

Atti di violenza verso gli infermieri e fattori associati alla violenza nel contesto ospedaliero: uno studio trasversale

MICHELA LUCIANI, VALENTINA SPEDALE*, MONICA ROMANENGI**, CANDIDA ESTER VILLA***, D. AUSILI****, STEFANIA DI MAURO*****

Infermiera di Ricerca, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza; Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

* Tutor corso di Laurea in Infermieristica, Azienda Ospedaliera San Gerardo - Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca

** Statistician

*** Coordinatore Didattico corso di Laurea in Infermieristica, Azienda Ospedaliera San Gerardo - Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca

**** Assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza

***** Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza

KEY WORDS

Aggression; violence; nurses; workplace; hospital

PAROLE CHIAVE

Aggressione; violenza; infermieri; luogo di lavoro; ospedali

SUMMARY

«Violence towards nurses and factors affecting violence in hospital settings: an Italian cross-sectional study». *Violence towards nurses is a widespread phenomenon in Italy about which statistics are lacking. Aim: To investigate the prevalence of violence towards nurses in a health care structure in the north of Italy. Method: An observational cross-sectional study. Data were collected anonymously with a questionnaire developed by Zampieron et al. (2010) on a stratified sample of 198 nurses working in a major Italian Hospital in the Lombardy Region. Results: 43% of the sample (n=85/198) experienced violence in the previous twelve months with a mean of 4 aggressions each. Aggressors were mainly patients (53.3%) or relatives (26.7%), men (63.1%) aged between 36 and 50 years (27.9%). Of the verbal aggressions, one out of four was by a colleague or a superior. The emotional, physical and professional consequences were serious and the result of both physical and verbal violence. Nevertheless, among those who experienced aggressions, 57% did not ask for help and of those who did (43.0%) about 75% asked for help and support from their colleagues. Conclusions: Violence toward nurses exists and it is commonplace in the workplaces studied, even in the horizontal form. It is important to implement assessment and risk prevention and management measures, via specific training of nurses, and offer support for the victims and an anonymous formal report system guaranteed by the authorities.*

RIASSUNTO

La violenza verso gli infermieri è un evento presente sul territorio italiano di cui mancano statistiche sulla diffusione. Scopo: Indagare la prevalenza della violenza verso gli infermieri in un'azienda ospedaliera del nord Italia. Meto-

Pervenuto il 5.10.2015 - Revisione pervenuta il 23.2.2016 - Accettato il 4.3.2016

Corrispondenza: Michela Luciani, Infermiera di Ricerca, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza (MB) - Tel. 340-0572603 - E-mail: michelaluciani@outlook.com

do: *Studio osservazionale trasversale. I dati sono stati rilevati in forma anonima con il “Questionario su episodi di aggressione nella sede di lavoro” sviluppato da Zampieron et al. (2010) su un campione stratificato di 198 infermieri operanti in un Ospedale lombardo. Risultati: Il 43% del campione (n=85 su 198 intervistati) dichiara di aver subito aggressioni, con una media di 4 aggressioni a testa, nei 12 mesi precedenti lo studio. Gli aggressori sono soprattutto pazienti (53,5%) o parenti (26,7%), uomini (63,1%) di età compresa tra 36 e 50 anni (27,9%). Tra le aggressioni verbali una su quattro sono agite da colleghi o superiori. Le conseguenze emotive, fisiche e professionali dichiarate sono gravi e prodotte sia da aggressioni fisiche che verbali. Ciononostante, tra le persone che hanno subito aggressioni, il 57% non ha chiesto aiuto e, tra coloro che lo hanno richiesto (43,0%), circa il 75% ha cercato supporto ed aiuto da parte di un collega. Conclusioni: Questo studio conferma che la violenza verso gli infermieri è presente anche nella forma orizzontale tra professionisti. È importante negli ambienti di lavoro assumere comportamenti di valutazione, prevenzione del rischio e gestione attraverso il training del personale, il supporto delle vittime di violenza ed un sistema di denuncia formale anonimo sostenuto dalle istituzioni.*

INTRODUZIONE

Nonostante la letteratura abbia studiato ampiamente il problema e identificato strategie per contenerlo e gestirlo efficacemente, la violenza verso gli operatori sanitari è un rischio occupazionale in continuo aumento (3, 12). L'*International Council of Nurses* (ICN) nel Position Statement del 2006 sull'abuso e la violenza verso il personale infermieristico, condanna fortemente tutte le forme di abuso e violenza dichiarando che ledono i diritti degli infermieri, la dignità e l'integrità personale e hanno implicazioni sulla qualità dell'assistenza fornita ai cittadini. Si evidenzia come gli infermieri spesso accettino gli abusi e la violenza come parte del lavoro e che questa attitudine sia condivisa di frequente dal senso comune e dall'ordinamento giudiziario. Il documento si conclude affermando che la violenza è distruttiva ed ha un impatto profondamente negativo sugli osservatori, le vittime, i membri familiari e, in ultimo, l'assistenza e la sicurezza del paziente (16).

Il fenomeno della violenza è complesso da trattare per diverse ragioni: prima di tutto è difficile dare una definizione di violenza sul luogo di lavoro che sia incontrovertibile, anche perché strettamente legata a fattori socio-culturali e di contesto (3, 8, 12, 33). Inoltre, le ricerche e gli indici statistici disponibili utilizzano criteri differenti per definire cosa sia la violenza, chi ne rimane coinvolto e dove avvengono gli incidenti per essere considerati connessi all'attività lavorativa (3).

Nella raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute per “prevenire gli atti di violenza verso operatore sanitario” si evidenzia comunque la necessità nel nostro Paese di ottenere statistiche sulla diffusione del fenomeno. In questo documento si riporta infatti che “si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative” (21).

La definizione di violenza sul luogo di lavoro più comunemente accettata, anche dalla Commissione Europea è: “gli incidenti dove membri dello staff vengono abusati, minacciati o aggrediti in circostanze relative al proprio lavoro, che coinvolgono una minaccia esplicita o implicita alla propria sicurezza, benessere o salute”. Il valore di questa definizione è la sua comprensività (copre tutte le forme di violenza, sia fisiche che psicologiche) e la sua inclusività poiché non esclude i colleghi di lavoro come fonte di violenza (3).

