

Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro durante la pandemia COVID-19: studio osservazionale descrittivo analitico multicentrico (Studio CEASE-IT)

Annamaria Bagnasco¹, Gianluca Catania², Nicola Pagnucci³, Rosaria Alvaro⁴, Giancarlo Cicolini⁵, Alberto Dal Molin⁶, Loreto Lancia⁷, Maura Lusignani⁸, Daniela Mecugni⁹, Paolo Carlo Motta¹⁰, Roger Watson¹¹, Mark Hayter¹², Francesca Napolitano¹³, Alessio Signori¹⁴, Milko Zanini¹⁵, Loredana Sasso¹⁶ & Working Group CEASE-IT

¹PhD, MSN, RN, MEdSc, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

²PhD, MSN, RN, Docente e Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

³RN, MSN, Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

⁴MSN, RN, FAAN, FESC, Professore Ordinario Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Facoltà di Medicina Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma, Italia

⁵PhD, MSN, RN, Ricercatore Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari, Italia

⁶PhD, MSN, RN, Professore Associato Dipartimento di Medicina Traslazionale Università del Piemonte Orientale di Novara Direzione delle Professioni Sanitarie – A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, Novara, Italia

⁷MSN, RN, Professore Ordinario Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila, Italia

⁸MSN, RN, Professore Associato Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

⁹MSN, RN, Professore Associato Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico Padiglione de Sanctis – Campus universitario San Lazzaro, Reggio Emilia, Italia

¹⁰MSN, RN, Professore Associato Dipartimento di Specialità medico-chirurgiche, Scienze radiologiche e Sanità pubblica Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

¹¹PhD, RN, FSB, FRCN, FAAN, Academic Dean in the School of Nursing, Southwest Medical University, Cina

¹²PhD, RN, M.Med.Sci, FEANS, SFHEA, FRCSE, FRCN, FAAN Head of Nursing, Manchester Metropolitan University, Manchester, UK

¹³RN, MSN, Dottoranda, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

¹⁴Biostatistico, PhD, Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

¹⁵PhD, MSN, MSoc, RN, Docente e Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

¹⁶MSN, MEdSc, RN, FAAN, FFMNRC, Già Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Genova, Italia

Corrispondenza: annamaria.bagnasco@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione La violenza sul luogo di lavoro rappresenta un fenomeno in forte crescita in particolar modo per gli infermieri. Le conseguenze di questo fenomeno possono estendersi oltre le singole vittime, alla sicurezza e alla qualità dei servizi offerti alla popolazione.

Obiettivo Descrivere le caratteristiche degli episodi di violenza vissuti dagli infermieri sul posto di lavoro e identificare le differenze tra gli infermieri che hanno subito violenza e coloro che non l'hanno subita.

Metodi Uno studio trasversale è stato realizzato coinvolgendo gli infermieri di area medica, chirurgica, area critica e servizi territoriali di 22 strutture sanitarie italiane. L'ambiente di lavoro è stato valutato attraverso il Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, lo staffing con le domande tratte dall'indagine RN4CAST Italia, la violenza subita attraverso la versione italiana del questionario Violence in Emergency Nursing and Triage.

Risultati Seimila settantanove infermieri hanno partecipato allo studio, 1969 (32,4%) hanno subito violenza. La minaccia verbale è stata la forma di violenza più subita (84%). Dal confronto tra gli infermieri che non hanno subito violenza rispetto a coloro che l'hanno subita sono risultate statisticamente significative le differenze tra variabili appartenenti a: (a) caratteristiche dei professionisti, (b) caratteristiche degli assistiti, (c) caratteristiche organizzative e professionali, (d) misure preventive presenti sul posto di lavoro, (e) caratteristiche dell'ambiente di lavoro.

Conclusioni Lo studio ha mostrato le vaste dimensioni e la natura multifattoriale di questo fenomeno in ogni contesto assistenziale italiano. Solo attraverso programmi integrati e multimodali di prevenzione e gestione è possibile contrastare la violenza sul lavoro.

Parole chiave: Ambiente di lavoro, conseguenze, COVID-19, fattori predittivi, infermieristica, violenza sul posto di lavoro.

Workplace violence towards Italian nurses during the COVID-19 pandemic: multicentre analytical descriptive observational study (CEASE-IT Study)

ABSTRACT

Introduction Workplace violence has grown in recent years, especially for nurses. The consequences of this phenomenon can extend beyond individual victims and witnesses to affect the organization of the local service and entire health systems with implications on the safety and quality of services offered to the population.

Although the number of studies relating to this phenomenon has grown in recent years, to have a broader and more comprehensive knowledge, it is necessary to conduct studies in clinical care areas other than those most studied, such as emergency and psychiatry.

Objective To describe workplace violence characteristics experienced by nurses in Italian hospitals and the community and identify the significant differences that emerged from the responses provided by nurses who have suffered violence compared to those who have not experienced it.

Results Six thousand seventy-nine nurses participated in the study, of which 1969 (32.4%) were subjected to violence. The verbal threat was the most common form of violence experienced, reported by 84% of nurses who experienced violence. The differences between some measured variables belonging to (a) nurse characteristics, (b) patient characteristics, (c) organizational and professional characteristics, (d) preventive measures in the workplace, (e) characteristics of the work environment.

Conclusions The study highlighted the vast dimensions and the multifactorial nature that this phenomenon assumes in every Italian assistance context. It is possible to combat workplace violence only through integrated and multimodal prevention and management programs that consider the multifactorial nature of this phenomenon.

Key words: COVID-19, consequences, nursing, predictive factors, working environment, workplace violence.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

- Il monitoraggio continuo degli eventi di violenza subiti dagli infermieri è essenziale per conoscere l'entità di questo fenomeno. Interventi strutturali che mirano alla creazione di regolamenti antiviolenza e sui livelli di staffing sono necessari per prevenire e gestire il fenomeno delle aggressioni.
- Tutti i contesti assistenziali, sia ospedalieri che territoriali, devono essere considerati nella valutazione, prevenzione e gestione della violenza sul posto di lavoro per la trasversalità di questo fenomeno.
- Programmi integrati e multimodali di prevenzione e gestione che considerino la natura multifattoriale del fenomeno sono in grado di contrastare la violenza verso gli infermieri.

INTRODUZIONE

Il personale sanitario è spesso esposto al rischio di aggressione da parte di pazienti, utenti o loro parenti e caregivers (Estry-Behar et al., 2008, Iennaco et al., 2013, Magnavita and Heponiemi, 2012). Nella letteratura internazionale sono presenti differenti definizioni per descrivere il fenomeno della violenza sul posto di lavoro. La definizione più ampiamente utilizzata di violenza legata al lavoro è quella che è stata accettata dalla Commissione Europea e adattata da Wynne, Clarkin, Cox e Griffiths (Wynne et al., 1997), che la descrive come incidenti in cui il personale subisce abusi, è minacciato o aggredito in circostanze legate al lavoro, che implicano una sfida esplicita o implicita alla loro sicurezza, al benessere o alla salute. Il valore di questa definizione è da ricercare sia nella sua completezza che nella sua inclusività. Dal 2002 al 2013 gli eventi di violenza che si sono verificati sul luogo di lavoro sono stati molto più frequenti per il settore sanitario e di assistenza sociale rispetto ad altre aree (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002). Un'indagine

del 2013 dell'US Department of Labor ha stimato che il tasso di incidenza di aggressione per gli operatori ospedalieri è pari a 7,8 su 10.000, in confronto a un valore inferiore a 2 su 10.000 per i lavoratori delle industrie (U.S. Department of Labor, 2013). La violenza sul luogo di lavoro rappresenta un fenomeno in forte crescita negli ultimi anni per le professioni sanitarie, in particolar modo per gli infermieri, considerati la categoria più vulnerabile per la tipologia di lavoro svolto sempre a stretto contatto con le persone e in situazioni non ordinarie che possono generare facilmente tensione (Pich et al., 2017). Inoltre dalla prospettiva culturale l'infermieristica è una professione considerata meno autorevole di quella medica (Ferri et al., 2016). In Nord America, l'Emergency Nurses Association conferma che la violenza contro gli infermieri è estremamente comune (Gacki-Smith et al., 2009) e che circa un quarto degli infermieri riferisce di aver subito violenza fisica più di 20 volte negli ultimi 3 anni e quasi 1 su 5 di aver subito abusi verbali più di 200 volte durante lo stesso periodo. Un'indagine successiva, condotta nel 2018 dall'American Nurses Association, riporta che il 62%

degli infermieri intervistati ha subito almeno un episodio di violenza sul posto di lavoro (American Nurses Association (ANA), 2019). Uno studio europeo del 2019 evidenzia che su 260 infermieri di 5 paesi diversi, il 20,4% ha confermato di essere stato aggredito fisicamente sul posto di lavoro negli ultimi 12 mesi e la maggior parte di questi (76,9%) ha affermato che l'incidente non avrebbe potuto essere evitato. Il 92,3 % dei partecipanti ha riferito di essere stato aggredito da pazienti o utenti nella carriera professionale (Tomagová et al., 2020). In Italia la prevalenza annuale di violenza sul posto di lavoro varia dal 48,6% al 65,9% (Guglielmetti et al., 2016, Terzoni et al., 2015).

