



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELL'INSUBRIA**

SCUOLA DI MEDICINA

SCUOLA DI MEDICINA

Corso di Laurea in Infermieristica

**AGGRESSIONI IN PRONTO SOCCORSO:
MODALITA' DI PREVENZIONE ATTUABILI DAGLI
INFERMIERI**

Relatore:
Prof. Giulio Carcano

Tesi di Laurea di:
Tommaso Bulgheroni
Matricola n. 719590

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....Pag.1

CAPITOLO 1: ANALISI DEI DOCUMENTI.....Pag.5

Revisione della letteratura.....Pag.5

Linee Guida *NICE 2005-2015*.....Pag.6

Studio Qualitativo.....Pag. 8

Ulteriori articoli: analisi sintetica.....Pag. 9

CAPITOLO 2: ANALISI DEI RISULTATI.....Pag.10

Identificare i fattori di rischio.....Pag.10

Identificare persone potenzialmente aggressive.....Pag.12

Modalità di intervento.....Pag.13

CONCLUSIONI.....Pag.15

BIBLIOGRAFIA.....Pag.17

ALLEGATI Allegato 1 *Search History CINAHL*

Allegato 2 *Search History MedLine di Pub Med*

Allegato 3 *Search History Ilisi e The Cochrane Library*

Allegato 4 *Risk Factors*

Allegato 5 *Violence Assessment Tool*

ABSTRACT

La gestione della violenza rivolta agli operatori sanitari è un problema che si pone in ogni ambito lavorativo a livello internazionale. Il pronto soccorso è più frequentemente soggetto al verificarsi di questi episodi. Le conseguenze di un'aggressione investono l'ambito economico, psicologico e deontologico.

Mentre la responsabilità di gestione dell'aggressione è condivisa da più figure professionali, la prevenzione della stessa è di preciso ambito infermieristico, essendo l'infermiere la figura professionale che ha il primo contatto con la persona assistita durante il *triage* e la responsabilità della stessa durante il periodo di permanenza in pronto soccorso.

L'obiettivo di questo elaborato sarà quindi quello di identificare, nella letteratura scientifica internazionale, le modalità utilizzate dagli infermieri per prevenire episodi di violenza perpetrati nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso.

L'obiettivo è stato perseguito con una ricerca bibliografica.

E' stata poi condotta una selezione dei documenti secondo criteri di inclusione ed esclusione.

Sono stati analizzati un totale di 7 documenti.

I risultati ottenuti appaiono piuttosto generici e si limitano ad indicare che, per prevenire le aggressioni, gli infermieri devono conoscere i fattori di rischio, saper identificare le persone potenzialmente pericolose, e agire a livello comunicativo ed ambientale per ridurre il rischio di violenza.

Per l'importanza che il problema riveste, riterrei opportuno che vengano condotti ulteriori studi, al fine di produrre *evidence* di più alto livello.

INTRODUZIONE

La violenza sul luogo di lavoro può essere definita come “qualsiasi atto o minaccia di violenza fisica, molestie, intimidazioni, o altri comportamenti di minaccia che si verificano sul posto di lavoro. Comprende minacce e abusi verbali, aggressioni fisiche fino all’omicidio. Può interessare e coinvolgere dipendenti, clienti e visitatori” (United States Department of Labor, 2012).

Una modalità di classificazione della violenza sul luogo di lavoro ci viene offerta dall’University of Iowa Injury Prevention Research Centre (2001). Consiste in una codifica in quattro classi:

Tipo 1 – intento criminale senza legame con il luogo di lavoro

Tipo 2 – perpetrata dal cliente

Tipo 3 – perpetrata tra colleghi

Tipo 4 – relazione personale senza legame con il luogo di lavoro

La violenza perpetrata verso gli infermieri è riconosciuta come un problema globalmente diffuso (Stirling et al. 2001, Ferns 2005, Merezcz et al. 2006).

Tra queste quattro classificazioni, la più comune forma di violenza di cui gli infermieri fanno esperienza è quella di tipo 2, perpetrata dalle persone assistite e dai loro accompagnatori (Gerberich et al. 2004).

In particolare, gli infermieri del dipartimento di emergenza-urgenza risultano essere tra le categorie più a rischio (Catlette 2005, Gates et al. 2006, ICN 2007), fino a tre volte maggiore rispetto a qualsiasi altro gruppo professionale in ambito sanitario (ICN, 2007).

L’ ambiente di pronto soccorso sembra esso stesso causa di un incremento del rischio di aggressioni, in quanto si presenta molto dinamico, altamente tecnologico, caratterizzato da un’atmosfera di fretteolosità e imprevedibilità, che può influire sulle capacità delle persone presenti di gestire le proprie emozioni e comportamenti, soprattutto in compresenza di altre malattie e sintomi (Gulrajani 1995, Reeve & Lyon 2002).

Quello redatto da Maier e Van Rybroek (1995) è uno dei modelli di descrizione dell’aggressione più citati nella letteratura internazionale. L’episodio di aggressività viene

descritto suddividendolo in fasi tipiche che si susseguono a formare un ciclo. Per ogni fase sono indicati gli approcci prioritari e gli interventi più efficaci da attuare:

- 1) FASE DEL FATTORE SCATENANTE (*TRIGGER*): caratterizzata da un'attivazione psicofisiologica con cambiamenti emotivi, fisici e psicologici.
- 2) FASE DELL'*ESCALATION*: è la fase di crescita dell'aggressività, in cui i cambiamenti emotivi, fisici e psicologici si fanno sempre più marcati.
- 3) FASE DELLA CRISI: in questa fase la persona, se non contenuta, può mettere in atto un'aggressione.
- 4) FASE DEL RECUPERO: l'eccitamento cala, ma è ancora potenzialmente ricettivo nei confronti di nuovi fattori scatenanti.
- 5) FASE DELLA DEPRESSIONE POST-CRITICA: caratterizzata dalla comparsa di emozioni negative nell'autore dell'aggressione, come sensi di colpa, vergogna e rimorso.