Gli atti di violenza da parte di persone assistite e familiari contro gli infermieri sono una tendenza in continuo aumento nell'ambiente delle cure sanitarie (31), gli operatori sanitari hanno 16 volte più probabilità di subire violenza sul luogo di lavoro rispetto a qualsiasi altro lavoratore (30). Il rischio di aggressioni dipende dal grado di contatto che l'infermiere ha con il paziente, le indagini dimostrano che gli infermieri che hanno moderato o alto contatto con i pazienti hanno, rispettivamente 7.2 e 9.0 volte maggior rischio di subire aggressioni fisiche, rispetto agli infermieri che non hanno contatti (34). Gli infer-

mieri sono, nella maggior parte dei casi, i professionisti a più alto rischio tra gli operatori sanitari (3, 6, 11, 12, 17, 20). È da tenere presente che nessuna categoria sanitaria è del tutto esente dal rischio violenza; di conseguenza, in particolari circostanze può accadere che i più esposti ad aggressioni fisiche siano i medici (35, 36).

L'epidemiologia del fenomeno varia tra paesi e ambiti clinici. Per ciò che concerne l'Italia, nello studio di Cerri et al. del 2010, il 32.7% del campione (n=467, di cui 280 infermieri/tecnici) ha subito una o più aggressioni (6). Di questi il 59.2% in forma verbale e il 16.7% in modo fisico e verbale. Nella ricerca di Zampieron et al. del 2010, quasi il 50% del campione (n=595) ha subito almeno un episodio di violenza negli ultimi 12 mesi, di cui l'81.6% di tipo verbale (33). Lo studio di Magnavita & Heponiemi del 2011, che coinvolge anche gli studenti infermieri (n=346 studenti e 275 infermieri), evidenzia che il 6.6% degli studenti e il 13.4% degli infermieri riporta almeno un episodio di violenza fisica. Il 42.5% degli infermieri e il 34.1% degli studenti ha subito almeno un episodio di violenza fisica o verbale sul luogo di lavoro o di tirocinio (18). Una revisione della letteratura ha evidenziato che in tutto il mondo circa un terzo degli infermieri hanno subito violenza fisica e lesioni conseguenti a violenza orizzontale. La stessa review riporta che circa due terzi ha subito violenza verbale e circa un quarto molestie sessuali (28).

In Italia, i dati ufficiali più aggiornati per quanto riguarda l'evento sentinella n.12, "atti di violenza a danno di operatore", mostrano che gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005, ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici (21). Inoltre, nel Report sul Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella che analizza i dati tra settembre 2005 e dicembre 2012, vengono riportati 130 eventi di Atti di violenza verso operatore sanitario (22). Considerata la necessità di produrre dati aggiornati e di integrare le conoscenze disponibili sul fenomeno della violenza negli ambienti di lavoro e considerata la carenza di studi italiani in letteratura, lo scopo del presente studio è stato quello di descrivere la prevalenza di episodi di violenza verso gli infermieri che operano nel contesto ospedalie-

ro italiano. L'obiettivo secondario è stato quello di esplorare i fattori socioanagrafici e occupazionali associati al verificarsi di episodi di violenza nei contesti ospedalieri.

METODO E STRUMENTI

Il disegno di studio è stato di tipo quantitativo, osservazionale e trasversale (cross-sectional). Nei seguenti sottoparagrafi sono descritti gli aspetti metodologici principali del disegno di studio condotto presso una delle Azienda Ospedaliere Lombarde.

Campione e setting

Il campione (n=198) è stato selezionato attraverso campionamento stratificato con allocazione proporzionale da 30 Unità Cliniche di un'Azienda Ospedaliera lombarda. I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio sono stati: essere infermieri o coordinatori che lavorano in un'unità clinica di degenza presso l'Azienda Ospedaliera da almeno 12 mesi, effettuare assistenza diretta alla persona e la volontà del rispondente di partecipare allo studio. I reparti inclusi nello studio sono stati: Terapia Intensiva Generale, Terapia Intensiva Neurochirurgica, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Cardiologia, Chirurgia Toracica, Pneumologia, Unità Coronarica, Chirurgia D'Urgenza, due unità cliniche di Chirurgia Generale, Ginecologia Chirurgica, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Senologia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria (SPDC), Ematologia Pediatrica, Pediatria, Terapia Intensiva Neonatale, Geriatria, Malattie Infettive, Clinica Medica, Medicina D'Urgenza, Nefrologia, Chirurgia Maxillo-Facciale, Neurochirurgia, Neurologia, Otorino, Oncologia ed Oncologia Ginecologica. La numerosità campionaria raggiunta ha soddisfatto i criteri per garantire un livello di significatività dello 0,5% ed una potenza statistica dell'80%, come descritto nell'analisi dei dati.

Raccolta dei dati

È stato somministrato agli infermieri il "Questionario su episodi di aggressione nella sede di lavoro"

sviluppato in italiano da A. Zampieron et al. nel 2010 che consta di 35 domande chiuse a scelta multipla in forma anonima e indaga l'esperienza degli operatori sanitari nell'anno precedente all'intervista. La scelta dello strumento è stata svolta con lo scopo di dare continuità alla ricerca iniziata nel nord-est italiano e favorire la comparazione dei risultati. Inoltre, il questionario è risultato valido ed affidabile secondo gli studi precedentemente condotti e secondo i risultati del nostro studio (Alfa di Chronbach Media=0.919 con Varianza Spiegata=0.801; Zampieron et al., 2010).

Il questionario è stato consegnato in numero esatto pari al numero di infermieri per unità operativa selezionati per fare parte del campione. In maniera volontaria e con campionamento di convenienza gli infermieri hanno risposto al questionario con modalità di auto compilazione senza aiuto da parte del ricercatore.

