini e colleghi nel loro studio del 2007 (Becattini, et al., 2007).

I rispondenti complessivi sono stati 1.100 con superamento della soglia del 5% in tutte le regioni italiane ad esclusione della Campania (1,9%).

L'analisi qualitativa della domanda aperta posta al termine del questionario ha evidenziato nelle risposte dei 245 rispondenti la presenza di 4 temi maggiori e 28 temi minori. Tutte le tematiche/essenze emerse sono state discusse secondo i 4 domini del nostro framework di riferimento (il costrutto "GAVEN"). Lo studio qualitativo dei dati provenienti dall'Indagine Nazionale è stato pubblicato sull'*International Journal of Nursing Studies* (Ramacciati, et al., 2018c), mentre quello quantitativo, derivato dall'analisi sia di tipo descrittivo-correlazionale (prevalentemente analisi delle frequenze e Test del χ^2) che inferenziale (analisi della regressione multipla multinomiale) sono in corso di pubblicazione sulla rivista internazionale *Journal of Nursing Management*. (Ramacciati, et al., 2019)

Le caratteristiche del campione sono brevemente descritte nella tabella 1.

Risultati analisi qualitativa

Dall'analisi qualitativa dei dati sono emersi ventisette temi minori, raggruppati in quattro temi principali: *percezione degli infermieri del fenomeno, fattori precipitanti, conseguenze e soluzioni*. I temi principali e secondari, così come le parole chiave delle frasi, secondo questo schema, sono mostrati nella seguente Tabella 2.

Risultati analisi quantitativa

Frequenza della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso

Il primo risultato emergente dalle risposte alla domanda: “Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?” (itemn.11 del QuIN16VIPs) è che il 76,0% degli infermieri di emergenza, che ha risposto al sondaggio, riferisce che nell’ultimo anno di servizio è stato esposto a violenza verbale, il 15,5% a violenza sia verbale e che fisica e solo l’8,5% nega di esserne stato vittima. Il numero di intervistati esposti esclusivamente alla violenza fisica è risultato molto basso pari allo 0,61%. Questo risultato può essere considerato valido per l’intera popolazione infermieristica di emergenza italiana con un margine di errore di ± 2 con un intervallo di confidenza del 95%.

Caratteristiche della violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso

Una sintesi delle caratteristiche riferite dagli intervistati in relazione agli atti di violenza nei confronti di un infermiere di emergenza (*sub-items* n.11/a.2; 11/b.2; 11/b.3; 11/b.4; 11/c.3; 11/c.4; 11/c.5; 11/c.6 del QuIN16VIPs) è riportata in dettaglio nella Tabella 3. La scortesia e la maleducazione (94,0%), la minaccia di azioni legali di chiamare le Forze dell’Ordine (77,4%) gridare/urlare/rumoreggiare (77,0%) sono i comportamenti violenti verbali più frequentemente riferiti. Per quanto riguarda la violenza fisica, la *survey* ha registrato che i comportamenti più spesso riportati sono lo strattonamento (50,4%), la spinta (40,3%), dare pugni o schiaffi (36,4%). Le aggressioni con le armi sono risultate limitate a un caso (0,8%) e riguardanti esclusivamente un coltello. Non ci sono stati attacchi con armi da fuoco (0,0%), ma segnalati casi di minacce con armi reali o oggetti usati come armi (5,6%). Le braccia (60,9%), il torace (33,6%) e faccia (28,1%) sono risultate le parti del corpo più colpite, principalmente a causa di contusioni/lividi/ematomi (60,9%) e di graffi/abrasioni (50,0%).

Secondo le risposte per l’*item*12. del QuIN16VIPs, i principali “attori” delle violenze sono i parenti e gli accompagnatori (85,3%), seguiti dai pazienti (75,0%) e dai visitatori (18,6%). Gli intervistati che hanno subito violenza verbale hanno indicato che i visitatori e gli accompagnatori erano i responsabili della violenza rispettivamente pari all’87,5% e 83,0%, mentre il 77,9% riferiva i pazienti come responsabili. Coloro che hanno sperimentato entrambi i tipi di violenza (fisica e verbale) hanno indicato che i pazienti nel 17,2% delle risposte rispetto all’11,5% e al 9,2% dei visitatori e degli accompagnatori. Tuttavia, poiché gli intervistati potevano selezionare più di una risposta alla domanda sull’autore del reato, non è possibile testare statisticamente l’associazione tra il perpetratore e il tipo di violenza. La Tabella 3 mostra anche i fattori percepiti come cause della

WPV (investigati dagli *items* 13.; 14.; 15. del QuIN16VIPs). I lunghi tempi di attesa (79,7%), il sovraffollamento (76,0%) e la sensazione di mancanza di cura (56,1%) sono state le cause principali riferite come innescanti i comportamenti violenti dei pazienti e delle persone che li accompagnano. Tra le condizioni patologiche a rischio di reazioni aggressive o violente, gli infermieri di emergenza hanno indicato ubriachezza (44,6%), agitazione (43,2%), essere sotto l'effetto di droghe (28,6%) e le condizioni di alterazione psichiatrica (27,9%). Il triage è stata definita l'attività infermieristica più rischiosa per la violenza (86,3%). Di conseguenza, l'area di triage (85,9%), la sala d'attesa (41,2%) e l'area di accoglienza (37,4%) sono risultati i luoghi in cui gli episodi violenti si verificavano più frequentemente. Per i rispondenti (che potevano dare anche più di una risposta alla domanda n. 16 del QuIN16VIPs) l'effetto che l'assistere ad un atto violento produce sugli astanti, ovvero altri pazienti o accompagnatori presenti al momento della violenza, è l'*attivazione*, ossia l'emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi o diventare essi stessi violenti (n.279 risposte). Mentre le altre due possibili opzioni hanno raccolto un uguale e minor consenso dagli infermieri rispondenti: 247 *indifferenza* (nessun effetto) e 245 *disapprovazione* (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento).