La domanda scelta come guida di questo elaborato scaturisce all'interno dell'esperienza clinica nel contesto del pronto soccorso dell'ospedale S. Anna di San Fermo. Nel mese di Marzo 2015 ho svolto 20 presenze come studente tirocinante in questa unità operativa. In 4 turni su 20, ho personalmente assistito ad episodi di aggressione fisica a danno di operatore ed innumerevoli episodi di violenza verbale. Dalle informazioni raccolte, ho ritenuto più significativo indirizzare l'elaborato verso l'ambito della prevenzione, perché è l'aspetto in cui l'infermiere è chiamato a rispondere in totale autonomia.

Essendo il primo professionista a venire in contatto con la persona assistita durante il *triage*, ha la possibilità di identificare eventuali situazioni a rischio, e quindi porre in atto i primi comportamenti a salvaguardia della persona assistita stessa e della collettività (*Pich et al.*, 2010). E' inoltre responsabilità penale (Codice Penale, art. 40 comma 2) e deontologica (Codice Deontologico dell'Infermiere 2009 art. 29 e 30) dell'infermiere il monitoraggio e la tutela di tutte le persone assistite presenti, dal momento dell'accettazione a quello della dimissione/trasferimento in reparto.

La difficoltà di gestione di queste situazioni da parte degli infermieri di pronto soccorso, il loro importante impatto psicologico e l'effetto generale che riflettono su tutta l'unità

operativa, compreso il rallentamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (Souza et al, 2014), mi ha spinto ad approfondire l'argomento.

Ne è scaturita la domanda:

Attraverso quali modalità gli infermieri prevencono le crisi di aggressività della persona assistita e dei familiari in pronto soccorso?

Per crisi di aggressività, si intende la terza fase del modello di *escalation* della violenza. L'elaborato ha quindi il fine di identificare le modalità adottate dagli infermieri nella prevenzione delle aggressioni, sfruttando come strumento le informazioni ricavate dalla bibliografia scientifica infermieristica internazionale.

Partendo da domande rivolte al personale sanitario, ho raccolto informazioni sull'esistenza di tecniche comunicative di *de-escalation*, atte a disinnescare l'impeto di ostilità.

Per rispondere alla domanda ho reperito e selezionato le fonti attraverso una ricerca bibliografica.

Tramite il catalogo OPAC Insubria – Bicocca, ho reperito i due libri di testo in cui viene trattato il modello dell'aggressione per fasi (Maier e Van Rybroek 1995).

Sono quindi passato alla ricerca sulla banche dati *Medline* di *Pubmed*, *Cinahl Plus With full Text*, *Ilisi*, *The Cochrane Library*. La *Search Strategy* utilizzata è presentata negli allegati 1,2,3.

Il corpo dell'elaborato sarà articolato in due capitoli principali.

Nel primo analizzerò sette documenti. Di questi, la scelta è caduta su quattro documenti per un'analisi discorsiva più approfondita: una revisione della letteratura e uno studio qualitativo sono stati selezionati per la loro completezza e pertinenza con l'argomento dell'elaborato; le due Linee Guida pubblicate da *NICE* (2005-2015) sono state messe a confronto rispetto ai capitoli riferiti all'ambito del pronto soccorso.

I rimanenti tre articoli sono stati da me analizzati sinteticamente in una tabella in quanto - pur fornendo informazioni utili alla ricerca - sono meno approfonditi nella raccolta e analisi dei dati, o trattano – nel caso del terzo articolo (*Muralidharan*, 2012) – l'ambito specifico della prevenzione delle aggressioni in persone con problemi di salute mentale. La mia scelta in merito a quest'ultimo articolo è stata determinata da due motivi: il primo è

che un numero considerevole di persone assistite ricoverate in pronto soccorso è affetto da patologie mentali, considerate tra l'altro da molti autori come un fattore di rischio (vds. capitolo 2, paragrafo 1); il secondo è che i documenti analizzati sono stati pubblicati da *The Cochrane Library* e rispondono a criteri di autorevolezza e qualità.

Il secondo capitolo sarà suddiviso in tre paragrafi, in cui saranno riportati i risultati estrapolati dai vari documenti, con una valutazione in merito alla possibilità di applicarli nella pratica.

Nel primo paragrafo saranno identificati i fattori di rischio che più frequentemente portano ad un'aggressione.

Nel secondo paragrafo verranno esplicate le modalità di identificazione delle persone potenzialmente a rischio, mentre nel terzo le linee di azione da intraprendere una volta individuati i soggetti, considerando solamente il periodo di tempo che precede l'aggressione vera e propria.

CAPITOLO 1

Analisi dei documenti

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011)

Violence and aggression in the emergency department: A literature review

L'infermiere (48) 43-50

Il primo studio considerato è una revisione della letteratura internazionale.

La scelta di analisi di questo articolo in particolare è dipesa da due fattori:

1. E' una revisione che contiene forti implicazioni per la pratica, essendo stata poi ripresa l'anno successivo per formulare un modello di prevenzione e gestione delle aggressioni a livello ospedaliero (Ramacciati e Ceccagnoli, 2012).
2. E' uno degli articoli che meglio contestualizza l'argomento, fornendo dati supportati da una valida letteratura, ma soprattutto presentando i vari fattori di rischio in modo completo e chiaro.

Gli autori iniziano da una contestualizzazione del problema. Attraverso una tabella sono riportate le cause scatenanti i comportamenti violenti, sintetizzando il contenuto di tre revisioni della letteratura. Ciò che è riportato nella tabella è effettivamente riscontrabile in forma discorsiva all'interno degli articoli originali. Nell'introduzione manca però una spiegazione più approfondita di quelle che sono le finalità dello studio, che vengono soltanto indicate all'interno dell'*abstract*. Lo scopo è quello di inquadrare il problema delle aggressioni e di esaminare le principali strategie di gestione proposte dalla letteratura più recente.