Negli ultimi 15 anni l'attenzione su questo argomento ha prodotto molte evidenze grazie a studi che indagano l'incidenza degli episodi di violenza sul luogo di lavoro riportati dagli infermieri. Una revisione di letteratura ha permesso di affermare che il trend di questo fenomeno è crescente e i dati estrapolati indicano la necessità di approfondire gli studi per poter intraprendere azioni di prevenzione e trattamento (Edward et al., 2014). Sebbene i comportamenti violenti e aggressivi dei pazienti siano prevalentemente sperimentati dal personale che lavora nelle unità di salute mentale e nei dipartimenti di emergenza, la violenza e l'aggressività dei pazienti sono in aumento in altre aree ospedaliere, comprese le unità di medicina generale e chirurgia, pediatria e terapia intensiva (Ferri et al., 2016). In ambito extraospedaliero sono documentati episodi di violenza e aggressioni presso i servizi territoriali di assistenza infermieristica domiciliare (Byon et al., 2020) e distrettuale (Faffiora et al., 2015) e anche i servizi pre-ospedalieri di ambulanza e soccorso sono esposti a questo fenomeno (Coskun Cenk, 2019, van der Velden et al., 2016). Le cause del fenomeno sono molteplici ed includono: personale ridotto, carico di lavoro elevato, caratteristiche degli assistiti e approcci assistenziali inappropriati (Pich et al., 2017).

I fattori di rischio per la violenza nei luoghi di lavoro sono molteplici e comprendono: lavorare con persone con precedenti di violenza o sotto l'effetto di stupefacenti o con problematiche mentali; movimentare e trasportare i pazienti; lavorare da soli; limitazioni strutturali dell'ambiente lavorativo; mancanza di formazione ed addestramento del personale; riduzione del numero del personale specialmente durante l'orario di visita e i pasti; elevato turnover; sicurezza inadeguata; tempi di attesa e affollamento; percezione della violenza come parte inevitabile del lavoro e la sfiducia verso la segnalazione degli episodi (Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2015).

Un aspetto comune di questo fenomeno a livello

globale riguarda la tendenza a non riportare gli episodi di violenza (*underreporting, miscommunication*), soprattutto nelle forme verbali (Hesketh et al., 2003) sia per mancanza di sistemi di reporting efficaci, sia per timore di conseguenze (se la violenza è stata commessa da colleghi), sia per la tendenza ad accettare tali episodi come parte del lavoro dell'infermiere (Azami et al., 2018, Pich et al., 2017).

Numerosi sono gli studi che hanno analizzato le conseguenze della violenza nei confronti degli infermieri ed includono non solo lesioni fisiche ma anche conseguenze psicologiche (Sofield and Salmond, 2003) come rabbia, paura o ansia, sintomi di disturbo da stress post-traumatico (Inoue et al., 2006), senso di colpa, stress acuto, diminuzione della produttività lavorativa (Chen et al., 2010), riduzione della soddisfazione sul lavoro (Berlanda et al., 2019), maggiore intenzione di lasciare il lavoro, abbassamento della qualità della vita correlata alla salute e persino morte (Gates et al., 2011, Gillespie et al., 2013b). Gli effetti della violenza in ambito sanitario possono estendersi oltre le singole vittime e i testimoni fino ad interessare l'organizzazione del servizio locale e agli interi sistemi sanitari con conseguenze sulla sicurezza e la qualità dei servizi offerti alla popolazione. Le aziende sanitarie possono incorrere in costi legati alla riduzione della credibilità professionale, una diminuzione della produttività e della soddisfazione sul lavoro, tutti fattori associati a un aumento del turnover di dipendenti. Costi aggiuntivi possono derivare da multe, azioni legali per responsabilità, aumento dei premi assicurativi per la compensazione dei lavoratori e perdita di entrate a seguito di pubblicità negativa derivante da incidenti violenti (Gerberich et al., 2004, Wax et al., 2016). Vi è anche una relazione tra l'ambiente lavorativo, la comunicazione tra gli operatori e una minor tendenza a subire episodi di violenza da parte di pazienti o familiari (Berlanda et al., 2019). In Italia sono disponibili alcuni studi che confermano il trend internazionale della violenza nei confronti degli operatori sanitari (Cannavò, 2020). Come negli altri Paesi, l'area clinica maggiormente esplorata è stata quella dell'emergenza anche grazie ad uno studio nazionale condotto nel 2016 che ha rilevato un'esposizione degli infermieri di pronto soccorso a violenza verbale pari al 76% e a violenza verbale e fisica nel 15,5% (Ramacciati et al., 2019). Sebbene il numero di studi relativi a questo fenomeno sia cresciuto negli ultimi anni, per avere una conoscenza più ampia e comprensiva è necessario condurre studi in aree clinico assistenziali differenti da quelle maggiormente studiate come l'emergenza e la psichiatria.

Per poter sviluppare programmi di promozione della

salute per gli infermieri che lavorano in contesti sanitari particolarmente a rischio per episodi di violenza da parte dei pazienti e caregivers è indispensabile conoscere a fondo il fenomeno della violenza sul posto di lavoro, le sue cause e le conseguenze che determina.

Lo scopo di questo studio è descrivere le caratteristiche degli episodi violenza vissuti dagli infermieri sul posto di lavoro negli ospedali italiani e sul territorio e identificare le differenze significative emerse dalle risposte fornite dagli infermieri che hanno subito una violenza rispetto a coloro che non hanno vissuto questo tipo di esperienza.

METODI

Disegno dello studio

Sulla base del protocollo CEASE-IT (Bagnasco et al., 2021), lo studio ha adottato un disegno di tipo osservazionale descrittivo trasversale e la raccolta dati è stata condotta nel periodo compreso tra gennaio e aprile 2021 presso ASL, Aziende Ospedaliere e/o Universitarie/IRCCS identificate dai principal investigator afferente al settore scientifico disciplinare Med/45 di otto università italiane coinvolte nel progetto.

Popolazione di studio

La popolazione in studio è rappresentata dagli infermieri che esercitavano la propria professione in area medica, chirurgica e aree assimilabili, area critica e servizi territoriali delle ASL, Aziende Ospedaliere e/o Universitarie/IRCCS.

Criteri di inclusione

Hanno potuto partecipare allo studio gli infermieri che:

- svolgevano la propria professione nei contesti clinici di medicina, chirurgia e reparti assimilabili, area critica e servizi territoriali presso le strutture partecipanti
- hanno espresso la volontà alla partecipazione attraverso la compilazione del consenso informato.

Criteri di esclusione

Nel caso in cui alcuni infermieri avessero cambiato unità operativa durante la fase di raccolta dati, questi sono stati inclusi una sola volta.

Procedure

Tutti gli infermieri dei centri partecipanti sono stati invitati a partecipare attraverso l'invio tramite e-mail del link per l'accesso riservato al materiale informativo e al questionario dello studio. Dal momento dell'invio delle e-mail, è stato concesso il tempo di 15 giorni per poter rispondere in modo

completo al questionario e consentirne la successiva archiviazione automatica da parte del software della piattaforma web. L'invio del questionario compilato ha corrisposto alla dichiarazione di consenso alla partecipazione allo studio.