Analisi dei dati

Misure descrittive di centralità e di dispersione sono state utilizzate per descrivere le caratteristiche del campione e le principali variabili indagate dal questionario utilizzato in questo studio (frequenze assolute, frequenza percentuali, media, analisi univariate e bivariate delle frequenze). Tre analisi della varianza (ANOVA) sono state progettate per esplorare i fattori socio demografici e occupazionali associati agli episodi di violenza nelle realtà in studio. La prima ANOVA ha considerato come variabile dipendente l'aver subito o meno aggressioni e come variabili indipendenti le caratteristiche demografiche ed occupazionali dei rispondenti. Lo scopo di questa prima analisi è stato quello di descrivere il profilo più esposto a subire aggressioni. Nella seconda ANOVA si è presa come variabile dipendente il tipo di aggressione e come variabili indipendenti quelle demografiche ed occupazionali delle vittime e quelle demografiche dell'aggressore. Lo scopo di questa seconda analisi della varianza è stato quello di esplorare i fattori associati ad aggressioni verbali o fisiche. Nella terza ANOVA la variabile dipendente è stata l'agente della violenza, suddiviso in fonti interne ed esterne, le variabili indipendenti sono state quelle demografiche ed occupazionali della vittima,

il tipo di aggressione e le caratteristiche dell'aggressore. Lo scopo di quest'ultima analisi è stato quello di indagare le variabili legate alle fonti dell'aggressione, differenziate in fonti interne (altri membri dello staff) o esterne (pazienti, familiari e visitatori). In tutti i casi il livello di significatività è stato fissato allo 0,5% con una potenza statistica dell'80%. I dati sono stati inseriti in un database Excel 2007 costruito per gli scopi dello studio e sono stati analizzati attraverso il software SPSS Ver. 13.0.

Aspetti etici

La somministrazione dei questionari è avvenuta previa autorizzazione dell'Azienda Ospedaliera coinvolta che ha formalmente aderito allo studio. È stata ottenuta ufficiale autorizzazione da parte degli autori all'utilizzo del questionario individuato per lo studio. La partecipazione da parte del personale coinvolto è stata su base volontaria, dopo firma del consenso, ed i dati personali, rilasciati in maniera consapevole, sono stati trattati ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 rispettando la riservatezza delle informazioni in tutte le fasi dello studio. I dati raccolti sono stati analizzati esclusivamente in forma aggregata ed esclusivamente per gli scopi della presente ricerca.

RISULTATI

Analizzando la composizione percentuale del campione (tabella 1), notiamo che questa rispetta la composizione della popolazione, come conseguenza del piano di campionamento utilizzato. Vi sono alcuni dati mancanti a causa delle modalità di raccolta dati self-report. La maggior parte degli infermieri presi in esame lavora in area intensiva, medica e chirurgica. Il campione è composto soprattutto da donne con età inferiore ai 30 anni, celibe o nubile, e di nazionalità italiana. Il titolo di studio prevalente è la laurea seguita del diploma. L'anzianità lavorativa è per la maggior parte superiore a 15 anni seguita da inferiore a 5 anni e l'anzianità lavorativa nella struttura operativa attuale inferiore ai 5 anni. I rispondenti sono per lo più infermieri, turnisti e non prestano il servizio di pronta disponibilità.

Tabella 1 - Variabili demografiche ed occupazionali del campione (n=198)*Table 1* - Demographic and work-related variables of sample (n=198)

Variabile	Modalità	n	(%)
Genere	Maschile	42	21.2
	Femminile	156	78.8
Età	21-30 anni	68	34.3
	31-40 anni	63	31.8
	41-50 anni	50	25.3
	≥ 51 anni	17	8.6
Nazionalità	Italiana	192	97.0
	Altre	2	1.0
Stato civile	Coniugato/a	81	40.9
	Celibe/nubile	100	50.5
	Divorziato/a	12	6.1
Ruolo	Infermiere/a	187	94.4
	Coordinatore/trice infermieristico	9	4.5
Titolo di studio (più elevato)	Diploma	77	38.9
	Laurea magistrale	2	1.0
	Laurea	91	46.0
	Abilitante alle Funzioni Direttive	3	1.5
	Master	25	12.6
Anni di lavoro	1-5	63	31.8
	6-10	28	14.1
	11-15	29	14.6
	>15	76	38.4
Anni di lavoro nell'attuale unità operativa	1-5	98	49.5
	6-10	28	14.1
	11-15	30	15.2
	>15	41	20.7
Ore di lavoro	Diurno	33	16.7
	Turno	164	82.8
Reperibilità	Si	50	25.3
	No	146	73.7
Luogo di lavoro	Terapia intensiva	48	24.2
	Medicina	59	29.8
	Chirurgia	52	26.3
	Pediatria	13	6.6
	Psichiatria	12	6.1
	Geriatrics	7	3.5
	Ostetricia/Ginecologia	7	3.5

Il 70% dei rispondenti dichiara di sentirsi spesso stanco, il restante 29% no. Il 58% di sentirsi spesso stressato, il 41% no; ciononostante ben l'87,5% dei rispondenti si dichiara soddisfatto del proprio lavoro.

Il 43% del campione (n=85) dichiara di aver subito aggressioni nei precedenti 12 mesi. Su 85 persone

che dichiarano di aver subito aggressioni si rileva un numero totale delle stesse pari a 325, il che porta ad avere una media di aggressioni nell'anno precedente all'indagine per persona pari a circa 4. Le aggressioni dichiarate sono per lo più verbali (68.8%). Quelle prettamente fisiche (6.1%) sono caratterizzate per

la maggior parte da calci/pugni (25.0%) e da calci/graffi (21.4%). Gli episodi di violenza avvengono soprattutto nella stanza di degenza (44.7%) o negli spazi comuni (24.7%). Circa la metà delle aggressioni viene segnalata ($n=47$, 54.7%); tra queste, il 42.0% comunica l'evento soltanto al coordinatore infermieristico.

Gli aggressori sono soprattutto persone assistite (53.5%), seguiti dai parenti (26.7%), di genere maschile (63.1%), di età compresa tra 36 e 50 anni (27.9%) e di nazionalità italiana (92.9%). Quando pazienti, la patologia degli aggressori è per lo più neurologica (26.0%) o psichiatrica (24.0%).

Diverse sono le cause dell'aggressione da parte di pazienti e parenti: gli infermieri riportano soprattutto la non soddisfazione di una richiesta (36.0%) e la comunicazione di cattive notizie (9.1%). Nel caso di aggressione da parte di un operatore sanitario, gli agenti della violenza sono soprattutto i medici (7.0%), seguiti da infermieri (5.8%), Operatori Socio Sanitari - Operatori Tecnico Assistenziali (OSS-OTA) (3.5%) e coordinatori infermieristici (2.3%). In questo caso le cause sono per lo più di tipo relazionale (29.4%) seguite da quelle di tipo organizzativo (23.5%).