Le finalità sono state perseguite attraverso una ricerca bibliografica in due banche dati (*PubMed* e *CINAHL*). Al termine della ricerca, sono stati selezionati per l'analisi un totale di 7 articoli. Criteri di inclusione ed esclusione non sono però definiti.

Sono diverse le tipologie degli studi esaminati: uno studio quasi sperimentale, due revisioni della letteratura, uno studio osservazionale, uno studio qualitativo descrittivo, uno

studio basato sull'opinione di esperti e un articolo che ha il fine di presentare un modello operativo.

La maggioranza degli studi è comunque di tipo primario.

Ognuno di essi segue un diverso tipo di campionamento, che è a sua volta coerente col disegno di studio ed espressamente indicato nella revisione della letteratura.

Nei risultati, discussioni e conclusioni sono riportati gli interventi che gli autori consigliano, ricavati dalla letteratura analizzata, al fine di prevenire e gestire le aggressioni.

Questi dati saranno riportati nel prossimo capitolo dell'elaborato, al fine di fornire un'analisi globale degli interventi riportati da più autori in più articoli.

Linee guida *NICE* 2005/*NICE* 2015 a confronto

Il *National Institute of Health and Care Excellence (NICE)* ha dal 1999 la finalità di produrre linee guida e raccomandazioni per la salute, basate sulle migliori prove di efficacia ricavate dalla letteratura internazionale. Gli elevati *standard* di qualità hanno reso le linee guida *NICE* un punto di riferimento per una buona pratica clinica in tutto il mondo, nonostante esse siano rivolte all'utenza nazionale inglese.

Ho confrontato le raccomandazioni prodotte riguardanti il dipartimento di emergenza di due linee guida:

2005

VIOLENZA

La gestione a breve termine di comportamenti disturbati/violenti nell'ambiente ospedaliero psichiatrico e nei dipartimenti di emergenza

2015 (aggiornamento delle linee guida 2005)

VIOLENZA E AGGRESSIONI

La gestione a breve termine di comportamenti violenti e fisicamente minacciosi nell'ambito della salute, salute mentale e comunità.

Come si comprende dal titolo, entrambe le linee guida non sono specificatamente progettate per l'ambito del pronto soccorso, ma per quello della salute mentale. Al loro interno, si trovano comunque dei capitoli in cui viene trattata la gestione a breve termine della violenza nello specifico ambito del pronto soccorso. Inoltre in entrambe è presente una contestualizzazione dell'argomento - con riferimento ai fattori di rischio - estremamente esaustiva.

Ho scelto di fare un confronto tra le due linee guida sia per la loro autorevolezza e qualità, sia per le importanti implicazioni pratiche che offrono. Il confronto è stato necessario poiché, mentre quelle del 2015 sono chiaramente più aggiornate, quelle del 2005 trattano in modo più approfondito l'ambito del pronto soccorso.

Nella tabella 4 ho riportato un'analisi schematica che mette a confronto le due linee guida, in riferimento ai capitoli che trattano del dipartimento di emergenza. Le caratteristiche messe a confronto sono:

popolazione, tipi di studi analizzati per produrre prove di efficacia, fascia di datazione degli studi, *outcome*, *evidence grading*, numero di raccomandazioni prodotte, *grading* delle raccomandazioni.

TABELLA 4

NICE Violence Guidelines 2005 & NICE Violence guidelines 2015

	popolazione	tipo di studio	datazione	outcome	level of evidence	n.° raccomandazioni	grading raccomandazioni
NICE GUIDELINES 2005	<u>inclusa:</u> staff, pazienti adulti >16 anni affetti da patologie psichiatriche <u>esclusa:</u> diagnosi primaria di abuso di sostanze, disturbi mentali di origine organica, malattie neurodegenerative	revisioni sistematiche studi qualitativi	1986-2001	1. appropriatezza, efficacia e sicurezza degli interventi per la gestione a breve termine di comportamenti violenti di pazienti con patologie psichiatriche nel dipartimento di emergenza 2. il vissuto dello staff e degli utenti riguardo la gestione degli episodi di violenza	Livello 4: opinione di esperti e consenso formale	tot: 202 Dipartimento di emergenza: 14	14 di grado D: <i>evidence</i> di livello 3 o 4 o consenso formale D(GBB): basate sull'esperienza del GDG (Guideline Development Group)
NICE GUIDELINES 2015	<u>inclusa:</u> staff, adulti >16 anni, bambini <13 anni, giovani 13-16 anni <u>esclusa:</u> persone con disturbi mentali di origine organica o legati alla gravidanza e periodo postnatale	1 revisione della letteratura 1 studio osservazionale	2010-2013	1. acquisizione di competenze, attitudini, confisca di armi, cambiamenti nella pratica lavorativa 2. esperienza: attitudine dello staff nella gestione delle aggressioni	Livello non specificato <i>evidence</i> di bassa qualità	tot: 79 Dipartimento di emergenza: 20	Non specificato. Si deduce che siano di basso livello dal fatto che le <i>evidence</i> sono di bassa qualità

I fattori analizzati risultano essere forse troppo sintetici rispetto all'ampiezza delle linee guida, ma sono utili ai fini dell'elaborato per leggere ed analizzare criticamente le raccomandazioni proposte dalle medesime.

Queste saranno riportate sinteticamente nel secondo capitolo in risposta alla domanda dell'elaborato, ed integrate con i consigli dati da altri articoli della letteratura reperita.

Come si può notare dalla tabella, ad oggi non è stato effettuato il *grading* delle raccomandazioni delle linee guida 2015.

Donna G. et al (2011)

Using Action Research To Plan A Violence Prevention Program For Emergency Departments

Journal Of Emergency Nursing (37), 32-39

Ho scelto di analizzare questo articolo qualitativo in quanto ritengo che sia prioritario indagare il vissuto e il parere di chi quotidianamente lavora sul campo, attraverso uno studio primario.