Strumenti

L'ambiente di lavoro infermieristico è stato valutato attraverso la versione italiana validata (Squires et al., 2013) del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Il PES-NWI indaga le caratteristiche del contesto organizzativo nel quale si svolge l'attività degli infermieri definito come l'insieme delle caratteristiche organizzative del contesto lavorativo atte a facilitare o ostacolare l'assistenza infermieristica (Lake, 2002). Il PES-NWI è costituito da 31 affermazioni suddivise in 5 sottoscale: (1) appropriatezza dello staffing e delle risorse, (2) capacità di leadership e supporto infermieristico del coordinatore infermieristico, (3) presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica, (4) rapporto medico-infermiere, (5) coinvolgimento degli infermieri nell'organizzazione aziendale. Ad ogni affermazione è possibile assegnare un punteggio su scala likert dove 1= forte disaccordo, 2= parziale disaccordo, 3= parziale accordo, 4= forte accordo. Ogni sottoscala prevede il calcolo del punteggio medio. Il punteggio medio di 2,5 è indicatore di ambiente di lavoro neutro. Punteggi medi inferiori a 2,5 descrivono ambienti di lavoro negativo, punteggi medi superiori a 2,5 ambienti di lavoro positivo. Oltre ai punteggi medi di ogni sottoscala è calcolato il punteggio medio totale che comprende tutte le 5 sottoscale.

Il livello di staffing è stato valutato attraverso le domande tratte dall'indagine condotta sugli infermieri per lo studio RN4CAST Italia (Squires et al., 2013), adattate per questo studio.

La versione italiana, adattata e validata del questionario VENT Questionnaire (Violence in Emergency Nursing and Triage) costituita da 69 domande suddivise in 7 sezioni è stata utilizzata per descrivere le esperienze di comportamenti violenti subite dagli infermieri in termini di violenza fisica, verbale o abuso sessuale durante il turno di lavoro nei dodici mesi precedenti. La prima sezione è costituita dalla domanda filtro sull'esercizio della professione negli ultimi 12 mesi. La seconda sezione include domande demografiche. La terza sezione include domande relative all'esperienza personale di aver subito un episodio di violenza da parte dei pazienti e/o caregivers. La quarta e quinta sezione includono domande sui fattori associati alla violenza sul posto di lavoro che promuovono, intensificano o ridimensionano gli episodi di violenza e il tipo di comportamento violento vissuto.

La sesta sezione contiene le domande relative alle

iniziative locali finalizzate alla prevenzione del rischio di episodi di violenza rivolti agli infermieri.

Dimensione del campione

La dimensione minima del campione richiesta per singola università era pari a 460 infermieri, definita sulla base di un margine di errore del 5%, un tasso di drop out del 20% e un livello di confidenza del 95%.

Considerando la popolazione infermieristica italiana pari a circa 450.000 iscritti agli Ordini delle Professioni Infermieristiche è stata ipotizzata, pertanto, una dimensione del campione pari a circa l'1% della popolazione ovvero 4600 infermieri.

Analisi dei dati

I dati categorici sono stati analizzati in termini di percentuale e frequenza assoluta e confrontati attraverso il test chi-quadrato di Pearson. Le variabili continue sono state descritte in termini di valore medio e deviazione standard (SD), analizzate con il test T di Student e riportate le differenze medie (MD). Le variabili considerate possibili predittori di episodi di violenza sono state confrontate tra il gruppo degli infermieri che non hanno subito violenza negli ultimi 12 mesi e/o negli ultimi sette giorni con il gruppo degli infermieri che hanno subito violenza.

Aspetti etici

Il protocollo di studio è stato sviluppato con l'intento di tutelare i diritti dei soggetti partecipanti attraverso il rispetto degli aspetti etici e deontologici previsti per la Buona Pratica Clinica e di Ricerca (D.M. 14/7/97), nonostante non siano previste somministrazioni di farmaci. Lo studio è stato condotto in accordo con la dichiarazione di Helsinki (versione di Fortaleza 2013) e in conformità alle norme vigenti in materia di studi clinici e di buona pratica clinica. Poiché sono state poste domande personali e richieste informazioni socio anagrafiche, il protocollo è stato sottoposto ed approvato dal Comitato Etico delle Regione Liguria (78/2020 - DB id 10357). È stata garantita l'assoluta volontarietà di partecipazione allo studio ed è stata garantita la possibilità di non prestare il proprio consenso o di ritirarsi dallo studio in ogni momento della sua esecuzione.

RISULTATI

Il questionario è stato distribuito a N=21051 infermieri delle 22 strutture partecipanti (ASL, Aziende Ospedaliere e/o Universitarie/IRCCS). Rispetto alla dimensione del campione stimata in 4600 infermieri, il numero complessivo di rispondenti pari a N=6079 infermieri ha generato un tasso di risposta del 28,8%. Alcuni infermieri non hanno risposto a tutte le domande del questionario e di

conseguenza il denominatore varia nei risultati riportati. L'età media degli infermieri che hanno partecipato allo studio era pari a 43.2 anni (SD 10.8), il sesso prevalente era quello femminile (n=4631; 76.2%). I dettagli demografici completi del campione sono presentati in Tabella 1.

Il 32,4 % degli infermieri (n=1969) ha subito violenza nell'ultimo anno e/o negli ultimi sette giorni. Di questi, il 46% (n=920) ha subito violenza negli ultimi sette giorni. Il numero di episodi di violenza segnalati dagli infermieri negli ultimi dodici mesi precedenti il completamento del questionario è stato pari a 35347 con una media di 8 (SD=72). La minaccia verbale senza contatto fisico è stata la forma più comune di violenza subita, riportata dal 84% degli infermieri che hanno subito violenza (n = 1657) con una media di 15 episodi anno per infermiere (SD=102).

Tutte le variabili indagate dal questionario come possibili predittori di episodi di violenza sono state confrontate tra il gruppo di infermieri che non hanno subito violenza negli ultimi 12 mesi e/o negli ultimi sette giorni con il gruppo di infermieri che hanno subito violenza. Le variabili per le quali sono risultate differenze statisticamente significative sono state raggruppate in cinque categorie: (a) caratteristiche dei professionisti (Tabella 2), (b) caratteristiche degli assistiti (Tabella 3), (c) caratteristiche organizzative e professionali (Tabella 4), (d) misure preventive presenti sul posto di lavoro (Tabella 5), (e) caratteristiche dell'ambiente di lavoro (Tabella 6).

Caratteristiche dei professionisti

Dal confronto tra gli infermieri che non hanno subito violenza rispetto a coloro che l'hanno subita sono risultate statisticamente significative le differenze tra alcune caratteristiche dei professionisti (tabella 2). Rispetto al titolo di studio le differenze significative maggiori (χ^2 15,2; p = 0,004) erano: il diploma di scuola regionale tra i rispondenti che non avevano subito violenza (+4,7%), la laurea triennale tra i rispondenti che l'avevano subita (+3,7%). Rispetto al possesso del titolo di master la differenza significativa (χ^2 9,21; p =0,002) era il mancato possesso di tale titolo tra i rispondenti che non avevano subito violenza (+4,3%).

Le differenze significative maggiori sull'area di lavoro emergevano nel gruppo rispondenti che avevano subito violenza (χ^2 298; p < 0,001), in particolare per l'area emergenza/urgenza (+11,6%) e l'area salute mentale (+7,2%). Sui destinatari dell'assistenza (pazienti adulti vs pazienti pediatrici), emergeva una differenza significativa (χ^2 11,8; p < 0,001) nel gruppo di infermieri rispondenti che avevano subito violenza nel prestare assistenza a pazienti adulti (+2,4%). I rispondenti che avevano subito aggressioni indicavano maggiormente (+17,3%) di percepire la

violenza come parte inevitabile del loro lavoro (χ^2 159; $p < 0,001$). Inoltre, tra coloro che avevano subito violenza (χ^2 54,0; $p < 0,001$) era maggiore la percezione di aumento degli episodi (+9,4%). L'età media ($t=5,57$; $p < 0,001$) e il numero medio di anni di esperienza ($t=4,23$; $p < 0,001$) sono risultati

maggiori tra gli infermieri che non hanno subito violenza con una differenza statisticamente significativa rispetto ai partecipanti che l'hanno subita.