Sistemi di segnalazione

Nella *survey* (*items* 20.; 21.; 22.; 23. del QuIN16VIPs) sono stati considerati altri temi rilevanti, come quelli relativi alla registrazione e segnalazione degli episodi di violenza. Nel campione, oltre la metà degli infermieri di emergenza (57,0%) hanno evidenziato la mancanza di procedure aziendali per la segnalazione degli atti di violenza. L'infermiere coordinatore (62,1%), gli altri colleghi (61,6%) e il medico di turno del PS (56,3%) sono coloro che ricevono prevalentemente la segnalazione dall'infermiere vittima di violenza; segnalazioni prevalentemente informali: la modalità verbale è la più utilizzata (78,3%), mentre quella scritta è molto meno utilizzata (32,6%). Solo in pochissimi casi è stato compilato un modulo di segnalazione di *incident reporting* generico (8,5%) o specifico (8,3%) oppure la scheda di segnalazione dell'evento sentinella n.12 "Atti di violenza verso gli operatori sanitari" (1,9%).

Fattori associati alla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso

La Tabella 4 mostra i fattori associati alla violenza verbale e fisica contro gli infermieri di emergenza secondo le risposte fornite dagli infermieri partecipanti all'Indagine. Coerentemente con il costruito

dell'Approccio Globale alla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (GAVEN *Global Approach to Violence towards Emergency Nurses*) diversi elementi caratterizzanti la violenza, suddivisi nei 4 domini del modello (*interno, esterno, ambientale e organizzativo*) e misurati dagli items 1.; 2.; 3.; 4.; 5.; 6.; 7.; 8.; 9.; 19.; 24.; 25.; 26.; 27.; 28. del QuIN16VIPs sono stati associati alla variabile di ricerca (essere stati vittima di atti violenti verbali, sia verbali che fisici, oppure a nessun episodio nel corso dell'ultimo anno di lavoro in Pronto Soccorso) per individuare eventuali correlazioni statisticamente significative tramite il test del chi-quadro. Nell'ultima colonna di destra della Tabella 4 si possono leggere i valori della p per ogni fattore considerato. La correlazione è confermata per valori di $p < 0.05$.

Misure di contrasto alla violenza

In base alle risposte date all'item n.19 del QuIN16VIPs sono state analizzate le caratteristiche regolamentarie, di sicurezza, architettoniche e di comfort presenti nei Pronto Soccorso in cui i rispondenti lavoravano al momento dell'Indagine come variabili incrementali (vedi Tabella 26). Considerate invece individualmente queste sono risultate rispettivamente:

Misure regolamentarie

- cartellonistica informativa multilingue (26,3%)
- regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori (21,1%)
- segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero") (3,3%)
- pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori (3,1%)
- pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo (1,5%)

Misure architettoniche

- ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica) (32,0%)
- postazione infermieristica chiusa (25,6%),
- impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate (24,9%)
- medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno (14,1%)
- medicherie/box di trattamento con via di fuga (4,8%)

Misure di sicurezza

- telecamere di sicurezza/videosorveglianza (41,6%)
- pulsante di allarme(allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia) (15,6%)
- vetri antiproiettile/antifondamento (9,9%)
- pulsante panico/allarme silenzioso (3,9%)
- specchi per spazi/aree non visibili (1,3%)
- metaldetector (0,0%)

Misure di comfort

- dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort (54,8%)
- televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi (39,3%)
- giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori (12,8%)
- impianto sonoro con musica/filodiffusione (7,5%)

Prendendo in considerazione le diverse variabili del questionario che potrebbero avere qualche associazione con la violenza verbale o la violenza sia fisica che verbale è stata eseguita un'analisi di regressione logistica multinomiale (vedi tabella 5)

Effetti della violenza sugli infermieri di emergenza

Le conseguenze della violenza sugli infermieri sono riportati nella Tabella 6. I vissuti degli infermieri vittime della violenza sul posto di lavoro stati osservati anche attraverso la lente della ricerca fenomenologica utilizzata per l'analisi qualitativa dei risultati di questo studio (Ramacciati et al., 2018b).

Limiti dello studio

Esistevano tre possibili *bias* di selezione: di inadeguata copertura della popolazione analizzata (*under-coverage*), l'auto-selezione degli intervistati, il comportamento fraudolento. Per quanto riguarda il rischio di sottocopertura, questo era basso perché nel periodo di indagine il 89,9% della popolazione italiana di età compresa tra 11 e 74 anni aveva accesso sia da casa che dal lavoro a Internet (Audiweb, 2017). Inoltre, il nostro sondaggio online era disponibile anche per l'accesso tramite smartphone e l'uso degli smartphone tra infermieri italiani è molto diffuso (Pucciarelli, et al., 2017). Invece, esisteva il rischio di un bias di auto-selezione, spesso descritto in letteratura, che

porterebbe alla sovrastima della percentuale di intervistati che hanno affermato di essere stati vittime di violenza verbale o fisica; al contempo però l'elevata ampiezza della WPV riscontrata sia in precedenti studi italiani che in letteratura, riduce considerevolmente il margine di errore anche in presenza di un piccolo tasso di risposta (nel nostro sondaggio pari al 7%).