La finalità dello studio è raccogliere informazioni riguardo la visione di *managers*, lavoratori e persone assistite in merito alle strategie di prevenzione e gestione delle aggressioni.

Per raggiungere lo scopo, sono stati reclutati 96 partecipanti da tre diversi ospedali, attraverso un metodo di campionamento stratificato semplice.

Il metodo utilizzato per la raccolta dati è stato il *focus group*, svoltosi per 3 mesi e di una durata di 60-75 minuti per incontro. Il modello *Haddon Matrix* ha permesso di identificare le tematiche dei *focus group*.

E' stato seguito il metodo *Wolcott* per l'analisi qualitativa dei dati, partendo dalle trascrizioni delle registrazioni dei *focus group*.

I risultati sono stati classificati in tre categorie: prima, durante e dopo l'aggressione.

In ogni categoria è stato riportato il vissuto e la visione dei partecipanti rispetto alla gestione di ogni determinata fase dell'aggressione.

Ulteriori articoli: analisi sintetica

I primi quattro documenti sopra riportati sono stati scelti per un'analisi più approfondita, grazie alle loro caratteristiche di autorevolezza e completezza. In particolare il primo articolo è quello che mi ha fornito il maggior numero di informazioni per poter rispondere alla domanda guida dell'elaborato. Gli altri tre documenti sono stati utili per comprendere al meglio la validità e le prove di efficacia che supportano i consigli presentati.

In questo paragrafo analizzerò in modo schematico e sintetico altri tre articoli (una revisione della letteratura, una revisione sistematica della letteratura e la presentazione di un approccio operativo) che forniscono ulteriori elementi e consigli sulle azioni da intraprendere a prevenzione degli episodi di aggressione, o fanno da supporto a quanto già presente nel primo articolo analizzato (Rammacciati *et al.*, 2011).

I tre articoli sono tutti riferiti all'ambiente del pronto soccorso ed analizzati con l'utilizzo della tabella 5, che prende in considerazione i seguenti parametri: anno di pubblicazione, tipo di studio, finalità dell'articolo, metodi di raccolta e analisi dei dati, fattori di inclusione e di esclusione, banche dati interrogate, numero di studi analizzati distinti tra primari e secondari.

TABELLA 5

Ulteriori articoli: analisi sintetica

	anno	tipologia di studio	finalità	metodi	fattori di inclusione	fattori di esclusione	banche dati interrogate	studi analizzati
Pich et al.	2010	revisione della letteratura	esplorare il concetto delle aggressioni in pronto soccorso	ricerca bibliografica elettronica	pubblicazione 1998-2008, lingua inglese, aggressioni verso gli infermieri	aggressioni ai pazienti, aggressioni tra operatori, aggressioni verso operatori sanitari non infermieri	<i>CINAHL, MedLine, Journals Ovid</i>	nessuno studio analizzato criticamente. Nella descrizione dei risultati sono citati 42 articoli, prevalentemente studi secondari.
Muralidharan et al.	2012	Revisione sistematica della letteratura (revisione degli interventi da <i>The Cochrane Library</i>)	confrontare gli effetti di diverse strategie usate per contenere persone con disturbi psichiatrici acuti (escluse contenzioni meccaniche e farmacologiche)	ricerca bibliografica elettronica	RCT, persone ospedalizzate con patologia mentale avanzata	studi che trattano contenzioni fisiche o farmacologiche, studi non RCT, compresi gli studi quasi-randomizzati	<i>The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue 3,4), The Cochrane Schizophrenia Group's Trial Register, Biological Abstract, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT, SOCIOFILE, Social Sciences Citation Index</i>	Identificati 2808 reports. Dopo aver applicato i criteri di inclusione ed esclusione, nessuno studio è stato identificato rilevante per le finalità della revisione.
Rammacciati, Ceccagnoli	2012	presentazione di un approccio operativo	Presentare l'approccio di gestione della aggressioni adottato dal pronto soccorso di Perugia	Dati ricavati dalla revisione della letteratura Rammacciati (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)	vedi analisi dell'articolo Rammacciati, Ceccagnoli (2011)

CAPITOLO 2

Analisi dei risultati

Identificare i fattori di rischio

Conoscere i fattori di rischio è il primo passo per prevenire eventuali episodi di violenza. Un fattore di rischio è “una specifica condizione che risulta statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso” (Sengen, 2007). La ricerca bibliografica effettuata mi ha portato ad identificare e classificare molti fattori correlati al fenomeno delle aggressioni in pronto soccorso, partendo da un confronto tra quelli riportati nei documenti reperiti (vedi allegato 4).

1. Storia di violenza: negli articoli analizzati viene descritto come fattore di rischio principale per l’instaurarsi di episodi violenti.
2. Uso di alcool e sostanze stupefacenti: rilevato in tutte le revisioni analizzate. Le persone assistite che hanno fatto abuso di sostanze stupefacenti, compresi alcool e farmaci che alterano le funzioni mentali, devono essere trattate come individui ad alto rischio.
3. Schizofrenia e disturbi psicotici: rilevati in tutte le revisioni, sono descritti come fattori di rischio, che aumentano notevolmente la possibilità di aggressione soprattutto in associazione all’abuso di alcool e sostanze stupefacenti.
4. Fattori di rischio legati all’ambiente: questa categoria racchiude svariate condizioni tra cui l’atteggiamento del personale del pronto soccorso, la mancanza di informazioni, i tempi di attesa prolungati, l’orario della giornata, il caldo, la freneticità dell’ambiente.
5. Sesso, età: questi due fattori di rischio non modificabili sono stati esclusi dalla revisione di *NICE*, ma sono riportati in un’altra revisione della letteratura (Rammacciati, 2011). Poiché le linee guida *NICE* fanno riferimento al dipartimento di emergenza, ma sono maggiormente improntate all’ambito della salute mentale, ritengo in questo caso opportuno dare priorità alla revisione di Rammacciati,

secondo cui gli infermieri di pronto soccorso, nel loro agire quotidiano, devono considerare a maggiore rischio di violenza le persone di un'età compresa tra i 18 e i 25 anni e di sesso maschile.