Tabella 1. Caratteristiche del personale

	Università degli studi di Bari – Aldo Moro	Università degli studi di Brescia	Università degli studi di Genova	Università degli studi de L'Aquila	Università degli studi di Milano	Università degli studi di Modena e Reggio Emilia	Università del Piemonte Orientale	Università di Roma	Totale
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)
Età	37,9 (10,2)	41,5 (10,6)	46,4 (10,2)	46,6 (9,6)	39,4 (10,9)	43,7 (10,5)	42,3 (10,2)	46,6 (9,4)	43,2 (10,8)
Anni di esperienza	11,6 (9,9)	15,4 (11,6)	19,6 (12,3)	18,7 (12,2)	13,4 (11,3)	16,7 (12,8)	16,0 (11,5)	16,1 (10,7)	16,3 (12,1)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sesso									
Femmine	405 (56,2)	380 (75,1)	1460 (82,5)	74 (30,5)	479 (76,4)	619 (82,2)	461 (82,5)	659 (73,1)	4631 (76,2)
Maschi	267 (37,0)	119 (23,5)	310 (17,5)	165 (67,9)	139 (22,2)	127 (16,9)	85 (15,2)	226 (25,1)	1318 (21,7)
Non dichiarato	49 (6,8)	7 (1,4)	26 (1,5)	4 (1,6)	9 (1,4)	7 (0,9)	12 (2,1)	16 (1,8)	130 (2,1)
Titolo di studio									
Diploma regionale	59 (8,2)	155 (30,6)	795 (44,9)	52 (21,4)	152 (24,2)	283 (37,6)	188 (33,6)	265 (29,4)	1949 (32,1)
Diploma universitario	36 (4,9)	38 (7,5)	128 (7,2)	23 (9,5)	53 (8,5)	70 (9,3)	45 (8,1)	84 (9,3)	477 (7,8)
Diploma laurea triennale infermieristica	558 (77,4)	262 (51,8)	701 (39,6)	118 (48,6)	371 (59,2)	347 (46,1)	266 (5,9)	422 (46,8)	3045 (50,1)
Diploma laurea magistrale scienze infermieristiche	33 (4,6)	24 (4,7)	77 (4,4)	37 (15,2)	28 (4,5)	32 (4,2)	33 (5,9)	87 (9,7)	351 (5,8)
Dottorato di ricerca in infermieristica	35 (4,9)	27 (5,3)	68 (3,8)	13 (5,3)	23 (3,7)	21 (2,8)	27 (4,8)	43 (4,8)	257 (4,2)
Master di primo/secondo livello									
Si	236 (32,7)	117 (23,1)	398 (32,9)	96 (39,5)	174 (23,4)	163 (21,6)	147 (26,3)	350 (38,8)	1654 (27,2)
Area principale di lavoro									
medica	271 (37,6)	120 (23,7)	583 (32,9)	63 (25,9)	256 (40,8)	286 (38,2)	179 (32)	197 (21,9)	1975 (32,5)
chirurgica	83 (11,5)	103 (20,4)	59 (18,8)	44 (18,1)	125 (19,9)	136 (18,2)	95 (16,9)	150 (16,6)	1068 (17,6)
emergenza/urgenza	100 (13,9)	33 (6,5)	196 (11,1)	41 (16,9)	54 (8,6)	57 (7,6)	97 (17,4)	209 (23,2)	787 (13,0)
terapia intensiva	88 (12,2)	46 (9,1)	107 (6,0)	19 (7,8)	97 (15,5)	53 (7,1)	69 (12,3)	92 (10,2)	571 (9,4)
pediatrica/materno infantile	3 (0,4)	20 (4,0)	14 (0,8)	4 (1,6)	14 (2,2)	11 (1,5)	14 (2,5)	0 (0,0)	80 (1,3)
territorio/comunità	89 (12,3)	3 (0,6)	31 (1,8)	9 (3,7)	10 (1,6)	49 (6,6)	22 (3,9)	63 (6,9)	276 (4,5)
salute mentale	27 (3,7)	127 (25,1)	197 (11,1)	2 (0,8)	58 (9,3)	49 (6,6)	26 (4,7)	52 (5,8)	538 (8,9)
ambulatorio/day-hospital	20 (2,8)	38 (7,5)	210 (11,9)	41 (16,9)	5 (0,8)	90 (12,0)	45 (8,1)	136 (15,1)	585 (9,6)
cure palliative	23 (3,2)	0 (0,0)	8 (0,5)	0 (0,0)	8 (1,3)	6 (0,8)	6 (1,1)	0 (0,0)	5 (0,8)
altro	17 (2,4)	16 (3,2)	70 (3,9)	20 (8,2)	0 (0,0)	11 (1,5)	6 (1,1)	0 (0,0)	140 (2,3)

Tabella 2. Caratteristiche del personale

	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana		
	Media (SD)	Media (SD)	Differenza Media	t di student
Età	43,7 (10,67)	42,0 (11,01)	1,656	p < ,001
Anni di esperienza	16,8 (12,13)	15,4 (11,90)	1,365	p < ,001
	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana		
	N (%)	N (%)	Chi-quadrato	
Titolo di studio				
Diploma regionale	1380 (33,6 %)	569 (28,9 %)		
Diploma universitario	326 (7,9 %)	151 (7,7 %)		
Diploma laurea triennale infermieristica	2010 (48,9 %)	1035 (52,6 %)	15,2	p 0,004
Diploma laurea magistrale scienze infermieristiche	230 (5,6 %)	121 (6,1 %)		
Dottorato di ricerca in infermieristica	164 (4,0 %)	93 (4,7 %)		
Master di primo/secondo livello				
No	3041 (74,0 %)	1384 (70,3 %)	9,21	p 0,002
Si	1069 (26,0 %)	585 (29,7 %)		
Area principale di lavoro				
medica	1392 (33,9 %)	583 (29,6 %)		
chirurgica	793 (19,3 %)	275 (14,0 %)		
emergenza/urgenza	378 (9,2 %)	409 (20,8 %)		
terapia intensiva	457 (11,1 %)	114 (5,8 %)		
pediatrica/materno infantile	57 (1,4 %)	23 (1,2 %)	298	p <0,001
territorio/comunità	199 (4,9 %)	77 (3,9 %)		
salute mentale	268 (6,5 %)	270 (13,7 %)		
ambulatorio/day-hospital	413 (10,1 %)	172 (8,7 %)		
cure palliative	43 (1,0 %)	8 (0,4 %)		
altro	102 (2,5 %)	38 (1,9 %)		
Area pediatrica	298 (7,3 %)	97 (4,9 %)	11,8	p <0,001
Area adulti	3812 (92,7 %)	1872 (95,1 %)		
Violenza come parte inevitabile lavoro				
No	2350 (57,2 %)	786 (39,9 %)	159	p <0,001
Si	1760 (42,8 %)	1183 (60,1 %)		
Frequenza degli episodi				
in aumento	2618 (63,7 %)	1440 (73,1 %)	54,0	p <0,001
in diminuzione	211 (5,1 %)	67 (3,4 %)		
stabile	1281 (31,2 %)	462 (23,5 %)		

Tabella 3. Caratteristiche e comportamenti degli assistiti

	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana	Chi-quadrato	
Esistenza di categorie dell'assistito con maggiore probabilità violenza			64,2	p <0,001
No	2030 (49,4 %)	757 (38,4 %)		
Si	2080 (50,6 %)	1212 (61,6 %)		
Caratteristiche dell'assistito				
Uso di sostanze illecite			17,6	p <0,001
No	1588 (38,6 %)	872 (44,3 %)		
Si	2522 (61,4 %)	1097 (55,7 %)		
Etilismo			15,1	p <0,001
No	1780 (43,3 %)	957 (48,6 %)		
Si	2330 (56,7 %)	1012 (51,4 %)		
Problemi di salute mentale			22,5	p <0,001
No	1459 (35,5 %)	823 (41,8 %)		
Si	2651 (64,5 %)	1146 (58,2 %)		
Dolore acuto			14,7	p <0,001
No	3097 (75,4 %)	1571 (79,8 %)		
Si	1013 (24,6 %)	398 (20,2 %)		
Deficit cognitivo			13,5	p <0,001
No	3058 (74,4 %)	1550 (78,7 %)		
Si	1052 (25,6 %)	419 (21,3 %)		
Demenza			5,10	p 0,024
No	2443 (59,4 %)	1230 (62,5 %)		
Si	1667 (40,6 %)	739 (37,5 %)		
Aspettative non realistiche			10,0	p 0,002
No	1726 (42,0 %)	743 (37,7 %)		
Si	2384 (58,0 %)	1226 (62,3 %)		
Aspetti culturali			3,67	p 0,055
No	2143 (52,1 %)	975 (49,5 %)		
Si	1967 (47,9 %)	994 (50,5 %)		
Comportamenti dell'assistito				
Agitato			36,1	p <0,001
No	1263 (30,7 %)	459 (23,3 %)		
Si	2847 (69,3 %)	1510 (76,7 %)		
Guardare fissamente			9,97	p 0,002
No	2832 (68,9 %)	1277 (64,9 %)		
Si	1278 (31,1 %)	692 (35,1 %)		
Tono della voce			9,07	p 0,003
No	1137 (27,7 %)	473 (24,0 %)		
Si	2973 (72,3 %)	1496 (76,0 %)		
Postura			8,84	p 0,003
No	2424 (59,0 %)	1082 (55,0 %)		
Si	1686 (41,0 %)	887 (45,0 %)		
Minaccioso			4,22	p 0,040
No	1384 (33,7 %)	611 (31,0 %)		
Si	2726 (66,3 %)	1358 (69,0 %)		
Camminare avanti e indietro			21,8	p <0,001
No	2937 (71,5 %)	1291 (65,6 %)		
Si	1173 (28,5 %)	678 (34,4 %)		