Da ultimo, poiché i dati sono stati raccolti utilizzando un sito Web che non richiedeva ai rispondenti registrazioni per l'accesso, esiste la possibilità di compilazioni fraudolente, ad esempio ripetendo più di un accesso.

Inoltre, il nostro studio ha utilizzato dati retrospettivi autodenunciati e percezioni personali riguardo all'esperienza del WPV nei precedenti 12 mesi. Il cosiddetto *recall-bias* potrebbe aver influito sulla precisione delle risposte. Tuttavia, questa è stata una scelta forzata per poter confrontare i nostri risultati con quelli presenti in letteratura. La maggior parte degli studi internazionali, infatti, utilizza questo intervallo temporale per determinare l'incidenza degli atti violenti nel personale sanitario. Un altro limite è legato alle caratteristiche culturali e organizzative tipiche dell'Italia, ossia che il sistema sanitario italiano è pubblico e garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, che i Dipartimenti di Emergenza offrono trattamenti gratuiti a tutti i pazienti e una compartecipazione ai costi solo per i codici non urgenti. Anche se queste considerazioni possano suggerire che i risultati non siano applicabili in altri contesti, siamo convinti che questi, per la presenza di numerose analogie presenti negli studi provenienti da differenti Paesi e continenti, possano essere traslati utilmente in altri contesti sanitari e culturali (Ramacciati et al., 2016b). Un'altra possibile limitazione è, infine, il rischio di errore di Tipo I a causa di molti test statistici eseguiti.

Conclusioni finali

Siamo consapevoli che il problema della violenza nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso è eccezionalmente complicato, come evidenzia anche il numero crescente di teorie e modelli concettuali elaborate negli anni per spiegare il fenomeno della WPV (Ramacciati et al., 2018b). In ogni caso, possono essere fatte diverse considerazioni per orientare le scelte di azione per contrastare il fenomeno. Prima di tutto, creare una forte alleanza tra utenti e personale sanitario, per ripristinare il rapporto di fiducia tra le parti (Babaei et al., 2018). Fiducia da ricostruire tra infermieri e dirigenti/manager (AONE & ENA, 2014), che spesso sono percepiti come disinteressati e insensibili alla richiesta di aiuto da parte degli infermieri di emergenza (Luck, et al., 2008;

Ramacciati, et al., 2018a). Le migliori condizioni per l'aiuto e il sostegno alle vittime di violenza devono essere cercate il prima possibile. In particolare, promuovendo le migliori strategie di coping (coping focalizzato sul problema vs coping focalizzato sull'emozione) (Rasero & Ramacciati, 2018), in grado di ridurre significativamente l'intenzione di lasciare e il turnover. Indirizzare gli interventi nei confronti degli infermieri più giovani e inesperti, che sono i più vulnerabili e i più esposti alla violenza (Gillespie, et al., 2010). Investire in barriere fisiche e adottare misure architettoniche appropriate è stata confermata quale valida strategia da seguire (Martinez, 2016). Sebbene non vi siano ancora prove di efficacia che possano supportare interventi specifici per contrastare la WPV, alcuni studi hanno dimostrato la maggiore efficacia degli approcci globali, rispetto agli interventi mirati individuali (Ramacciati et al., 2016a). Le raccomandazioni delle associazioni infermieristiche come l'*American Organization of Nurse Executives* e l'*Emergency Nurses Association* (2014), o le linee guida internazionali (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002) e nazionali (Kahveci, et al., 2017; Wiskow, 2003), indicano strategie utili per l'attuazione di questi interventi ad ampio raggio. Infine, la natura trasversale di questo studio ha permesso di individuare alcuni fattori significativamente associati alla violenza, ma non ha permesso un'indagine definitiva sulla causalità. In accordo con Alameddine et al. (2011) la ricerca futura in questo campo richiederà studi longitudinali. Siamo fermamente convinti che, continuare a esplorare tutte le dimensioni del problema, sia essenziale per chiarire i meccanismi causali del comportamento aggressivo e sviluppare strategie efficaci per contrastare la violenza contro gli infermieri e gli altri operatori sanitari.

Ringraziamenti finali

Grazie a tutti i colleghi e le colleghe che hanno partecipato alla validazione e alla prima sperimentazione del questionario QuIN12VIPs e a tutti gli infermieri e le infermiere rispondenti alla survey nazionale. La numerosità e l'estensione territoriale del campione ha reso questa survey una tale più grandi indagini nazionali mai effettuate a livello internazionale. Con le loro risposte e la condivisione del proprio vissuto è stato possibile analizzare il fenomeno della violenza verso gli infermieri nello specifico contesto del Pronto Soccorso, come non mai in Italia.