L'effetto più comune dell'aggressione subita è, nella maggior parte, la rabbia (53.5%). Le reazioni all'aggressione sono soprattutto l'insonnia (20.3%). Tra le persone che hanno subito aggressioni il 57% non ha chiesto aiuto; tra coloro che lo hanno richiesto ($n=37$, 43.0%) circa il 75% ha cercato supporto ed aiuto da parte di un collega.

L'analisi della varianza ha mostrato che coloro che lavorano nelle unità operative di medicina, chirurgia e terapia intensiva ($p=0,012$) e non svolgono il servizio di pronta disponibilità ($p=0,017$) sono significativamente più esposti al rischio di aggressioni. Anche i sentimenti verso il luogo di lavoro sono associati alla violenza. Infatti coloro che si dichiarano stressati ($p=0,018$) e soddissfatti ($p=0,009$) del loro lavoro hanno statisticamente una percentuale maggiore di subire aggressioni (tabella 2).

Le aggressioni verbali sono rivolte soprattutto agli infermieri delle medicine e delle chirurgie, da parte di individui in età adulta ed italiani; per quanto comunque di maggior provenienza da parte di parenti e pazienti, la violenza verbale risulta provenire anche

da colleghi o superiori: una su 4, infatti, è ad opera di questi ultimi. La violenza fisica viene agita per la maggior parte nei reparti di psichiatria e geriatria ed esclusivamente da parte di persone assistite, prevalentemente in età pediatrica o geriatrica (tabella 3).

Per coloro che si dichiarano soddissfatti il rischio maggiore è di subire violenza da parte di fonti esterne ($p=0,041$) (tabella 4).

DISCUSSIONE

Il 43% del campione dichiara di avere subito aggressioni negli ultimi 12 mesi. Questo dato è abbastanza vicino ai dati di altri studi italiani: 32.7% ha subito una o più aggressioni negli ultimi 24 mesi (6), quasi il 50% del campione ha subito almeno un episodio di violenza negli ultimi 12 mesi (33), il 42.5% degli infermieri e 34.1% degli studenti sul luogo di tirocinio ha subito almeno un episodio di violenza fisica o non fisica negli ultimi 12 mesi (18).

Secondo i risultati presentati, le aggressioni tendono ad avvenire maggiormente nelle medicine, chirurgie e terapie intensive. Sebbene la letteratura identifichi come aree a rischio il DEA - Dipartimento di Emergenza e Accettazione, i servizi psichiatrici, i Ser.T, la continuità assistenziale e i servizi di geriatria (21), altri studi confermano i nostri dati: nella revisione di Hahn et al. (12), si evidenzia come escludendo l'emergenza e urgenza, i contesti dove vi è maggior incidenza di violenza sono proprio i reparti medici, chirurgici e le terapie intensive. Nel nostro studio sono stati selezionati solo i reparti di degenza, quindi il servizio di pronto soccorso non è stato incluso. Per quanto riguarda il luogo fisico dell'aggressione abbiamo rilevato come questa avvenga più frequentemente nella stanza di degenza e negli spazi comuni, luoghi dove le occasioni di contatto sono maggiori ed i rischi più alti (5). Sebbene i pazienti ed i loro familiari rimangano la fonte maggiore di violenza, non è da dimenticare che un quarto delle aggressioni verbali sono agite da altri operatori sanitari e questo dato è allineato alla letteratura attuale consultata (4). Lo studio di Farrel & Shafiei (9) suggerisce, inoltre, che le aggressioni da parte dei colleghi preoccupino molto di più lo staff piuttosto che quelle perpetrate dai pazienti. Inoltre,

Tabella 2 - Variabili demografiche ed occupazionali per presenza di aggressione negli ultimi 12 mesi*Table 2 - Demographic and work-related variables and occurrence of aggression in the previous 12 months*

Variabile	Modalità	Nessuna Aggressione 113 (57,1%)	Aggressioni 85 (42,9%)	df	F	p value
Genere	Maschile	29 (69,0%)	13 (31,0%)	1	3,139	0,078
	Femminile	84 (53,8%)	72 (46,2%)			
Età	21-30 anni	40 (58,8%)	28 (41,2%)	3	0,635	0,593
	31-40 anni	37 (58,7%)	26 (41,3%)			
	41-50 anni	29 (58,0%)	21 (42,0%)			
	≥ 51 years	7 (41,2%)	10 (58,8%)			
Nazionalità	Italiana	111 (57,8%)	81 (42,2%)	2	1,044	0,354
	Unione Europea	0 (0,0%)	1 (100%)			
	Extra Unione Europea	1 (100%)	0 (0,0%)			
Stato civile	Sposato/a	49 (60,5%)	32 (39,5%)	2	0,111	0,895
	Celibe/nubile	57 (57,0%)	43 (43,0%)			
	Divorziato/a	7 (58,3%)	5 (41,7%)			
Ruolo	Infermiere/a	108 (57,8%)	79 (42,2%)	1	0,617	0,433
	Coordinatore/trice infermieristico	4 (44,4 %)	5 (55,6%)			
Titolo di studio	Diploma di infermiere/a	44 (57,1%)	33 (42,9%)	4	0,290	0,884
	Laurea magistrale	1 (50,0%)	1 (50,0%)			
	Laurea in Infermieristica -	54 (59,3%)	37 (40,7%)			
	Abilitante alle Funzioni Direttive	1 (33,3%)	2 (66,7%)			
	Master / Specializzazione	13 (52,0%)	12 (48,0%)			
Anni di lavoro	1-5	40 (63,5%)	23 (36,5 %)	3	1,269	0,286
	6-10	13 (46,4%)	15 (53,6%)			
	11-15	19 (65,5%)	10 (34,5%)			
	>15	40 (48,8%)	36 (47,4%)			
Anni di lavoro nell'attuale unità operativa	1-5	61 (62,2%)	37 (37,8%)	3	2,353	0,073
	6-10	11 (39,3%)	17 (60,7%)			
	11-15	20 (66,7%)	10 (33,3%)			
	>15	20 (48,8%)	21 (51,2%)			
Ore di lavoro	Diurno	19 (57,6%)	14 (42,2 %)	1	0,008	0,927
	Turno	93 (57,6%)	71 (43,3%)			
Reperibilità	Si	36 (72,0%)	14 (28,0%)	1	5,768	0,017
	No	77 (52,7%)	69 (47,3%)			
Luogo di lavoro	Terapia intensiva	38 (79,2%)	10 (28,0%)	6	2,826	0,012
	Medicina	26 (44,1%)	33 (55,9%)			
	Chirurgia	31 (59,6%)	21 (40,4%)			
	Pediatria	5 (53,8%)	7 (46,2%)			
	Psichiatria	7 (53,8%)	6 (46,2%)			
	Geriatrics	3 (42,9%)	4 (57,1%)			
	Ostetricia/Ginecologia	3 (42,9%)	4 (57,1%)			
Ti senti spesso stanco/a al lavoro?	Si	74 (53,2%)	65 (46,8%)	1	3,853	0,051
	No	39 (68,4%)	18 (31,6%)			
Ti senti spesso stressato/a al lavoro?	Si	58 (50,9%)	56 (49,1%)	1	5,740	0,018
	No	55 (67,9%)	26 (32,1%)			
Ti senti soddisfatto/a del tuo lavoro?	Si	103 (61,3%)	65 (38,7%)	1	6,911	0,009
	No	8 (33,3%)	16 (66,7%)			