Identificare persone potenzialmente aggressive

L'identificazione di persone assistite a rischio di aggressione è argomento di approfondimento nei corsi di formazione e *training* sulla prevenzione e gestione della violenza (Gordon et al, 2014; Gordon et al, 2012). Sull'argomento, le linee guida NICE 2015 forniscono un elenco di scale utili a valutare la persona assistita rispetto a segni premonitori di aggressione. Inoltre la revisione della letteratura di Rammacciati (2011), riporta uno studio quantitativo (Wilkes et al, 2010), che si pone l'obiettivo di formulare un elenco di fattori predittivi di violenza. Utilizzando come criteri di inclusione la pubblicazione negli ultimi 10 anni e la specificità per l'ambiente del pronto soccorso, ho considerato solo lo strumento proposto da Wilkes, denominato *Violence Assessment Tool (VAT)*.

Lo studio di Wilkes si pone lo scopo di sviluppare uno strumento predittivo di episodi di violenza, mediante l'utilizzo della tecnica *Delphi*, partendo da un campione di 11 infermieri esperti.

I partecipanti sono reclutati con un metodo di campionamento finalizzato - costituito da infermieri esperti nell'area dell'emergenza-urgenza - adeguato rispetto alla tecnica *Delphi* (tra 7 e 12 esperti).

Lo studio è stato condotto in tre fasi, partendo da 37 *items* identificati da una revisione della letteratura, con l'individuazione finale di 17 fattori utilizzabili dagli infermieri di pronto soccorso per il riconoscimento delle persone assistite potenzialmente a rischio di aggressività.

Nell'allegato 5 è possibile visionarli.

Un'ulteriore ricerca, presentata durante il *XXIII International Nursing Research Congress* svoltosi il 12/9/2012 a *Brisbane, Australia*, ha dimostrato che il VAT è effettivamente efficace nell'identificare le persone a rischio di aggressione. In quel Congresso è stato inoltre presentato un nuovo strumento ridotto a 8 *items*. Purtroppo poco è stato pubblicato

in letteratura su questo nuovo studio, se non l'*abstract* della presentazione della ricerca al congresso (<http://hdl.handle.net/10755/243338>).

Modalità di intervento

Dal momento in cui l'infermiere riconosce una persona assistita potenzialmente a rischio di violenza, è possibile estrapolare dalla letteratura analizzata dei consigli riguardo diverse linee di azione, che coinvolgono soprattutto gli aspetti comunicativi-relazionali.

La revisione della letteratura di Rammacciati (2011) propone interventi comunicativi, quali spiegare i motivi dell'attesa (aggiornando frequentemente sulla situazione), favorire le scelte e soddisfare il più possibile le richieste delle persone assistite.

Viene descritto un rapporto caratterizzato da rassicurazione, disponibilità, rispetto, supporto e responsabilità.

Sono consigliate tecniche di disinnescamento dell'aggressività, in particolare la *de-escalation*, che gli infermieri devono adottare con l'utilizzo di competenze specifiche fornite da programmi educazionali e *training*. In particolare l'efficacia del programma *ACT-SMART* è dimostrata attraverso uno studio quasi sperimentale.

Molti di questi consigli sono stati riportati anche nell'articolo dello stesso autore (Rammacciati, 2012), in cui viene presentato l'approccio operativo di gestione delle aggressioni presso il pronto soccorso dell'ospedale di Perugia.

Tutte le azioni sopra indicate possono essere perseguite attribuendo loro solo valore di consigli fondati sull'opinione di esperti: nonostante siano strategie già adottate dall'ospedale di Perugia, ad oggi non abbiamo dati che dimostrino una riduzione delle aggressioni, o un miglioramento nella gestione delle stesse.

Secondo la revisione di *Pich et al.*(2011) si evince che una strategia di prevenzione delle aggressioni è quella di registrare le persone assistite violente in modo che, nel caso in cui si dovessero ripresentare in pronto soccorso, possano subito essere identificate.

Nello studio qualitativo di *Gates et al.* (2011) i partecipanti ai *focus group* sottolineano una serie di interventi, che secondo loro hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione delle aggressioni. In questo studio viene ribadita la necessità di svolgere corsi, atti a migliorare le strategie comunicative, in particolare la *de-escalation*. Viene identificata la necessità di creare una situazione di maggior *comfort* possibile per le persone assistite, anche adottando un atteggiamento di cortesia. Limitare gli accessi al pronto soccorso degli accompagnatori e isolare le persone potenzialmente violente in apposite stanze sono altre strategie proposte.

Infine le linee guida *NICE* (2015) offrono una serie di raccomandazioni riguardanti la prevenzione delle aggressioni in persone assistite con problemi di salute mentale.

Le raccomandazioni riferite in particolare all'ambiente del pronto soccorso sono molto generiche, e non sono rivolte tanto agli infermieri come singoli operatori, quanto all'organizzazione dell'intera unità operativa. In particolare, viene ribadita la necessità di organizzare corsi di formazione che aiutino gli operatori sanitari ad anticipare, prevenire ed utilizzare tecniche di *de-escalation*.

Come si può notare, in tutti i documenti analizzati viene posto l'accento sulle strategie comunicative - in particolare la *de-escalation* - come mezzi attraverso i quali gli infermieri possono prevenire le aggressioni.

Queste tecniche di comunicazione verbale e non verbale hanno il fine di disinnescare i meccanismi che portano una persona alla crisi aggressiva. Pur essendo frequentemente raccomandate da molti studi, tra cui quelli sopra analizzati, ad oggi il loro utilizzo si basa sull'opinione di esperti, non comprovate da dati effettivi.