Un ringraziamento particolare va ai miei compagni di viaggio in questa ricerca: ai colleghi Andrea Ceccagnoli e Beniamino Addey con i quali ho iniziato quasi 10 anni fa ad affrontare il problema della WPV e a muovere i primi passi nella ricerca in questo campo e ai colleghi che si sono aggiunti cammin facendo: Andrea Mezzetti di Aniarti, Enrico Lumini e Stefano Bambi dell'Università di Firenze, il ricercatore Alessio Gili dell'Università di Perugia e la Prof.ssa Laura Rasero mia tutor e supervisore nel Dottorato di Ricerca in Scienze Cliniche (indirizzo Scienze Infermieristiche) dell'Università degli studi di Firenze, che ha accolto, supportato e creduto fortemente in questo filone di ricerca. Grazie a tutti. Nicola Ramacciati

Tabelle

Caratteristiche	Rispondenti totali (N=1.100)				Sottogruppo (N=265)			
	N	%	M ₁ DS	min-max	N	%	M ₁ DS	min-max
Sesso								
Donna	599	54,8			144	54,3		
Uomo	430	39,0			119	44,9		
Non dichiarato	71	6,2			2	0,8		
Età								
(Anni)			41	± 9 20 – 65			42	± 9 25 - 65
Anzianità lavorativa complessiva (anni)			16	± 10 1 – 40			18	± 9 2 - 39
in PS (anni)			10	± 7 1 – 38			11	± 8 1 - 37
Titolo professionale								
Diploma regionale	433	39,4			130	49,1		
Laurea Triennale / DUI-DUSI	593	53,9			134	49,4		
Laurea Magistrale	54	4,9			18	6,8		
Non dichiarato	20	1,8			2	0,8		
Master								
Coordinamento	169	15,5			51	19,2		
Area Critica	97	8,9			28	10,6		
Emergenza	55	5,0			13	4,9		
Infermieristica forense	25	2,5			12	4,5		
Titoraggio clinico	7	0,6			2	0,8		
Altro	62	5,7			25	9,4		

Tabella 1 Caratteristiche del campione totale dei rispondenti all'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso e i rispondenti alla domanda aperta finale (Sottogruppo). Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.23).

Dimensioni del costruito del "Global Approach to Violence towards Emergency Nurses"	4 Temi maggiori suddivisi secondo le 4 dimensioni del "Global Approach to Violence towards Emergency Nurses"	Temini minori	Parole chiave delle frasi
Interna (Infermiere di Pronto Soccorso)	Percezione degli infermieri riguardo la Violenza sul posto di lavoro in Pronto Soccorso	Parte del lavoro Poco studiato Non segnalato	Fenomeno diffuso Rassegnazione Poco studiato Under-reporting
	Fattori precipitanti correlati agli infermieri	Scarse capacità comunicative Accesso in PS non urgenti	Infermieri come attivatori della violenza Scarse capacità comunicative Accesso in PS non urgenti
	Conseguenze sugli infermieri	Sentirsi soli Vittimizzazione secondaria Burnout	Abbandonati Solitudine Vittime secondarie Stress emozionale Frustrazione Burnout "In guerra"
	Soluzioni per gli infermieri	"In Guerra" Più formazione	Formazione dedicata Corsi di auto-difesa

Esterna (Pazienti/familiari)	Fattori precipitanti correlati al paziente	Immagine "mediatica" degli infermieri	Mass media Ruolo professionale non riconosciuto Utenti prevenuti/pregiudizi
		Immagine "sociale" degli infermieri	sull'attesa Bersaglio dei pazienti Cure immediate dovute
		Bersaglio per gli utenti	Uso non corretto del PS Maleducazione Elementi culturali
		Maleducazione Determinanti sociali e culturali	Basso ceto sociale Utenti Extracomunitari
Organizzativa	Fattori organizzativi	Conseguenze sui pazienti Soluzioni per i pazienti	Minore sicurezza del paziente Risonanza mediatica del lavoro nel pronto soccorso Informazioni e campagne educative
		Dirigenti e dirigenti disinteressati	Cattiva gestione Disinteresse del management Non protetto
		Sottovalutazione del fenomeno understaffing Non protetto	Disinteresse del Collegio professionale Episodi di violenza tollerati sottovalutazione Interventi di sicurezza e polizia inefficaci Understaffing
		Conseguenze sull'Organizzazione Soluzioni organizzative	Costantemente in pericolo Più protezione Più personale
Ambientale	Soluzioni ambientali	Locali adeguati	Non giustificare mai atti di violenza Campagna di sensibilizzazione aziendale Procedure / protocolli per la gestione dei pazienti violenti Attivazione dei sistemi di segnalazione Rafforzamento dei servizi di polizia e di sicurezza (presenza di polizia 24 ore su 24) Norme anti-violenza Indennità di rischio Ambienti adatti con misure strutturali adeguate

Tabella 2 Temi maggiori, minori e parole chiave delle frasi, suddivisi in base al costruito dell'"Approccio globale alla violenza nei confronti degli infermieri di emergenza". Fonte: (Ramacciati, et al., 2018c, p.25).

Variabili descrittive	n (%)*
Tipo di violenza verbale (n=747)	
scortesia/maleducazione	702 (94,0)
minaccia di denunce/azioni legali	578 (77,4)
grida/urla/rumoreggiamenti	575 (77,0)
commenti sarcastici	480 (64,3)
interruzioni e non essere ascoltati/ignorati	447 (59,8)
ricevere maledizioni e imprecazioni	417 (55,8)
umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo	417 (55,8)
minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi))	369 (49,4)
linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali	308 (41,2)
minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)	42 (5,6)