Tabella 4. Caratteristiche organizzative e professionali

	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana	Chi- quadrato	
Caratteristiche del personale				
Carico di lavoro				
No	1682 (40,9 %)	695 (35,3 %)	17,7	p <0,001
Si	2428 (59,1 %)	1274 (64,7 %)		
Staffing				
No	1968 (47,9 %)	872 (44,3 %)	6,92	p 0,009
Si	2142 (52,1 %)	1097 (55,7 %)		
Assenza di competenze per la gestione della violenza				
No	2613 (63,6 %)	1374 (69,8 %)	22,7	p <0,001
Si	1497 (36,4 %)	595 (30,2 %)		
Atteggiamento e tipo di assistenza				
No	2677 (65,1 %)	1434 (72,8 %)	36,0	p <0,001
Si	1433 (34,9 %)	535 (27,2 %)		
Comunicazione inadeguata con i pazienti				
No	1679 (40,9 %)	1009 (51,2 %)	58,3	p <0,001
Si	2431 (59,1 %)	960 (48,8 %)		
Comunicazione professionale inadeguata				
No	2979 (72,5 %)	1528 (77,6 %)	18,2	p <0,001
Si	1131 (27,5 %)	441 (22,4 %)		

Tabella 5. Misure di prevenzione presenti e formazione

	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana	Chi- quadrato	
Misure di prevenzione presenti sul luogo di lavoro				
Formazione specifica				
No	1500 (36,5 %)	791 (40,2 %)	7,66	p 0,006
Si	2610 (63,5 %)	1178 (59,8 %)		
Segnaletica				
No	3362 (81,8 %)	1497 (76,0 %)	27,6	p <0,001
Si	748 (18,2 %)	472 (24,0 %)		
Fissare oggetti mobili				
No	3352 (81,6 %)	1661 (84,4 %)	7,22	p 0,007
Si	758 (18,4 %)	308 (15,6 %)		
Vetri di sicurezza al triage/accoglienza				
No	2451 (59,6 %)	1304 (66,2 %)	24,5	p <0,001
Si	1659 (40,4 %)	665 (33,8 %)		
Zone ad accesso limitato				
No	2183 (53,1 %)	1142 (58,0 %)	12,8	p <0,001
Si	1927 (46,9 %)	827 (42,0 %)		
Aumento misure di sicurezza nei momenti di bassa affluenza				
No	3247 (79,0 %)	1507 (76,5 %)	4,75	p 0,029
Si	863 (21,0 %)	462 (23,5 %)		
Personale di sicurezza				
No	1698 (41,3 %)	895 (45,5 %)	9,33	p 0,002
Si	2412 (58,7 %)	1074 (54,5 %)		
Misure di restrizione				
No	3617 (88,0 %)	1671 (84,9 %)	11,6	p <0,001
Si	493 (12,0 %)	298 (15,1 %)		
Piani di gestione dei pz violenti				
No	2655 (64,6 %)	1349 (68,5 %)	9,07	p 0,003
Si	1455 (35,4 %)	620 (31,5 %)		
Procedure chiare per la gestione degli eventi di violenza				
No	2281 (55,5 %)	1206 (61,2 %)	18,0	p <0,001
Si	1829 (44,5 %)	763 (38,8 %)		
Formazione finalizzata alla riduzione delle aggressioni completata				
No	434 (46,5 %)	173 (36,0 %)	14,1	p <0,001
Si	500 (53,5 %)	307 (64,0 %)		
Procedure della tua organizzazione efficaci per la prevenzione della violenza				
No	986 (24,0 %)	760 (38,6 %)	158	p <0,001
Si	814 (19,8 %)	235 (11,9 %)		
In parte	2310 (56,2 %)	974 (49,5 %)		

Tabella 6. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index e ore di assistenza settimanali				
Variabile	Nessuna violenza subita	Violenza subita nell'ultimo anno o ultima settimana	Test di significatività	
	Media (SD)	Media (SD)	Differenza Media	t di student
Ore di assistenza alla settimana	34,3 (5,42)	34,8 (5,04)	-0,484	-3,06 p 0,002
Numero di pazienti assistiti nell'ultimo turno	10,4 (8,38)	13,7 (9,45)	-3,259	-13,50 p < ,001
PES 1 Appropriatezza dello staffing e delle risorse	2,6 (0,72)	2,4 (0,74)	0,208	10,36 p < ,001
PES 2 Capacità di leadership e supporto infermieristico del coordinatore infermieristico	3,0 (0,70)	2,9 (0,74)	0,116	5,92 p < ,001
PES 3 Presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica	2,8 (0,64)	2,6 (0,62)	0,160	9,25 p < ,001
PES 4 Rapporto medico-infermiere	2,8 (0,70)	2,7 (0,73)	0,111	5,67 p < ,001
PES 5 Coinvolgimento degli infermieri nell'organizzazione aziendale	2,6 (0,67)	2,4 (0,68)	0,200	10,82 p < ,001
PES Composito	2,8 (0,58)	2,6 (0,58)	0,159	9,93 p < ,001

Caratteristiche degli assistiti

Per quanto riguarda le caratteristiche degli assistiti, dal confronto tra gli infermieri che non hanno subito violenza e coloro che l'hanno subita sono risultate differenze statisticamente significative per alcune di queste (tabella 3). Rispetto all'esistenza di categorie di assistiti che attuano con maggiore probabilità comportamenti violenti la differenza significativa (χ^2 64,2; $p < 0,001$) era nel ritenerla esistente tra i rispondenti che avevano subito violenza (+11,0%). Differenza significativa è stata riscontrata nel non ritenere favorenti dai rispondenti che avevano subito violenza l'uso di sostanze illecite da parte degli assistiti (+5,7%; χ^2 17,6; $p < 0,001$), l'etilismo (+5,3%; χ^2 15,1; $p < 0,001$), i problemi di salute mentale (+ 6,3%; χ^2 22,5; $p < 0,001$), il dolore acuto (+4,4%; χ^2 14,7; $p < 0,001$), il deficit cognitivo (+4,3%; χ^2 13,5; $p < 0,001$) e la demenza (+3,1%; χ^2 5,10; $p = 0,024$). E' stata riscontrata differenza significativa nel ritenere favorenti dai rispondenti che avevano subito violenza: le aspettative non realistiche da parte degli assistiti (+4,3%; χ^2 10,0; p

= 0,002) e gli aspetti culturali (+2,6%; χ^2 3,67; $p = 0,055$). Rispetto ai comportamenti tenuti dagli assistiti sono state riscontrate differenze significative nel ritenerli favorenti dai rispondenti che avevano subito violenza: agitazione (+7,3%; χ^2 36,1; $p < 0,001$), guardare fissamente (+4,0%; χ^2 9,97; $p = 0,002$), tono della voce (+3,7%; χ^2 9,07; $p = 0,003$), postura (+4,0%; χ^2 8,84; $p = 0,003$), atteggiamento minaccioso (+2,7%; χ^2 4,22; $p = 0,040$) e camminare avanti e indietro (+5,9%; χ^2 21,8; $p < 0,001$).

Caratteristiche organizzative e professionali

Rispetto alle caratteristiche organizzative e professionali, dal confronto tra gli infermieri che non hanno subito violenza e coloro che l'hanno subita sono risultate differenze statisticamente significative per alcune di queste (tabella 4). Differenza significativa è stata riscontrata nel non ritenere favorenti dai rispondenti che avevano subito violenza le seguenti caratteristiche: assenza di competenze per la gestione della violenza (+6,2%; χ^2 22,7; $p < 0,001$), atteggiamento del professionista e il tipo di

assistenza erogata (+7,7%; χ^2 36,0; $p < 0,001$), comunicazione inadeguata con i pazienti (+10,3%; χ^2 58,3; $p < 0,001$) e comunicazione inadeguata tra professionisti (+5,1%; χ^2 18,2; $p < 0,001$). Differenza significativa è stata riscontrata nel ritenere favorevoli dai rispondenti che avevano subito violenza le seguenti caratteristiche: carico di lavoro (+5,6%; χ^2 17,7; $p < 0,001$) e staffing (+3,6%; χ^2 6,92; $p = 0,009$).