df - gradi di libertà; F - valore χ^2 . I numeri indicati in tabella non sono comprensivi dei *missing*

Tabella 3 - Variabili demografiche ed occupazionali della vittima e variabili demografiche dell'aggressore per tipologia di aggressione
Table 3 - Demographic and work-related variables of victims and demographic variables of the aggressor and type of aggression

Variabile	Modalità	Fisica o fisica e verbale 27 (31,4%)	Solo verbale 59 (68,6%)	df	F	p value
Caratteristiche della vittima						
Demografiche						
Genere	Maschile	4 (28,6%)	10 (71,4%)	1	0,098	0,755
	Femminile	23 (32%)	49 (68,1%)			
Età (anni)	21-30	10 (35,7%)	18 (64,3%)	3	1,603	0,195
	31-40	6 (21,5%)	22 (78,6%)			
	41-50	10 (50%)	10 (50%)			
	≥51	1 (10,0%)	9 (90%)			
Stato civile	Sposato/a	8 (24,3%)	25 (75,8%)	2	0,285	0,753
	Celibe/nubile	14 (32,6%)	29 (67,4%)			
	Divorziato/a	2 (40,0%)	3 (60,0%)			
Occupazionali						
Ruolo	Infermiere/a	26 (32,1%)	55 (67,9%)	1	0,407	0,525
	Coordinatore/trice infermieristico	1 (25,0%)	3 (75,0%)			
Ore di lavoro	Diurno	2 (14,3%)	12 (85,7%)	1	3,388	0,069
	Turnistica	25 (34,7%)	47 (65,3%)			
Luogo di lavoro	Terapia intensiva	0 (0,0%)	10 (100%)	6	2,096	0,063
	Medicina	11 (33,3%)	22 (66,7%)			
	Chirurgia	5 (23,8%)	16 (76,2%)			
	Pediatria	3 (50%)	3 (50%)			
	Psichiatria	5 (71,7%)	2 (28,6%)			
	Geriatria	3 (60,0%)	2 (40,0%)			
	Ostetricia/Ginecologia	0 (0,0%)	4 (100%)			
Ti senti spesso stanco/a al lavoro?	Sì	21 (32,3%)	44 (67,7%)	1	0,027	0,869
	No	6 (31,6%)	13 (68,4%)			
Ti senti spesso stressato/a al lavoro?	Sì	17 (29,8%)	40 (70,2%)	1	0,064	0,801
	No	10 (38,6%)	16 (61,5%)			
Ti senti soddisfatto al lavoro?	Sì	23 (34,3%)	44 (65,7%)	1	1,448	0,232
	No	2 (13,3%)	13 (86,7%)			
Caratteristiche dell'aggressore						
Ruolo dell'aggressore	Collega	0 (0,0%)	5 (100%)	6	5,726	0,000
	Coordinatore/trice infermieristico	0 (0,0%)	2 (100 %)			
	Medico	0 (0,0%)	6 (100 %)			
	Operatore Socio Sanitario / Operatore Tecnico Amministrativo	1 (33,3%)	2 (66,7 %)			
	Familiare del paziente	0 (0,0%)	23 (100%)			
Sesso	Pazienti	26 (55,0%)	20 (43,5%)	1	2,223	0,140
	Maschio	18 (33,9%)	35 (66,0%)			
Età (anni)	Femmina	8 (25,9%)	23 (74,2%)	5	6,909	0,000
	<20	6 (100%)	0 (0,0%)			
	20-35	0 (0,0%)	11 (100,0%)			
	36-50	5 (20,8%)	19 (79,2%)			
	51-65	2 (10,5%)	17 (89,5%)			
	66-80	8 (42,1%)	11 (57,9%)			
Nazionalità	>80	6 (85,7%)	1 (14,3%)	2	4,100	0,020
	Italiana	22 (27,8%)	57 (72,2%)			
	Unione Europea	4 (80,0%)	1 (20,0%)			
	Extra Unione Europea	0 (0,0%)	1 (100%)			

df - gradi di libertà; F - valore χ^2 . I numeri indicati in tabella non sono comprensivi dei *missing*

Tabella 4 - Caratteristiche della vittima, tipo di aggressione e caratteristiche dell'aggressore in base alla fonte della violenza (interna: staff; esterna: pazienti e familiari)*Table 4* - Characteristics of victim, type of aggression and characteristics of the aggression depending on the source (internal: staff, external: patients and family members)