Tipo di violenza fisica (n=129)	
Strattonamento	65 (50,4)
spintonato/a	52 (40,3)
colpito da una persona (pugni, schiaffi)	47 (36,4)
Graffiato	31 (24,0)
bersaglio di sputi	28 (21,7)
colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)	26 (20,2)
preso a calci	19 (14,7)
Morso	11 (8,5)
Pizzicato	10 (7,7)
stretta al collo/strangolamento	5 (3,9)
tirato per i capelli	5 (3,9)
vomitato addosso volontariamente	2 (1,5)
Accoltellato	1 (0,8)
violentato/stuprato	0 (0,0)
Sparato	0 (0,0)
Parte del corpo coinvolta (n=128)	
Braccia	78 (60,9)
Torace	43 (33,6)
Faccia	36 (28,1)
Mani	33 (25,8)
Spalle	22 (17,2)
Gambe	22 (17,2)
Testa	17 (13,3)
Testa	15 (11,7)
Addome	12 (9,4)
Schiena	10 (7,8)
Piedi	4 (3,1)
fianchi/natiche	2 (1,6)
Genital	1 (0,8)
Tipo di lesioni (n=128)	
contusioni/lividi/ematomi	78 (60,9)
graffi/abrasion	64 (50,0)
esposizione a liquidi corporei	18 (14,1)
distorsioni/distrazioni/strappi	16 (12,5)
lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)	7 (5,5)
Fratture	3 (2,3)
traumi chiusi	3 (2,3)
Caratteristiche o in che situazioni/contesti si presentava la persona violenta(n=791)	
pz o accompagnatore di pz in attesa prolungata	631 (79,7)
pz o accompagnatore di pz in PS affollato	601 (76,0)
pz o accompagnatore di pz che lamenta indifferenza da parte del personale sanitario	444 (56,1)
pz o accompagnatore di pz che lamenta mancata presa in carico	356 (45,0)
pz con intossicazione alcolica	353 (44,6)
pz agitato	342 (43,2)
pz sotto effetto di droga	226 (28,6)
pz psichiatrico	221 (27,9)
pz minorenne o accompagnatore di pz pediatrico	143 (18,1)

pz in astinenza da droghe	93 (11,8)
pz sottoposto a contenzione fisica	80 (10,1)
pz anziano con demenza/ M. di Alzheimer	78 (9,9)
nessuna particolare caratteristica	36 (4,5)
Altro	28 (3,5)
pz affetto da trauma cranico	13 (1,6)
Aree del Pronto Soccorso dove avvengono gli episodi di violenza(n=801)	
Triage	670 (83,6)
sala di aspetto generale	330 (41,2)
area accettazione	300 (37,4)
salette/zone di attesa interne	215 (26,8)
medicheria/stanza visita medica	214 (26,7)
Ingresso	212 (26,5)
stanza di osservazione breve	144 (18,0)
sala emergenze	101 (12,6)
Uscita	51 (6,4)
scale/ascensori/corridoi di servizio	44 (5,5)
stanza di contenzione/isolamento	12 (2,2)
Attività svolta al momento della violenza(n=785)	
visita di triage	674 (85,9)
assistenza al paziente durante visita/osservazione	415 (52,9)
contenzione fisica	76 (9,7)
trasferimento/trasporto paziente	68 (8,7)
esecuzione di procedure invasive	60 (7,6)
Altro	48 (6,1)
manovre di rianimazione	25 (3,2)
comunicazione cattive notizie	23 (2,9)

* La somma delle percentuali non sono uguali al 100% in quanto gli intervistati potevano scegliere più di una risposta.
 Tabella 3 Caratteristiche della violenza verbale e fisica nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre.

Variabile	Verbale	Fisica e Verbale	Nessuna	Totale	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	N	
Sesso					0,161
Uomo	246 (73,2)	62 (18,5)	28 (8,3)	336	
Donna	374 (77,9)	65 (13,5)	41 (8,5)	480	
Età (anni)					0,004
20-30	89 (67,4)	32 (24,2)	11 (8,3)	132	
31-40	200 (80,3)	33 (13,3)	16 (6,4)	249	
41-50	244 (77,7)	46 (14,6)	24 (7,6)	314	
51-60	78 (69,6)	16 (14,3)	18 (16,1)	112	
Non dichiarata				9	
Titolo professionale					0,239
Laurea (6 level ISCED) ^a	438 (77,7)	81 (14,4)	45 (8,0)	564	
Post laurea (7 level ISCED) ^a	182 (72,2)	46 (18,3)	24 (9,5)	252	
Anni di servizio totali					0,002
<10	220 (75,1)	54 (18,4)	19 (6,5)	293	
11-20	189 (80,1)	35 (14,8)	12 (5,1)	236	