Misure di prevenzione e formazione specifica

Per quanto riguarda le misure di prevenzione e la formazione specifica presenti sul luogo di lavoro, dal confronto tra gli infermieri che non hanno subito violenza e coloro che l'hanno subita sono risultate differenze statisticamente significative per alcune di queste (tabella 5). Differenza significativa è stata riscontrata nell'assenza, dichiarata dai rispondenti che avevano subito violenza rispetto alle seguenti misure: formazione specifica (+3,7%; χ^2 7,66; $p = 0,006$), fissaggio di oggetti mobili utilizzabili come arma (+2,8%; χ^2 7,22; $p = 0,007$), vetri di sicurezza agli sportelli di accettazione/triage (+6,6%; χ^2 24,5; $p < 0,001$), zone ad accesso limitato (+4,9%; χ^2 12,8; $p < 0,001$), personale di sicurezza (+4,2%; χ^2 9,33; $p = 0,002$), l'utilizzo di piani per la gestione dei pazienti violenti (+3,9%; χ^2 9,07; $p = 0,003$), procedure chiare per la gestione degli eventi di violenza (+5,7%; χ^2 18,0; $p < 0,001$). Differenza significativa è stata riscontrata nella presenza dichiarata dai rispondenti che avevano subito violenza rispetto alle seguenti misure: segnaletica (es. poster di campagne anti violenza) (+5,8%; χ^2 27,6; $p < 0,001$), aumento delle misure di sicurezza in orari di bassa affluenza (+2,5%; χ^2 4,75; $p = 0,029$) e disponibilità di misure di restrizione (3,1%; χ^2 11,6; $p < 0,001$). Rispetto alla formazione finalizzata alla prevenzione delle aggressioni, differenza significativa è stata riscontrata nel completamento di questa tra i rispondenti che avevano subito violenza (+10,5; χ^2 14,1; $p < 0,001$). Per quanto riguarda le procedure della propria organizzazione, differenza significativa maggiore è stata riscontrata nel ritenerle non efficaci tra i rispondenti che avevano subito violenza (+14,6%; χ^2 158; $p < 0,001$).

Caratteristiche dell'ambiente di lavoro

Rispetto alle caratteristiche dell'ambiente di lavoro (tabella 6) sono risultate statisticamente significative le differenze tra i partecipanti che non hanno subito violenza e coloro che l'hanno subita per le seguenti variabili: ore medie di assistenza settimanali ($t = -3,06$; $p = 0,002$) risultate maggiori tra gli infermieri che hanno subito violenza (MD +0,48) e numero medio di pazienti assistiti nell'ultimo turno ($t = -13,50$;

$p < 0,001$) risultato maggiore tra gli infermieri che hanno subito violenza (MD +3,25). Per quanto riguarda il PES-NWI sono risultati maggiori, con una differenza statisticamente significativa, i punteggi medi tra gli infermieri che non hanno subito violenza nelle seguenti sottoscale: appropriatezza dello staffing e delle risorse ($t = 10,36$; $p < 0,001$), capacità di leadership e supporto infermieristico del coordinatore infermieristico ($t = 5,92$; $p < 0,001$), presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica ($t = 9,25$; $p < 0,001$), rapporto medico-infermiere ($t = 5,67$; $p < 0,001$), coinvolgimento degli infermieri nell'organizzazione aziendale ($t = 10,82$; $p < 0,001$), punteggio composito ($t = 9,93$; $p < 0,001$).

DISCUSSIONE

Il campione che ha preso parte allo studio rappresenta gli infermieri del nord, del centro e del sud Italia ed è il primo in questo ambito a comprendere un numero così ampio di partecipanti. Il tasso di risposta del 28,8% è in linea con altri studi (Hesketh et al., 2003, Yang et al., 2018) che considerano tutte le aree di lavoro degli infermieri. Questo ci ha permesso di superare ampiamente la dimensione stimata del campione includendo nello studio l'1,3% della popolazione infermieristica italiana.

Le caratteristiche demografiche degli infermieri che hanno partecipato allo studio sono rappresentative della popolazione reale degli infermieri italiani descritti dal "profilo della Sanità 2019" dell'Italia pubblicato da OCSE e Commissione Europea (OECD et al., 2019). Il tasso di violenza subita dagli infermieri italiani pari al 32,4% è inferiore rispetto a studi condotti in Turchia 55% (Aksakal et al., 2015), Libano 54% (Alameddine et al., 2015), Brasile 52% (Ceballos et al., 2020), Hong Kong 44% (Cheung and Yip, 2017), Stati Uniti 38,8% (Bureau of Labor Statistic, 2017) e superiore alla media europea pari al 22% (Estryn-Behar et al., 2008) e a quella canadese 28,8% (Canadian Federation of Nurses Union, 2017). Sebbene gli autori non avessero pianificato la conduzione dello studio in epoca COVID-19, la raccolta dati si è realizzata durante la pandemia e i rispondenti nel fare riferimento ai 12 mesi precedenti hanno permesso di esplorare il fenomeno delle aggressioni avvenute durante la pandemia. Precedenti studi che hanno analizzato il fenomeno della violenza nei diversi contesti lavorativi degli infermieri condotti in Italia riportavano tassi più elevati compresi tra 43% (Magnavita and Heponiemi, 2011) e 45% (Ferri et al., 2016). Il numero inferiore di centri e di infermieri partecipanti di questi studi potrebbe aver sovrastimato il fenomeno.

Allo stesso tempo il numero ridotto di visitatori nei contesti sanitari, determinato dalle misure di

contenimento della pandemia, potrebbe aver influito sulla riduzione del fenomeno delle aggressioni verso gli infermieri. Studi condotti in epoca COVID-19 mostrano tassi di violenza verso gli infermieri superiori negli Stati Uniti (44%) (Byon et al., 2021) e in Turchia (58%) (Ozkan Sat et al., 2021), inferiori in Spagna (17%) (Aspera-Campos et al., 2020) e in Cina (18%) (Yang et al., 2021). Queste differenze potrebbero essere giustificate dalle diverse politiche di contenimento della pandemia adottate dai diversi paesi che hanno prodotto effetti diversi sugli accessi alle strutture sanitarie. L'età media e la media di anni di esperienza inferiori nel gruppo degli infermieri che hanno subito violenza è in linea con i risultati ottenuti in studi precedenti dove l'età compresa tra 30 e 39 anni (Celik et al., 2007, Ramacciati et al., 2019) e l'esperienza lavorativa limitata (Al-Omari, 2015, Tomagová et al., 2020) sono identificate come maggiormente a rischio per eventi di violenza. Il possesso di titolo di laurea in infermieristica, così come il titolo di master di primo livello, prevalente tra gli infermieri che hanno subito violenza e un maggior possesso del titolo di diploma di scuola regionale tra gli infermieri che non l'hanno subita conferma i risultati di studi condotti in altri paesi (Celik et al., 2007, Cheung and Yip, 2017). Infatti, il possesso di titoli di studio più elevati è frequentemente associato ad un rischio maggiore di subire eventi di violenza. Le aree di lavoro dell'emergenza/urgenza e della salute mentale che hanno presentato una differenza maggiore tra gli infermieri che hanno subito violenza confermano i risultati ottenuti nello studio di Ferri del 2016 dove la violenza fisica è stata rilevata maggiormente negli ambienti di psichiatria mentre quella di tipo verbale nelle aree dell'emergenza e geriatriche (Ferri et al., 2016). Sebbene l'assistenza rivolta a pazienti adulti risulti prevalente tra gli infermieri che hanno subito violenza, precedenti studi italiani non hanno valutato questa differenza. Percepire la frequenza degli episodi di violenza in aumento e riconoscerli come parte inevitabile del lavoro fanno comprendere l'effettiva percezione negativa degli infermieri che hanno subito questi eventi. Fattori di rischio identificati dalla letteratura come fattori predittivi di violenza quali: uso di sostanze illecite, etilismo, problemi di salute mentale, dolore acuto, deficit cognitivo e demenza, nel nostro studio sono state maggiormente indicate come possibili fattori predittivi dagli infermieri che non avevano subito violenza. Tale differenza potrebbe essere giustificata dalle aree specifiche presso le quali sono stati condotti tali studi, prevalentemente in ambito di emergenza/urgenza (Avander et al., 2016, Hamdan and Abu Hamra, 2015) e di salute mentale (Baby et al., 2014). Le aspettative non realistiche degli utenti e le differenze