Variabile	Modalità	Fonti interne (altri membri dello staff) 16 (18,6%)	Fonti esterne (pazienti e parenti) 59 (68,6%)	df	F	p value
Caratteristiche demografiche ed occupazionali della vittima						
Genere	Maschile	1 (7,1%)	13 (92,9%)	1	0,496	0,483
	Femminile	15 (20,8%)	56 (77,8%)			
Età (anni)	21-30	5 (17,9%)	22 (77,8%)	3	0,936	0,427
	31-40	8 (28,5%)	20 (71,4%)			
	41-50	1 (5,0%)	19 (95,0%)			
	≥51	2 (20,0%)	8 (80,0%)			
Nationalità	Italiana	15 (19,5%)	66 (80,5%)	1	0,783	0,397
Stato civile	Altro	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1	0,382	0,538
	Sposato/a	5 (15,1%)	28 (80,3%)			
	Celibe/nubile	11 (25,6%)	32 (74,4%)			
	Divorziato/a	0 (0,0%)	5 (100,0%)			
Ruolo	Infermiere/a	15 (18,6%)	65 (80,3%)	3	0,236	0,871
Coordinatore/trice infermieristico	0 (0,0%)	4 (100,0%)				
Anni di lavoro	0-5	5 (20,9%)	18 (75,0%)	3	0,236	0,871
	6-10	3 (20,0%)	12 (80,0%)			
	11-15	3 (30,0%)	7 (70,0%)			
	>15	5 (13,9%)	31 (86,1%)			
Ore di lavoro	Diurno	3 (21,4%)	11 (78,6%)	1	1,797	0,184
	Turno	13 (18,1%)	58 (80,6%)			
Reperibilità	Si	6 (30,5%)	8 (56,6%)	1	8,956	0,004
	No	10 (14,3%)	59 (84,3%)			
Luogo di lavoro	Terapia intensiva	5 (50,0%)	5 (50,0%)	6	1,918	0,088
	Medicina	2 (6,0%)	31 (94,0%)			
	Chirurgia	6 (28,6%)	14 (66,1%)			
	Pediatria	0 (0,0%)	6 (100,0%)			
	Psichiatria	0 (0,0%)	7 (100,0%)			
	Geriatrics	1 (20,0%)	4 (80,0%)			
	Ostetricia/Ginecologia	2 (50,0%)	2 (50,0%)			
Ti senti spesso stanco/a al lavoro?	Si	14 (21,6%)	50 (76,9%)	1	0,402	0,528
	No	2 (10,6%)	17 (89,5%)			
Ti senti spesso stressato/a al lavoro?	Si	12 (21,0%)	44 (77,2%)	1	0,005	0,945
	No	4 (15,3%)	22 (84,6%)			
Ti senti soddisfatto al lavoro?	Si	13 (19,5%)	53 (79,1%)	1	4,297	0,041
	No	2 (13,3%)	13 (86,7%)			
Tipo di aggressione						
Frequenza	1	3 (15,8%)	16 (84,2%)	5	2,101	0,075
	2	6 (25,0%)	18 (75,0%)			
	3	2 (15,4%)	11 (84,6%)			
	10	2 (10%)	17 (95%)			
Tipo di aggressione	Fisica	0 (0,0%)	12 (100,0%)	2	0,104	0,901
	Verbale	15 (25,9%)	43 (72,9%)			
	Verbale e fisica	1 (6,7%)	14 (93,3%)			
Denunciata	Si	7 (15,0%)	40 (85,1%)	1	0,000	0,986
	No	9 (23,1%)	29 (74,4%)			

(continua)

Tabella 4 - Caratteristiche della vittima, tipo di aggressione e caratteristiche dell'aggressore in base alla fonte della violenza (interna: staff; esterna: pazienti e familiari)*Table 4* - Characteristics of victim, type of aggression and characteristics of the aggression depending on the source (internal: staff; external: patients and family members)

Variabile	Modalità	Fonti interne (altri membri dello staff)	Fonti esterne (pazienti e parenti)	df	F	p value
		16 (18,6%)	59 (68,6%)			
Caratteristiche dell'aggressore						
Genere	Maschile	4 (7,5%)	48 (90,6%)	1	14,953	0,000
	Femminile	11 (35,5%)	20 (64,5%)			
Età (anni)	<20	0 (0,0%)	6 (100,0%)	5	0,752	0,587
	20-35	3 (27,3%)	8 (72,8%)			
	36-50	5 (20,9%)	19 (79,1%)			
	51-65	8 (42,2%)	10 (52,6%)			
	66-80	0 (0,0%)	19 (100,0%)			
	>80	0 (0,0%)	7 (100%)			
Nazionalità	Italiana	15 (19,0%)	63 (79,7%)	2	0,693	0,503
	UE	1 (20,0%)	4 (80,0%)			
	Extra UE	0 (0,0%)	1 (100%)			

df - gradi di libertà; F - valore χ^2 . I numeri indicati in tabella non sono comprensivi dei *missing*

se gli infermieri sono più disposti a perdonare le persone assistite, non accettano la violenza agita da parte di altri lavoratori. La creazione di un gruppo supportivo e che collabora è ritenuta essenziale per diminuire la violenza laterale e gli abusi di potere.

La differenza di genere e di età nell'esposizione al rischio di subire aggressioni non sono significative nei nostri dati e questo si discosta dagli studi presi in esame; questo potrebbe essere spiegato dalla ridotta numerosità campionaria. In letteratura, infatti, viene evidenziato come le donne siano più esposte a violenza verbale e gli uomini a quella fisica (4) e che il rischio sia maggiore tra gli infermieri più giovani (5, 12, 14, 15). Un elemento invece molto significativo sono i sentimenti legati al luogo di lavoro che, secondo i nostri risultati, rappresentano fattori di rischio rilevanti. Vari autori ed anche il presente studio confermano che sentirsi stressati stanchi o poco soddisfatti rispetto al proprio lavoro aumenti il rischio di subire aggressioni (15, 20, 27) e che le persone stressate e stanche mettano in atto dei comportamenti difensivi nei confronti dell'utenza che possono scatenare in essa reazioni aggressive (23). È necessaria una spiegazione di contesto per quanto riguarda la relazione tra la soddisfazione dichiarata e l'aumento del rischio di violenza da parte di fonti esterne (pazienti e i loro familiari e visitatori): re-

centi studi hanno messo in luce che effettuare dei training contro la violenza sul luogo di lavoro aumenta la consapevolezza rispetto alle aggressioni subite e quindi il numero di denunce (15). Crediamo che, per la stessa ragione, coloro che sono soddisfatti del loro lavoro siano più consapevoli della cultura dell'errore e quindi più inclini a dichiarare di avere subito atti di violenza oppure che i lavoratori più soddisfatti siano quelli più coinvolti e, come tali, che si avvicinino maggiormente alle persone assistite ed ai parenti "difficili".