21-30	163 (75,5)	29 (13,4)	24 (11,1)	216	
31-40	47 (67,1)	9 (12,9)	14 (20,0)	70	
Non dichiarati				1	
Anni di servizio in PS					0,042
<5	202 (74,0)	52 (19,0)	19 (7,0)	273	
6-15	291 (77,6)	56 (14,9)	28 (7,5)	375	
>16	126 (75,4)	19 (11,4)	22 (13,2)	167	
Non dichiarati				1	
Area geografica					0,242
Nord-ovest	86 (84,3)	9 (8,8)	7 (6,9)	102	
Nord-est	237 (76,7)	49 (15,9)	23 (7,4)	309	
Centro Italia	192 (75,0)	39 (15,2)	25 (9,8)	256	
Sud e Isole	105 (70,5)	30 (20,1)	14 (9,4)	149	
Accessi annui in PS					0,001
<25,000	127 (76,0)	15 (9,0)	25 (15,0)	167	
25,000-50,000	234 (74,1)	55 (17,7)	26 (8,2)	316	
50,000-75,000	141 (82,5)	24 (14,0)	6 (3,5)	171	
75,000-100,000	76 (76,0)	16 (16,0)	8 (8,0)	100	
>100,000	42 (67,7)	16 (25,8)	4 (6,5)	62	
Percorsi accessi non urgenti					0,700
See & Treat	96 (78,7)	14 (11,5)	12 (9,8)	122	
Fast track	338 (76,5)	72 (16,3)	32 (7,2)	442	
See & Treat and Fast track	30 (71,4)	8 (19,0)	4 (9,5)	42	
Nessuno	156 (74,6)	32 (15,3)	21 (10,0)	209	
Non dichiarato				1	
Tipologia di turno					0,007
Diurnista	54 (73,0)	7 (9,5)	13 (17,6)	74	
Turnista	565 (76,2)	120 (16,2)	56 (7,6)	741	
Non dichiarato				1	
Ruolo in PS					0,000
Infermiere	598 (76,5)	125 (16,0)	59 (7,5)	782	
Infermiere coordinatore	21 (63,6)	2 (6,1)	10 (30,3)	33	
Non dichiarato				1	
Numero di misure regolamentarie					0,742
0	360 (75,3)	78 (16,3)	40 (8,4)	478	
1	186 (77,2)	36 (14,9)	19 (7,9)	241	
2	62 (78,5)	9 (11,4)	8 (10,1)	79	
3	10 (76,9)	2 (15,4)	1 (7,7)	13	
4	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3	
Non dichiarato				2	
Numero di misure architettoniche					0,003
0	246 (76,4)	47 (14,6)	29 (9,0)	322	
1	198 (73,7)	52 (19,3)	19 (7,1)	269	
2	112 (81,8)	18 (13,1)	7 (5,1)	137	
3	51 (79,7)	6 (9,4)	7 (10,9)	64	
4	11 (61,1)	2 (11,1)	5 (27,8)	18	
5	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4	
Non dichiarato				2	
Numero di misure di sicurezza					0,837
0	293 (74,6)	62 (15,8)	38 (9,7)	393	
1	232 (77,3)	45 (15,0)	23 (7,7)	300	
2	81 (77,1)	16 (15,2)	8 (7,6)	105	
3	13 (81,2)	3 (18,8)	0 (0,0)	16	
4	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	
Non dichiarato				2	
Numero di misure di comfort					0,101
0	219 (73,5)	50 (16,8)	29 (9,7)	298	
1	159 (72,6)	40 (18,3)	20 (9,1)	219	
2	152 (80,0)	25 (13,2)	13 (6,8)	190	

3	81 (85,3)	10 (10,5)	4 (4,2)	95	
4	8 (66,7)	1 (8,3)	3 (25,00)	12	
Non dichiarato				2	
Formazione sulla comunicazione difficile					0,196
Periodica (ogni 2-3 anni)	58 (69,9)	18 (21,7)	7 (8,4)	83	
Sporadica (>4-5 anni)	240 (80,3)	35 (12,0)	23 (7,7)	299	
Nessuna	313 (74,7)	70 (16,7)	36 (8,6)	419	
Non dichiarato				15	
Formazione sulla gestione degli atti di violenza					0,945
Periodica (ogni 2-3 anni)	27 (71,1)	7 (18,4)	4 (10,5)	37	
Occasionale (>4-5 anni)	97 (75,8)	21 (16,4)	10 (7,8)	128	
Nessuna	486 (76,7)	96 (15,1)	52 (8,2)	634	
Non dichiarato				16	
Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?					0,083
Moltissimo	15 (65,2)	8 (34,8)	0 (0,0)	23	
Molto	55 (67,1)	17 (20,7)	10 (12,2)	82	
Sufficientemente	278 (77,2)	55 (15,3)	27 (7,5)	360	
Scarsamente	236 (78,4)	38 (12,6)	27 (9,0)	301	
Per niente	27 (75,0)	6 (16,7)	3 (8,3)	36	
Non dichiarato				14	
Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?					0,024
Moltissimo	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9	
Molto	16 (64,0)	5 (20,0)	4 (16,0)	25	
Sufficientemente	107 (75,9)	25 (17,7)	9 (6,4)	141	
Scarsamente	256 (71,5)	66 (18,4)	9 (6,4)	358	
Per niente	225 (84,0)	26 (9,7)	17 (6,3)	268	
Non dichiarato				15	
Quanto si sente in pericolo o a rischio durante il lavoro in PS?					0,000
Moltissimo	130 (74,3)	40 (22,9)	5 (2,9)	175	
Molto	154 (74,8)	40 (19,4)	12 (5,8)	206	
Abbastanza	281 (81,2)	36 (10,4)	29 (8,4)	346	
Poco	43 (62,3)	7 (10,1)	19 (27,5)	69	
Per niente	--- (---)	--- (---)	--- (---)	---	
Non dichiarato				16	
Totale	620 (76,0)	127 (15,5)	69 (8,5)	816	

Abbreviazioni: PS = Pronto Soccorso

Tabella 4 Fattori associati alla violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso. Fonte: elaborazioni nostre