culturali per le quali sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due gruppi, sono state documentate come fattori di rischio anche in studi precedenti condotti in altri paesi (Hamdan and Abu Hamra, 2015, Ogundipe et al., 2013). I comportamenti degli assistiti che hanno presentato differenze significative e identificati come favorevoli agli episodi di violenza, come postura e tono di voce, rappresentano un insieme di segnali che debbono essere considerati dagli infermieri e che possono anticipare l'evento violento come rilevato nello studio condotto in emergenza/urgenza da Gillespie nel 2013 (Gillespie et al., 2013a). Al contrario di quanto riportato negli studi di Yang e AbuAIRub (AbuAIRub and Al Khawaldeh, 2014, Yang et al., 2018) gli aspetti professionali quali assenza di competenze per la gestione della violenza, atteggiamento del professionista e tipo di assistenza erogata, competenze comunicative non sono state ritenute favorevoli agli eventi di violenza con differenze statisticamente significative tra i due gruppi di infermieri. Il carico di lavoro e lo staffing assumono un significato importante secondo gli infermieri che hanno subito violenza che li ritengono causa di violenza. Numerosi studi condotti in diversi paesi e nei vari contesti lavorativi hanno rilevato in maniera analoga questo collegamento tra il fenomeno della violenza e l'elevato carico di lavoro e uno staffing inadeguato (Brophy et al., 2018, Gillespie et al., 2013a, Stowell et al., 2016). I nostri risultati hanno evidenziato differenze per quanto riguarda le misure di prevenzione e la formazione specifica presenti sul luogo di lavoro tra gli infermieri che non hanno subito violenza e coloro che l'hanno subita. In particolare, le misure di prevenzione quali presenza di personale di sicurezza, vetri di protezione agli sportelli di accettazione, procedure chiare per la gestione delle aggressioni sono risultate assenti in misura più frequente per gli infermieri che hanno subito violenza. Alcuni di questi interventi di prevenzione sono stati oggetto di valutazione anche in altri studi. Nel 2018 Chang, studiando l'effetto moderatore di un clima di prevenzione della violenza sulla relazione tra aggressioni subite e intenzione di cambiare unità operativa degli infermieri, individua nelle politiche aziendali e nel sistema di segnalazione una delle strategie efficaci per il controllo e la prevenzione della violenza in ambito ospedaliero (Chang et al., 2018). Dal confronto tra i due gruppi è emerso che gli infermieri che hanno subito violenza hanno completato programmi formativi in misura maggiore rispetto a coloro che non l'hanno subita. Questo risultato appare controverso in letteratura. Infatti, sebbene in numerosi studi la formazione finalizzata alla prevenzione delle aggressioni sia stata considerata uno degli interventi preventivi più

frequenti, la revisione sistematica di Geoffrion (Geoffrion et al., 2020), ha evidenziato che potrebbe non avere un effetto diretto sulla violenza sul posto di lavoro. Tali interventi, infatti, sono risultati in grado di aumentare le conoscenze e la consapevolezza del personale ed incentivare atteggiamenti positivi alla base di un piano strategico di prevenzione. Strategie di gestione dei tempi di attesa, anche attraverso sistemi informatici, informazione e assistenza agli utenti e programmi di educazione del personale sanitario, sono interventi che, se attuati in maniera integrata, sono in grado di ridurre il fenomeno dell'aggressione (Gillespie et al., 2014, Touzet et al., 2019). Nel nostro studio, gli infermieri che hanno subito violenza hanno sperimentato maggiori carichi di lavoro e maggiori orari di lavoro settimanali. L'insieme delle caratteristiche organizzative del contesto lavorativo, atte a facilitare o ostacolare l'assistenza infermieristica, sono state valutate con livelli migliori da parte degli infermieri che non hanno subito violenza. Aspetti simili sono stati studiati da un recente studio canadese (Havaei and MacPhee, 2020) che ha mostrato come il carico di lavoro era direttamente correlato alla violenza sul posto di lavoro. Inoltre, l'aumento delle segnalazioni da parte degli infermieri di standard compromessi e di interruzioni durante le attività infermieristiche erano correlati a un aumento delle segnalazioni di violenza fisica ed emotiva.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha reso noto l'elevato tasso di violenza subita dagli infermieri italiani portando alla luce le vaste dimensioni che questo fenomeno assume in ogni contesto assistenziale. È emerso come le caratteristiche dei professionisti, degli assistiti, dell'ambiente di lavoro e di tipo organizzativo-professionali siano tutte coinvolte dal fenomeno della violenza sul posto di lavoro determinandone una natura multifattoriale. Solo attraverso programmi integrati e multimodali di prevenzione e gestione della violenza sul lavoro è possibile contrastarla. L'impegno delle amministrazioni deve realizzarsi attraverso politiche che rifiutino la violenza nell'ambito dell'attività professionale e destinando risorse alla prevenzione e gestione di questo fenomeno. Lo sviluppo e la promozione di iniziative chiave nel campo della salute e sicurezza per gli infermieri, la definizione di obiettivi e responsabilità in relazione alla violenza sul lavoro e il monitoraggio e la rendicontazione dei risultati delle politiche per la prevenzione e la gestione di attacchi e incidenti di violenza dovrebbero essere posti nell'agenda di ogni amministrazione sanitaria. È importante che gli infermieri e tutti gli operatori sanitari possano sentirsi

protetti e tutelati dalle loro amministrazioni in caso di abusi verbali o fisici al fine di fornire cure di alta qualità nella massima sicurezza per i pazienti e per sé stessi.

Working Group CEASE-IT

Marino Anfosso, ASL 1 Imperiese, Imperia;
Maria Caputo, Policlinico Bari, Bari;
Bruno Cavaliere, Policlinico San Martino, Genova;
Isabella Cevasco, EO Ospedali Galliera, Genova;
Carmelo Gagliano, ASL 3 Genovese, Genova;
Lorella Gambarini, Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria;
Francesco Germi, ASL Bari, Bari;
Silvana Giroldi, ASL 4 Chiavarese, Chiavari (GE);
Monica Guberti, AUSL/IRCCS, Reggio Emilia;
Simona Milani, ASL Biella, Biella;
Giovanni Mutillo, ASL Teramo, Teramo;
Franco Piu, ASL 5 Spezzina, La Spezia;
Barbara Porcelli, ASL2 Roma, Roma;
Silvia Rossini, Spedali Civili, Brescia;
Alessandro Sili, Policlinico Tor Vergata, Roma;
Cristina Torgano, Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Novara;
Laura Zoppini, ASST AGOM Niguarda, Milano.

Ringraziamenti

Ringraziamo la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) per il cofinanziamento che ha permesso la realizzazione dello studio CEASE-IT.

Un ringraziamento a tutte le infermiere e gli infermieri, le coordinatrici e i coordinatori infermieristici, i dirigenti e i responsabili dei centri coinvolti nello studio.

Un ringraziamento a:

Ilaria Benvenuti, ASL 4 Chiavarese, Chiavari (GE)
 Nicola Bertolotto, ASL 3 Genovese, Genova;
 Silvia Cilluffo, ASST AGOM Niguarda, Milano;
 Antonella Croso, ASL Biella;
 Silvio Falco, ASL 1 Imperiese, Imperia;
 Antonella Molon, Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Novara;
 Paolo Musatti, Spedali Civili, Brescia;
 Cinzia Maria Papappicco, Università di Bari;
 Monica Seroni, ASL 5 Spezzina, La Spezia
 Valentina Simonetti, Università di Bari;
 Davide Ulivieri, Policlinico San Martino, Genova;

Conflitto di interessi

Gli autori di questo manoscritto non hanno conflitti di interessi come definito dalla politica editoriale di "L'Infermiere". Inoltre, non hanno altri interessi che possano aver influenzato i risultati e la discussione di questo articolo.

Finanziamenti

Lo studio è cofinanziato dal Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Genova, da Alpha Alpha Beta Chapter Sigma International e da FNOPI.