Anche la revisione sistematica di *Muralidharan et al.*(2012) non ha identificato nessuno studio *Gold-standard* da includere a supporto dell'utilizzo di queste tecniche, e nelle discussioni gli autori raccomandano attenzione nella loro applicazione. Ad oggi è stato pubblicato un protocollo *Cochrane* che farà da guida ad una futura revisione sistematica, per dimostrare l'efficacia delle tecniche di *de-escalation* nelle aggressioni legate a psicosi o agitazione (*Rao et al.*, 2012).

CONCLUSIONI

La stesura dell'elaborato è stata condotta partendo dall'identificazione e contestualizzazione dell'argomento, con la formulazione di una domanda-guida che tenesse anche conto di dirette implicazioni per la pratica infermieristica. Da qui, avendo come riferimento la domanda, è stata condotta una ricerca bibliografica, descritta nell'introduzione e nell'allegato. Al termine del processo, costituito da una fase di reperimento, selezione secondo criteri di inclusione ed esclusione, ed analisi dei documenti, sono state ricavate informazioni e dati, a risposta della domanda inizialmente formulata. Sono quindi stati identificati e descritti gli interventi attraverso i quali gli infermieri prevengono le crisi di aggressività della persona assistita e dei familiari nel pronto soccorso, con richiami di approfondimento (dipesi dall'analisi della letteratura reperita) rispetto alle persone con problemi di salute mentale, sempre nell'ambiente del pronto soccorso. E' possibile fare una sintesi dei risultati, classificando gli interventi attuati dagli infermieri su due livelli:

-CONOSCERE I FATTORI DI RISCHIO, non basandosi solo sulla propria esperienza, ma identificandoli dalla letteratura scientifica, per sapere quali di questi in particolare sono più frequentemente correlati ad episodi di aggressione.

-OSSERVARE, per poter identificare precocemente le persone che presentano segni di aggressività, con l'aiuto di strumenti adatti come il *V.A.T.* di *Wilkes et al.*

-COMUNICARE: la letteratura consiglia di rivolgersi alle persone assistite con rispetto e cortesia, cercando di farli sentire ascoltati e a proprio agio, fornendo di continuo informazioni in particolare sui tempi di attesa. Se dovesse verificarsi che una persona assistita mostra segni di crescita dell'aggressività, la strategia da adottare più consigliata e utilizzata è la *de-escalation*.

-AGIRE SULL'AMBIENTE: Si consiglia di isolare le persone assistite potenzialmente aggressive, ridurre e monitorare gli accessi al pronto soccorso da parte degli accompagnatori.

L'analisi della letteratura selezionata è stata utile per effettuare una critica rispetto ai risultati, andando quindi un passo oltre la semplice elencazione degli interventi di prevenzione. Ne è risultato che a tutte le strategie riportate, utilizzate dagli infermieri a livello nazionale ed internazionale, è possibile attribuire il valore di consigli. Non solo non vi sono studi *Gold-standard* a supporto del loro utilizzo, ma molte di queste strategie trovano i fondamenti della loro applicabilità pratica nel consenso di molti esperti.

A conclusione del mio lavoro, ritengo che l'analisi di questo argomento non sia stata ancora affrontata in modo approfondito e i risultati ottenuti siano generici e di non comprovato riscontro.

Per il ruolo primario che l'infermiere di pronto soccorso riveste nella relazione con la persona assistita e considerata la sua responsabilità - sia rispetto al raggiungimento degli obiettivi per la persona assistita (DM 739/94) sia rispetto alla tutela della collettività - ritengo di primaria importanza coadiuvare l'infermiere, studiando e proponendo metodologie di approccio al problema ricavate dalla produzione di *evidence* di più alto livello.

BIBLIOGRAFIA

Catlette M (2005) A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* (31), 519-525

CRAG (1996) The prevention and management of aggression: a good practice statement, clinical resource and audit group, working group on mental illness. *The Scottish office*

Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf consultato il 15 Giugno 2015

Donna G. et al (2011) Using Action Research To Plan A Violence Prevention Program For Emergency Departments, *Journal Of Emergency Nursing* (37), 32-39

Ferns T (2005) Violence in the accident and emergency department: an international perspective. *Accident and Emergengy Nursing*(13), 180-185

Gates DM, Ross CS & McQueen L (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine* (31), 331-337

Gerberich, S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hasen, H., Nachreiner, N., Geisser, M.,...Watt, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational & Environmental Medicine* (61) 495-503.

Gordon LG, Farra SL, Gates DM (2014) a workplace violence educational program: a repeated measures study *Nurse education in practice* (14) 468-472

Gordon LG, Gates DM (2012) An educational program to prevent, manage and recover from workplace violence *Advanced Emergency Nursing Journal* (34) 325-332

Gulrajani RP (1995) Physical environmental factors affecting patients' stress in the accident and emergency department. *Acc Emerg Nurs* (3) 22-7

International Council of Nurses (2007) Positive Practice Enviroments: Quality workplace = Quality Patient Care (Baumann A ed.). International Council of Nurses, Geneva

IPASVI (2009) Il Codice Deontologico dell'Infermiere <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> Consultato il 2 Maggio 2015

Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, Hargarten SW (2012) Violence: Recognition, Management, and Prevention (2012) *The Journal of Emergency Medicine* (43) 523-531

Maier GJ, Van Rybroek G (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In: Eichelman BS, Hartwig AC (Eds.). *Patients Violence and the Clinician*.