Variabile	Verbale			Fisica e Verbale		
	OR	96% CI	p-value	OR	96% CI	p-value
Età (anni)						
20-30 (ref)	1			1		
31-40	0,44	0,23-0,85	0,01	0,67	0,25-1,8	0,429
41-50	0,46	0,19-1,12	0,09	0,25	0,06-0,88	0,045
51-60	0,35	0,11-1,13	0,08	0,32	0,10-0,94	0,048
Sistema di segnalazione	1,26	0,82-1,94	0,277	1,39	0,79-2,43	0,254
Misure di comfort	0,84	0,69-1,04	0,117	0,94	0,72-1,22	0,648
Anzianità lavorativa generale						
<10 (ref)	1			1		
11-20	0,95	0,48-1,86	0,871	1,32	0,48-3,59	0,58

21-30	1,1	0,46-2,61	0,83	0,88	0,34-0,88	0,048
31-40	1,32	0,39-4,43	0,648	0,82	0,26-0,81	0,039
Ruolo in PS						
Infermiere (ref)	1			1		
Infermiere coordinatore	0,98	0,91-1,12	0,489	1,34	0,78-1,99	0,576
Area geografica						
Nord-ovest (ref)	1			1		
Nord-est	1,77	0,81-3,87	0,154	1,25	0,50-3,1	0,631
Centro Italia	1,74	0,78-3,87	0,177	1,45	0,56-3,69	0,436
Sud e Isole	2,44	1-5,96	0,049	1,65	0,56-4,87	0,362
Formazione sulla comunicazione difficile						
Periodica (2-3 anni) (ref)	1					
Occasionale (>4-5 anni)	0,44	0,22-0,87	0,018	0,48-4,06	0,48-4,06	0,535
Nessuna	0,36	0,13-0,69	0,012	0,7-5,95	0,7-5,95	0,188
Sentirsi in pericolo, a rischio						
Moltissimo (ref)	1			1		
Molto	0,78	0,48-1,29	0,346	3,23	1,27-8,18	0,013
Abbastanza	0,42	0,25-0,70	0,001	3,21	1,25-8,73	0,023

Abbreviazioni: OR Odds Ratio; ref = riferimento

Tabella 1 Risultati della regressione multipla multinomiale

Variabile	Verbale	Fisica e Verbale	Nessuna	Totale	p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	N	
Rabbia					0,001
Sì	454 (79,2)	83 (14,5)	36 (6,3)	573	
No	166 (68,5)	44 (17,8)	33 (13,7)	243	
Senso di ingiustizia					0,031
Sì	327 (76,4)	74 (17,3)	27 (6,3)	428	
No	293 (75,6)	53 (13,5)	42 (10,9)	388	
Sfiducia nell'istituzione aziendale					0,000
Sì	307 (78,7)	67 (17,2)	16 (4,1)	390	
No	313 (73,6)	50 (13,9)	53 (12,5)	426	
Demotivazione					0,080
Sì	136 (82,4)	17 (10,3)	12 (7,3)	165	
No	484 (74,4)	110 (16,8)	57 (8,8)	651	
Ansia					0,475
Sì	270 (74,8)	62 (17,2)	29 (8,0)	361	
No	350 (77,0)	65 (14,2)	40 (8,8)	455	
Sfiducia nella dirigenza aziendale					0,000
Sì	255 (74,3)	72 (21,0)	16 (4,7)	343	
No	365 (77,3)	55 (11,6)	53 (11,3)	473	
Vulnerabilità					0,596
Sì	250 (76,5)	53 (16,2)	24 (7,3)	327	
No	370 (75,8)	74 (15,0)	45 (9,2)	489	
Paura					0,236
Sì	207 (73,4)	52 (18,4)	23 (8,2)	282	
No	413 (77,5)	75 (13,9)	46 (8,6)	534	
Giustificazione della violenza quando è determinata da alcune patologie (es. trauma					0,001

cranico, demenza senile, abuso alcolico)					
Sì	291 (76,0)	61 (16,5)	17 (4,5)	369	
No	329 (73,7)	66 (14,6)	52 (11,7)	447	
Inevitabilità (fa parte del lavoro)					0,561
Sì	122 (78,7)	23 (14,8)	10 (6,5)	155	
No	498 (75,4)	104 (15,6)	59 (9,0)	661	
Senso di fallimento/incompetenza professionale					0,165
Sì	31 (83,8)	6 (16,2)	0 (0,0)	37	
No	589(75,7)	121 (15,4)	69 (8,9)	779	
Sfiducia nel coordinatore infermieristico					0,029
Sì	115 (81,0)	23 (16,2)	4 (2,8)	142	
No	505 (75,0)	104 (15,3)	65 (9,7)	674	
Perdita di autostima					0,004
Sì	102 (84,3)	18 (14,9)	1 (0,8)	121	
No	518 (74,6)	109 (15,6)	68 (9,8)	695	
Senso di colpa/vergogna					0,037
Sì	120 (83,9)	17 (11,9)	6 (4,2)	143	
No	500(74,4)	110 (16,2)	63 (9,4)	673	
Desiderio di lasciare il lavoro sempre, ogni volta che è successo					0,143
molto spesso	68 (79,1)	15 (17,4)	3 (3,5)	86	
a volte	133 (79,6)	25 (15,0)	9 (5,4)	167	
Raramente	121 (74,7)	30 (15,8)	11 (6,7)	162	
Mai	264 (74,4)	52 (14,6)	39 (11,0)	355	
Pensare di cambiare unità operativa sempre, ogni volta che è successo					0,056
molto spesso	116 (78,4)	23 (15,5)	9 (6,1)	148	
a volte	174 (79,8)	34 (15,6)	10 (4,6)	218	
Raramente	80 (72,7)	19 (17,3)	11 (10,0)	110	
Mai	194 (72,5)	42 (15,6)	32 (11,9)	268	
Aver inoltrato domanda di trasferimento					0,279
Sì	60 (76,9)	15 (19,2)	3 (3,9)		
No	552 /76,6)	109 (15,1)	60 (8,3)		
Non dichiarato					17
Totale	620 (76,0)	127 (15,5)	69 (8,5)	816	

Tabella 6 Emozioni e vissuti sperimentati dagli intervistati vittime di episodi di WPV. Fonte: elaborazioni nostre.