Spesso si sente dire che i dati riferiti alla violenza sono soltanto "la punta dell'iceberg", secondo i nostri dati circa la metà delle aggressioni viene segnalata. Tra queste il 42,0% segnala l'evento soltanto al coordinatore infermieristico. È da sottolineare la differenza tra segnalata e denunciata, infatti, si stima che soltanto il 10% circa degli eventi vengano formalmente denunciati (7) e solo il 20% circa discuta dell'evento con i propri superiori (13). Il problema dell'under-reporting, nonostante il crescente numero di atti di violenza denunciati negli ultimi anni, continua ad essere rilevante. Varie ragioni sono state addotte per spiegare il fenomeno. La più comune è che gli infermieri vedano le aggressioni fisiche da parte di pazienti non nel pieno possesso delle proprie facoltà come parte del lavoro, non degni di nota

e che quindi vadano accettati o tollerati (7, 19, 25, 27). Soprattutto per quanto riguarda gli atteggiamenti di bullismo da parte di colleghi, invece, molto diffuso è anche il sentimento che l'organizzazione non prenda provvedimenti e gli infermieri che subiscono aggressioni vengano penalizzati, ritenuti responsabili o incompetenti, oppure lasciati senza supporto da parte delle istituzioni (7, 10, 25, 27). Altre motivazioni sono: la "cultura del silenzio" dove l'errore è visto in maniera profondamente negativa e quindi non comunicabile (27), il vedere nella necessità di cercare supporto un fallimento professionale ed il non voler essere sleali nei confronti dei colleghi (25). Probabilmente parlare di "violenza" sembra troppo estremo per gli operatori sanitari ed i comportamenti aggressivi ma involontari come nel caso di pazienti affetti da demenza, ipossia o confusione e con poco impatto sulla vittima non vengono considerati tali anche per la preoccupazione che segnalarli potrebbe portare ad una ricaduta negativa sulla persona assistita (26). Anche nello studio presentato le patologie di cui risultavano affetti i pazienti agenti di violenza sono state per la maggior parte quelle neurologiche e psichiatriche.

Il questionario scelto per l'analisi non indaga a fondo le strategie di coping a seguito di un'aggressione, ciononostante, circa il 75% degli intervistati che hanno subito violenza si sono rivolti ad un collega per cercare aiuto o supporto; i risultati sono simili allo studio di Farrel e Shafiei (9), in cui il 92.0% degli infermieri ha discusso dell'evento con un collega; inoltre tra questi il 95.0% ha dichiarato che il supporto ottenuto in questo modo è stato molto d'aiuto.

L'effetto più comune dell'aggressione subita è la rabbia (53.5%) e la reazione è soprattutto l'insonnia (20.3%). Secondo la letteratura, le conseguenze dell'aggressione, sia a breve che a lungo termine, sono sia fisiche che psicologiche e si sviluppano in tutti i campi della vita di una persona: emotivo, fisico, personale e professionale (11). Nonostante le differenze tra nazioni, culture, disegni degli studi e risultati degli stessi, in tutte le ricerche le risposte degli operatori sanitari circa gli effetti della violenza subita sono tra loro simili (20). Si pensi che anche l'assistere ad un incidente violento sul posto di lavoro è sufficiente per innescare una reazione traumatica (3). I costi non sono soltanto emotivi e profes-

sionali ma anche economici. Sebbene in Italia non ci siano ancora studi a riguardo, negli USA è stato stimato che il costo medio di una singola aggressione verso un infermiere è compreso tra i 10248 \$ (29) e i 31643 \$ (10).

Questo studio ha diverse limitazioni. La prima, che il carattere trasversale non permette di osservare l'evoluzione del fenomeno. L'uso di un questionario, finora utilizzato in una sola ricerca, limita la possibilità di confrontare i risultati ottenuti con quelli di altre strutture sanitarie nazionali ed estere. Le aggressioni sono state dichiarate dai lavoratori, e non c'è stata alcuna possibilità di verifica sul loro reale accadimento. Il carattere volontario dell'adesione non consente infine di escludere un errore sistematico di selezione nella raccolta dei dati.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio mostrano che la violenza verso gli infermieri è un problema presente e rilevante. Quasi la metà degli infermieri partecipanti allo studio hanno subito violenza nei dodici mesi precedenti e questo può avere conseguenze anche molto gravi, non solo per chi la subisce ma anche per coloro che vi assistono.

Nonostante la rilevanza data alla violenza in certi ambienti quali i dipartimenti di emergenza e quelli di salute mentale, i nostri dati mostrano come il fenomeno sia più diffuso e coinvolga ogni lavoratore della salute. Tra questi, gli infermieri sono il gruppo professionale più ad alto rischio.

Gli episodi di violenza evidenziano situazioni di rischio e vulnerabilità dell'ambiente lavorativo ed è per questa ragione che è necessario sviluppare un sistema di valutazione del rischio sia strutturale che individuale e mettere in atto le strategie ampiamente documentate in letteratura (tabella 5).

Future ricerche dovrebbero approfondire le cause della violenza, l'efficacia dei metodi di prevenzione, gli strumenti di valutazione del rischio, le metodologie di supporto alle vittime, le conseguenze sul personale e sull'attività lavorativa inclusa la qualità dell'assistenza infermieristica fornita ai pazienti. Pare necessario inoltre verificare la presenza di associazioni tra la motivazione al lavoro, il benessere

Tabella 5 - Misure di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno di operatore sanitario*Table 5 - Measures of prevention and management of acts of violence towards health care workers*

Misure di prevenzione e gestione	Reference
Politica di tolleranza zero	WHO, 2002; OSHA, 2004; ICN, 2006; Beech & Leather, 2006; Ministero della Salute, 2007; Whelan, 2008
Formazione base, post base e permanente	Beech & Leather, 2006; Ministero della Salute, 2007; Whelan, 2008; Anderson et al., 2009; Roche et al. 2010; Cerri et al., 2010; Magnavita & Heponiemi, 2012; Hahn et al., 2012
Incentivazione delle denunce	OSHA, 2004; Ministero della Salute, 2007; Whelan, 2008; Joint Commission, 2010; Roche et al., 2010
Trattamento e sostegno agli operatori vittime di violenza (counseling, gruppo di supporto tra pari, valutazione psicologica)	Ministero della Salute, 2007; Lim, 2011
Modifica delle strutture per ridurre i fattori di rischio (es. illuminazione, finestre/porte rotte)	Ministero della Salute, 2007
Installazione di impianto di allarme e dispositivi di sicurezza in luoghi ad alto rischio	Ministero della Salute, 2007
Disponibilità di un sistema di pronto intervento	Ministero della Salute, 2007
Installazione di impianto video a circuito chiuso	Ministero della Salute, 2007
Previsione aree di colloquio per persone a rischio, arredate in modo idoneo	Ministero della Salute, 2007

biopsicosociale dei lavoratori, il burnout e la violenza negli ambienti di lavoro. Inoltre studi che valutino l'impatto economico della violenza sui luoghi di lavoro potrebbero essere utili allo scopo di quantificare monetariamente la problematica e incentivare provvedimenti preventivi.