Merecz D, Rymaszewska J, Mocicka A, Kienja A & Jarosz-Nowak J (2006) Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* (21), 442-450

Ministero della Salute (2007) Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf consultato il 4 Maggio 2015

Muralidharan S, Fenton M (2012) Containment strategies for people with serious mental illness (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3

NICE (2005) Violence The short term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments <http://www.nice.org.uk/guidance/ng25> consultato il 10 maggio 2015

NICE (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10> consultato il 5 Giugno 2015

Pich J, Hazelton M, Sundlin D, Kable A (2010) Patient-related violence against emergency department nurses, *Nursing and Health Sciences* (12) 268-274

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011) Violenza e aggression in Pronto Soccorso: revisione della letteratura *L'infermiere* (48) 43-50

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2012) Violenza e aggressioni in pronto soccorso: un approccio operativo *Scenario* (9) 32-38

Rao H, Yeung WL, Jayaram MB (2012) De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7

Reever MM, Lyon DS.(2002) Emergency room communication issues: dealing with crisis. *Top emergency medicine* (24) 62-6

Sengen JC (2007), *Dizionario di Medicina Moderna*, Milano, McGraw-Hill

- Souza AAM, Costa WA, Gurgel AKC (2014) aspects related to the occurrence of workplace violence in hospital emergency room *Journal of Research Fundamental Care* (2) 637-650
- Stirling G, Higgins JE & Cooke MW (2001) Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* (9), 77-85
- United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012). Workplace Violence. https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/factsheet-workplace-violence.pdf Data accesso 2 Maggio 2015
- University of Iowa Injury Prevention Research Centre (2001) Workplace violence: a report to the Nation, Iowa City, IA. www.public-health.uiowa.edu/iprc/ consultato il 2 maggio 2015
- Wilkes L, Luck L, Jackson D (30 July - 3 August 2012) The usefulness of the Violence Assessment Tool (VAT) in assessing potentially violent patients in the acute care setting *23rd International Nursing Research Congress, Brisbane, Australia* <http://hdl.handle.net/10755/243338> Consultato il 15 Giugno 2015
- Wilkes L, Mohan S, Luck L (2010) Development of a violence tool in the emergency hospital setting *Nurse Res* (17) 70-82

Bibliografia

Catlette M (2005) A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing* (31), 519-525

CRAG (1996) The prevention and management of aggression: a good practice statement, clinical resource and audit group, working group on mental illness. *The Scottish office*

Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf consultato il 15 Giugno 2015

Donna G. et al (2011) Using Action Research To Plan A Violence Prevention Program For Emergency Departments, *Journal Of Emergency Nursing* (37), 32-39

Ferns T (2005) Violence in the accident and emergency department: an international perspective. *Accident and Emergengy Nursing*(13), 180-185

Gates DM, Ross CS & McQueen L (2006) Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine* (31), 331-337

Gerberich, S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hasen, H., Nachreiner, N., Geissser, M.,...Watt, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational & Environmental Medicine* (61) 495–503.

Gordon LG, Farra SL, Gates DM (2014) a workplace violence educational program: a repeated measures study *Nurse education in practice* (14) 468-472

Gordon LG, Gates DM (2012) An educational program to prevent, manage and recover from workplace violence *Advanced Emergency Nursing Journal* (34) 325-332

Gulrajani RP (1995) Physical environmental factors affecting patients' stress in the accident and emergency department. *Acc Emerg Nurs* (3) 22-7

International Council of Nurses (2007) Positive Practice Enviroments: Quality workplace = Quality Patient Care (Baumann A ed.). International Council of Nurses, Geneva

IPASVI (2009) Il Codice Deontologico dell'Infermiere <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> Consultato il 2 Maggio 2015

Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, Hargarten SW (2012) Violence: Recognition, Management, and Prevention (2012) *The Journal of Emergency Medicine* (43) 523-531

Maier GJ, Van Rybroek G (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In: Eichelman BS, Hartwig AC (Eds.). Patients Violence and the Clinician.

Merecz D, Rymaszewska J, Mocicka A, Kienja A & Jarosz-Nowak J (2006) Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* (21), 442-450

Ministero della Salute (2007) Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. [www.salute.govit/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf) consultato il 4 Maggio 2015

Muralidharan S, Fenton M (2012) Containment strategies for people with serious mental illness (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3

NICE (2005) Violence The short term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments <http://www.nice.org.uk/guidance/ng25> consultato il 10 maggio 2015

NICE (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10> consultato il 5 Giugno 2015

Pich J, Hazelton M, Sundlin D, Kable A (2010) Patient-related violence against emergency department nurses, *Nursing and Health Sciences* (12) 268-274

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2011) Violenza e aggression in Pronto Soccorso: revision della letteratura *L'infermiere* (48) 43-50

Ramacciati N, Ceccagnoli A (2012) Violenza e aggressioni in pronto soccorso: un approccio operativo *Scenario* (9) 32-38

Rao H, Yeung WL, Jayaram MB (2012) De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7

Reever MM, Lyon DS.(2002) Emergency room communication issues: dealing with crisis. *Top emergency medicine* (24) 62-6

Sengen JC (2007), *Dizionario di Medicina Moderna*, Milano, McGraw-Hill

Souza AAM, Costa WA, Gurgel AKC (2014) aspects related to the occurrence of workplace violence in hospital emergency room *Journal of Research Fundamental Care* (2) 637-650

Stirling G, Higgins JE & Cooke MW (2001) Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* (9), 77-85

United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2012). Workplace Violence. https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/factsheet-workplace-violence.pdf Data accesso 2 Maggio 2015

University of Iowa Injuri Prevention Research Centre (2001) Workplace violence: a report to the Nation, Iowa City, IA. www.public-health.uiowa.edu/iprc/ consultato il 2 maggio 2015

Wilkes L, Luck L, Jackson D (30 July - 3 August 2012) The usefulness of the Violence Assessment Tool (VAT) in assessing potentially violent patients in the acute care setting *23rd International Nursing Research Congress, Brisbane, Australia* <http://hdl.handle.net/10755/243338> Consultato il 15 Giugno 2015

Wilkes L, Mohan S, Luck L (2010) Development of a violence tool in the emergency hospital setting *Nurse Res* (17) 70-82