Bibliografia

- Alameddine, M. et al., 2011. Occupational Violence at Lebanese Emergency Departments: Prevalence, Characteristics and Associated Factors. *Journal of Occupational Health*, Volume 53, p. 455–464.
- AONE, ENA, 2015. AONE and ENA Develop Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace. *Journal of Emergency Nursing*, 41(4), pp. 278-280.
- Babaei ALBashtawy, M. & Aljezawi, M., 2016. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *International Emergency Nursing*, Volume 24, pp. 61-65.
- Beccatini, G., Bambi, S., Palazzi, F. & Lumini, E., 2007. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. Rimini, Aniarti Coop.
- ENA, 2011a. *Position Statement: Violence in the emergency care setting*. Des Plaines, IL: ENA.
- ENA, 2011b. *Emergency Department Violence Surveillance Study November 2011*. Des Plaines, IL: ENA.
- ENA, s.d. *Workplace Violence Management Toolkit*. Available at: <http://www.ena.org/IENR/Pages/WorkplaceViolence.aspx> [Consultato il giorno 11 settembre 2015].
- Gillespie, G., Gates, D. & Miller, M., 2010. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), pp. 177-184.
- Hogarth, K., Beattie, J. & Morphet, J., 2016. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing*, 19(2), pp. 75-81.
- ICN, International Council of Nurses, 2010. Position Statement: Abuse and Violence against Nursing Personnel. 2006 citato in Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 20, p. 1072–1085.
- ILO/ICN/WHO/PSI, 2002. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Available at:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf [Consultato il giorno 11 settembre 2018].

- Kahveci, R. et al., 2017. Comparison of Quality and Content of Violence Guidelines For The Health Care Sector. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, Volume 9, pp. 51-57.
- Kennedy, M., 2005. Violence in emergency department: under reported, unconstrained and unconscionable. *Medical Journal of Australia*, 183(7), pp. 362-365
- Krug, E., 2002. Violenza e salute nel mondo. *Quaderni di sanità pubblica*, pp. 1-356.
- Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2008. Innocent or culpable: meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 17, pp. 1071-1078.
- Martinez, A., 2016. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), pp. 31-36.
- Ministero della Salute, 2006. *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*. Available at: http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/documentazione/progetti/accreditamento/protocollo_eventi_sentinella.pdf. [Consultato il giorno 5 settembre 2018].
- Ministero della Salute, 2007. *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007)*. Available at: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf [Consultato il giorno 11 Settembre 2018].
- Ministero della Salute, 2007. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Available at: http://www.salute.govit/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf [Consultato il giorno 5 settembre 2018].
- Ministero della Salute, 2009. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 2° Rapporto (Settembre 2005-Agosto 2009)*. Available at:

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1129_allegato.pdf [Consultato il giorno 11 Settembre 2018].
- Ministero della Salute, 2011. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 3° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2010)*. Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1642_allegato.pdf [Consultato il giorno 20 Settembre 2018].
 - Ministero della Salute, 2013. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011)*. Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf [Consultato il giorno 11 Settembre 2018].
 - Ministero della Salute, 2015. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012)*. Available at:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf [Consultato il giorno 11 Settembre 2018].
 - Ministero della Salute, 2018. *Insediato Osservatorio contro violenza a operatori sanitari*. Available at:
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3309 [Consultato il giorno 20 Settembre 2018].
 - Ministero della Sanità, 2016a. *Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera*. Available at:
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=17 [Consultato il giorno 11 Marzo 2016].
 - Ministero della Sanità, 2016b. *Data set Rete dell'emergenza ospedaliera*. [Online] Available at:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bancheDati_17_allegati_iitemAllegati_2_fileAllegati_itemFile_0_file.pdf [Consultato il giorno 11 MARzo 2016].
 - Pitch, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., 2011. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, Volume 19, pp. 12-19.

- Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L., 2019. Violence towards Emergency Nurses. The 2016 Italian National Survey: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, (in press)
- Ramacciati, Ceccagnoli, A, Addey B, Rasero L., 2018b. Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks. *International Emergency Nursing*, Volume 39, pp. 2-12.
- Ramacciati, N. & Rasero, L., 2018. Violenza verso gli infermieri di area critica, un problema (non) recente: il contributo di Aniarti. *Scenario*, 35(3), pp. 41-43.
- Ramacciati, N., Bambi, S, Mezzetti, A, Lumini, E, Gili A, Rasero L., 2016. Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione. *Scenario*, 33(3), pp. 22-26.
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Rasero, L., 2018. Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 81, pp. 21-29.
- Rasero, L. & Ramacciati, N., 2018. Coping methods used by emergency department nurses after a workplace violence experience could influence their intention to leave the hospital. *Evidence Based Nursing*, 21(4), p. 118.
- Wiskow, C., 2003. *Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector*. Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf. [Consultato il giorno 6 Settembre 2018].