Un sistema di denuncia formale e nazionale della violenza che includa anche i near miss consentirebbe di approfondire la conoscenza del fenomeno e di fornire un adeguato supporto alle vittime favorendo la segnalazione degli episodi e il riconoscimento di un ruolo di tutela da parte delle istituzioni. Già da normativa ministeriale ogni evento sentinella, incluso "qualsiasi atto di violenza subito da operatore o paziente" dovrebbe essere riportato attraverso i canali ufficiali al ministero che sono definiti ed operativi (37). Il tema sembra essere piuttosto l'effettivo utilizzo di questi canali, in quanto si stima che soltanto il 10% circa degli eventi di aggressione nei confronti degli infermieri vengano formalmente denunciati (7) e solo il 20% circa degli operatori che

subiscono violenza discuta dell'evento con i propri superiori (13).

In conclusione, la violenza sul luogo di lavoro è un problema che coinvolge sensibilmente professionisti sanitari, assistiti, familiari, e organizzazioni. Per questa ragione si ritiene importante che diventi oggetto d'attenzione nell'agire professionale considerato l'impatto che questo fenomeno ha sulla salute dei pazienti, sulla gestione dei servizi e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro - EU-OSHA: Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010

2. Anderson L, Fitzgerald M, Luck L: An integrative literature review of intervention to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs* 2010; *19*: 2520-2530
3. Beech B, Leather P: Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggress Violent Behav* 2006; *11*: 27-43
4. Brunetti L, Bambi S: Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. *Prof Inferm* 2013; *66*: 109-116
5. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, et al: Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud*, 2008; *45* (suppl 1): 35-50
6. Cerri R, Caserta M, Grosso M: Le aggressioni subite dagli operatori sanitari: indagine in un ospedale italiano. *Assist Inferm Ric* 2010; *29* (suppl 1): 5-10
7. Chapman R, Styles I, Perry L , et al: Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *J Clin Nurs* 2010; *19*: 479-488
8. Di Martino V: Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. An ILO/ICN/WHO/PSI Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector: Geneva, 2003
9. Farrel GA & Shafiei T: Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *Int J Nurs Stud* 2012; *49*: 1423-1431
10. Gates D, Gillespie G, Succop P: Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nurs Econ* 2011; *29* (suppl 2): 59-67
11. Gerberich S, Church T, McGovern P, et al: An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004; *61*: 495-503
12. Hahn S, Zeller A, Needham I, et al: Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2008; *13*: 431-441
13. Hahn S, Müller M, Needham I, et al: Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2010; *19*: 3535-3546
14. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, et al: Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* 2012; *68* (suppl 12), 2685-2699
15. Hahn S, Müller M, Hartikainen V, Kok G, et al: Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Result of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud* 2013; *50*: 374-385
16. ICN - International Council of Nurses: Abuse and violence against nursing personnel. Position Statement. Geneva: ICN Publications, 2006
17. Lim, BC: A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Nurs J Singapore* 2011; *37* (suppl 4): 18
18. Magnavita N, Heponiemi T: Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. *J Nurs Scholarsh* 2011a; *43* (suppl 2): 203-210
19. Magnavita N, Heponiemi T: Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni. *G Ital Med Lav Ergon* 2011b; *33* (Suppl 3): 274-277
20. Magnavita N, Heponiemi T: Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012; *12* (Suppl 108)
21. Ministero della Salute. (2007). Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, Raccomandazione n. 8. Disponibile online all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf. Ultimo accesso il: 04.04.2014
22. Ministero della Salute. (2013). Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011). Disponibile online all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf. Ultimo accesso il: 04.04.2014
23. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, et al: Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005, *49* (Suppl 3): 283-296
24. Occupational Safety and Health Administration. (2002). Job Hazard Analysis, U.S. Department of Labor. Disponibile online all'indirizzo: https://www.osha.gov/Publications/OSHA3071.pdf?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=job-hazard-analysis-13 Ultimo accesso il: 13.02.2016
25. Roche M, Diers D, Duffield C, et al: Violence Toward Nurse, the Work Environment, and Patient Outcomes. *J Nurs Scholarsh* 2010; *42* (Suppl 1): 13-22
26. Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, et al: Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2013; *50*: 1368-1376
27. Shields M, Wilkins K: Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep* 2009; *20* (Suppl 2)
28. Spector PE, Zhou ZE, Che XX: Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying and sexual harassment: a quantitative review. *Int J Nurs Stud* 2014; *51*: 72-84
29. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, et al: Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patients visitors. *J Emerg Nurs* 2013; *40* (Suppl 3): 218-28

30. St-Pierre I, Holmes D: Managing nurse through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *J Nurs Manag* 2008; *16*: 352-359
31. Whelan T: The Escalating Trend of Violence Toward Nurses. *J Emerg Nurs* 2008; *34* (Suppl 2): 130-133
32. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002. Disponibile online all'indirizzo: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Ultimo accesso il: 13.02.2016
33. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, et al: Perceived aggression toward nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 2010; *19*: 2329-2341
34. Canton AN, Sherman MF, Magda LA, et al: Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses. *Home Healthc Nurse* 2009; *27*: 364-373
35. Magnavita N: The exploding spark. Workplace violence in an infectious disease hospital - A longitudinal study. *Biomed Res Int* 2013
36. Magnavita N, Fileni A, Pescarini L, et al: Violence against radiologists. I: prevalence and preventive measures. *Radiol Med* 2012; *117*: 1019-1033
37. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Osservatorio Nazionale Sugli Eventi Sentinella, Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, 2009. Disponibile online all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf Ultimo accesso: 13.02.2016