ALLEGATO 1

TABELLA 1

Search history CINAHL

#	Query	Limiters/Expand	Last Run Via	Results
S10	S4 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	43
S9	S5 AND S6 AND S7	Limiters - Published Date: 20100101- 20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	109
S8	S5 AND S6 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	292
S7	(emergency department* OR emergency nurs*) NOT pediatric*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	32,282
S6	prevention	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	428,653
S5	workplace violence OR aggression* OR assault*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	17,155
S4	S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	79
S3	(MH "Emergency Service+") OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Emergency Nurses Association") OR (MH "Emergency Nursing+") OR (MH "Emergencies+") OR (MH "Emergency Care+")	Limiters - Published Date: 20100101- 20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	29,633
S2	(MH "Workplace Violence/PC")	Limiters - Published Date: 20100101- 20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	438
S1	(MH "Workplace Violence/PC")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	1242

Ulteriori criteri di inclusione

-Lingua: italiano, inglese, francese, spagnolo

-Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI

Criteri di esclusione

-Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al *management*, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.

-Articoli riguardanti il pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 4

ALLEGATO 2

TABELLA 2

Search History Medline

Search	Add to builder	Query	Items Found
#9	Add	Search #4 AND #8	35
#8	Add	Search #5 AND #6 AND #7 Filters: published in the last 5 years	95
#7	Add	Search (((emergency department*) OR emergency nurs*)) NOT pediatric* Filters: published in the last 5 years	22050
#6	Add	Search prevention Filters: published in the last 5 years	320807
#5	Add	Search ((workplace violence) OR aggression*) OR assault* Filters: published in the last 5 years	11238
#4	Add	Search #1 AND #2 Filters: published in the last 5 years	152
#3	Add	Search #1 AND #2	709
#2	Add	Search (" Violence/prevention and control "[Mesh]) OR " Workplace Violence "[Mesh]	14642
#1	Add	Search (" Emergency Service, Hospital "[Mesh]) OR " Emergency Nursing "[Mesh] OR " Emergencies "[Mesh]	89742

Ulteriori criteri di inclusione

-Lingua: italiano, inglese, francese, spagnolo

-Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI

Criteri di esclusione

-Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al *management*, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.

-Articoli riguardanti il pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 1 (in comune con *CINAHL*)

ALLEGATO 3

Search History Ilisi

Su ilisi ho eseguito una ricerca veloce inserendo in tutto il testo le parole chiave violenza AND pronto soccorso. Di 4 risultati reperiti ne ho selezionati 2 appropriati per i criteri di inclusione.

Criteri di inclusione

-Articolo scientifico la cui struttura presenti ABSTRACT, INTRODUZIONE, METODI, RISULTATI E DISCUSSIONI

-Pubblicazione 2010-2015

Criteri di esclusione

-Articoli che trattano di interventi legati all'organizzazione e al *management*, senza specificare le dirette implicazioni per la pratica del singolo professionista.

-Articoli riguardanti il Pronto soccorso pediatrico

Articoli scelti per l'analisi: 1 (in comune con *CINAHL*)

TABELLA 3

Search History The Cochrane Library

#1	MeSH descriptor: (Aggression) explode all trees	882
#2	MeSH descriptor: (Violence) explode all trees	1149
#3	MeSH descriptor: (Emergency Medical Services) explode all trees	3054
#4	#1 or #2	1903
#5	#4 and #3	67

Criteri di inclusione

Adulti

Nessun risultato selezionato.

Ho ampliato la ricerca inserendo soltanto il MeSh descriptor: (Violence) e limitando i risultati solo alle revisioni *Cochrane*. Ho ottenuto 21 risultati di cui **ne ho selezionato uno per una successiva analisi.**

ALLEGATO 4

TABELLA 6: *Fattori di rischio*

	Pich et al., 2010	Ramacciati et al., 2011	NICE 2015
Età	+	+	-
sexso	+	+	-
Fattori socio-culturali			+
etnia			+
Storia di violenza	+		+
Atteggiamento ostile-sospettoso	+		+
Disturbi della condotta	+		-
schizofrenia	+	+	+
Disturbi psicotici	+	+	+
Precedenti tentati suicidi			
Ansia		+	-
Depressione			-
Uso di stupefacenti	+	+	+
Alcool	+	+	+
Modalità di trasporto in ospedale			+
Ospedalizzazione forzata			
Manifestazioni patologiche		+	
Tempi di attesa		+	
Atteggiamento del personale		+	
Orario della giornata			
Disturbi ambientali		+	+
Mancanza di informazioni		+	

LEGENDA:

+	= lo studio dimostra che questo fattore aumenta il rischio di aggressione
-	= lo studio dimostra che questo fattore NON aumenta il rischio di aggressione
□	= lo studio non ha preso in considerazione questo fattore

ALLEGATO 5

Items of the Violence Assessment Tool (VAT)

- | | |
|---|---|
| 1 .Threat of harm | 1. gestualità minacciosa |
| 2. Aggressive statements or threats | 2. dichiarazioni aggressive o minacce |
| 3. Intimidation | 3. intimidazioni |
| 4. Clenched fists | 4. pugni chiusi |
| 5. Resisting health care | 5. si oppone alle cure |
| 6. Prolonged or intense glaring at nurse | 6. sguardo fisso e minaccioso |
| 7. Name calling | 7. chiama per nome |
| 8. Yelling | 8. urla |
| 9. Increase in volume (speech) | 9. aumenta il tono di voce |
| 10. Irritability | 10. irritabilità |
| 11. Walking back and forth to the nurses area | 11. passeggia intorno alla sala infermieri |
| 12. Walking around confined areas such as waiting room or bed space | 12. passeggia in spazi limitati, come sale di attesa o l'area letti |
| 13. Sharp or caustic retorts | 13. dà risposte provocatorie |
| 14. Demeaning inflection | 14. si dimostra inflessibile |
| 15. Belligerence | 15. belligeranza |
| 16. Demanding attention | 16. richiama l'attenzione |
| 17. Humiliating remark | 17. presenta segni di umiliazione |