BIBLIOGRAFIA

- Abualrub, R. F. & Al Khawaldeh, A. T. 2014. *Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan*. Journal of Clinical Nursing, 23, 1937-1947.
- Aksakal, F. N., Karasahin, E. F., dikmen, A. U., Avci, E. & Ozkan, S. 2015. *Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital*. Turk J Med Sci, 45, 1360-8
- AL-Omari, H. 2015. *Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan*. Int Nurs Rev, 62, 111-8.
- Alameddine, M., Mourad, Y. & Dimassl, H. 2015. *A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors*. Plos One, 10, e0137105.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). 2019. *ANA Applauds Passage of Workplace Violence Prevention Legislation* [Online]. Available: <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2019-news-releases/ana-applauds-passage-of-workplace-violence-prevention-legislation/> [Accessed 21/12/2021].
- Aspera-Campos, T., Hernandez-Carranco, R. G., Gutierrez-Barrera, A. D. T. & Quintero-Valle, L. M. 2020. *Violence against health personnel before and during the health contingency COVID-19*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 58, S134-143.
- Avander, K., Heikkl, A., Bjerså, K. & Engström, M. 2016. *Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats*. Journal of Trauma Nursing, 23, 51-57.
- Azami, M., Moslemirad, M., Yektakooshall, M. H., Rahmatl, S., Soleymani, A., Bigdeli Shamloo, M. B., Esmaeilpour-Bandboni, M., Khataee, M., KHORSHIDI, A. & Otaghi, M. 2018. *Workplace Violence Against Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Violence Vict, 33, 1148-1175.
- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Alvaro, R., Cicolini, G., Dal Molin, A., Lancia, L., Lusignani, M., Mecugni, D., Motta, P., Saiani, L. & Sasso, L. 2021. *Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro: protocollo di studio osservazionale analitico multicentrico nazionale*. Studio CEASE-IT. L'Infermiere, 58 (2), e18-e25.
- Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D. 2014. *'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective*. Issues Ment Health Nurs, 35, 647-55.
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M. & De cordova, F. 2019. *Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style*. Biomed Res Int, 2019, 5430870.
- Brophy, J. T., Keith, M. M. & Hurley, M. 2018. *Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff*. New Solut, 27, 581-606.
- Bureau of Labor Statistic 2017. *Table A2 Industry by transportation incidents and homicides, 2008-2017*.
- Byon, H. D., Liu, X., Crandall, M. & Lipscomb, J. 2020. *Understanding Reporting of Type II Workplace Violence Among Home Health Care Nurses*. Workplace Health Saf, 68, 415-421.
- Byon, H. D., Sagherian, K., Kim, Y., Lipscomb, J., Crandall, M. & Steege, L. 2021. *Nurses' Experience With Type II Workplace Violence and Underreporting During the COVID-19 Pandemic*. Workplace Health Saf, 21650799211031233.
- CANADIAN FEDERATION OF NURSES UNINION. 2017. *Enough is enough - Putting a stop to violence in the health care sector* [Online]. [Accessed 12/16/2021].
- Cannavò, M. 2020. *Stop alla violenza a d anno degli operatori della salute. Prevenire e gestire la violenza sul lavoro*, Roma, Società Editrice Universo.
- Ceballos, J. B., Frota, O. P., Nunes, H., Avalos, P. L., Krugel, C. C., Ferreira Junior, M. A. & Teston, E. F. 2020. *Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences*. Rev Bras Enferm, 73, e20190882.
- Celik, S. S., Celik, Y., Agirbas, I. & Ugurluoglu, O. 2007. *Verbal and physical abuse against nurses in Turkey*. Int Nurs Rev, 54, 359-66.
- Chang, Y. P., Lee, D. C. & Wang, H. H. 2018. *Violence-prevention climate in the turnover intention of nurses experiencing workplace violence and work frustration*. J Nurs Manag, 26, 961-971.
- Chen, W. C., Huang, C. J., Hwang, J. S. & Chen, C. C. 2010. *The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients*. Qual Life Res, 19, 1155-61.
- Cheung, T. & Yip, P. S. 2017. *Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates*. BMC Public Health, 17, 196.
- Coskun Cenk, S. 2019. *An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff*. Turk J Emerg Med, 19, 21-25.
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S. 2014. *Nursing and aggression in the workplace: a systematic review*. Br J Nurs, 23, 653-4, 656-9.
- Estryng-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., Hasselhorn, H. M. & Group, N. S. 2008. *Violence risks in nursing—results*

- from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Lond)*, 58, 107-14.
- Faffiora, E., Bampalis, V. G., Zarlas, G., Sturaitis, P., Lianas, D. & Mantzouranis, G. 2015. *Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings*. *Work*, 53, 551-60.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C. & Di Lorenzo, R. 2016. *Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study*. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 263-275.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L. & Maclean, S. L. 2009. *Violence against nurses working in US emergency departments*. *J Nurs Adm*, 39, 340-9.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P. 2011. *Violence against nurses and its impact on stress and productivity*. *Nurs Econ*, 29, 59-66, quiz 67.
- Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbo, T. K., Riahi, S., Martinez-Jarreta, B. & Guay, S. 2020. *Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers*. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD011860.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J. & Watt, G. D. 2004. *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. *Occup Environ Med*, 61, 495-503.
- Gillespie, G., Gates, D. & Berry, P. 2013a. *Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses*. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18.
- Gillespie, G. L., Gates, D. M. & Berry, P. 2013b. *Stressful incidents of physical violence against emergency nurses*. *Online J Issues Nurs*, 18, 2.
- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Kowalenko, T., Bresler, S. & Succop, P. 2014. *Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department*. *Journal of Emergency Nursing*, 40, 586-591.
- Guglielmetti, C., Gilardi, S., Licata, M. & De Luca, G. 2016. [In Process Citation]. *Med Lav*, 107, 223-34.
- Hamdan, M. & Abu Hamra, A. A. 2015. *Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study*. *Human Resources for Health*, 13.
- Havaei, F. & Macphee, M. 2020. *The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework*. *Nurs Open*, 7, 731-741.
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K. & Acorn, L. 2022. *L'infermiere*, 2022;59:2:e29-e44
- S. 2003. *Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals*. *Health Policy*, 63, 311-21.
- Iennaco, J. D., Dixon, J., Whittemore, R. & Bowers, L. 2013. *Measurement and monitoring of health care worker aggression exposure*. *Online J Issues Nurs*, 18, 3.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F. & Okamura, H. 2006. *Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60, 29-36.
- Lake, E. T. 2002. *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index*. *Res Nurs Health*, 25, 176-88.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T. 2011. *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience*. *J Nurs Scholarsh*, 43, 203-10.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T. 2012. *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. *BMC Health Serv Res*, 12, 108.
- National Institute For Occupational Safety And Health 2002. *Violence - Occupational hazard in hospital*. In SERVICES, H. A. H. (ed.). Cincinnati: NIOSH—Publications Dissemination.
- Occupational Safety And Health Administration (OSHA). 2015. *Workplace Violence Prevention and Related Goals. The Big Picture* [Online]. Available: https://www.osha.gov/dsg/hospitals/workplace_violence.html [Accessed 2021].
- OECD, SYSTEMS, E. O. O. H. & POLICIES 2019. *Italia: Profilo della sanità 2019*.
- Ogundipe, K. O., Etonyeaku, A. C., Adigun, I., Ojo, E. O., Aladesanmi, T., Taiwo, J. O. & Obimakinde, O. S. 2013. *Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria*. *Emerg Med J*, 30, 758-62.
- Ozkan Sat, S., Akbas, P. & Yaman Sozbir, S. 2021. *Nurses' exposure to violence and their professional commitment during the COVID-19 pandemic*. *J Clin Nurs*, 30, 2036-2047.
- Pich, J. V., Kable, A. & Hazelton, M. 2017. *Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage)*. *Australas Emerg Nurs J*, 20, 107-113.
- Ramacciati, N., Gili, A., Mezzetti, A., Ceccagnoli, A., Addey, B. & Rasero, L. 2019. *Violence towards Emergency Nurses: The 2016 Italian National Survey—A cross-sectional study*. *J Nurs Manag*, 27, 792-805.
- Sofield, L. & Salmund, S. W. 2003. *Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization*. *Orthop Nurs*, 22, 274-83.

- Squires, A., Aiken, L. H., Van Den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., Schoonhoven, L., Stromseng, I., Busse, R., Brzostek, T., Ensio, A., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A. M., Schubert, M., Zikos, D. & Matthews, A. 2013. *A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies*. *Int J Nurs Stud*, 50, 264-73.
- Stowell, K. R., Hughes, N. P. & Rozel, J. S. 2016. *Violence in the Emergency Department*. *Psychiatr Clin North Am*, 39, 557-566.
- Terzoni, S., Ferrara, P., Cornelli, R., Ricci, C., Oggioni, C. & Destrebecq, A. 2015. *Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers*. *Med Lav*, 106, 403-11.
- Tomagová, M., Zeleníková, R., Kozáková, R., Žiaková, K., Babiarczyk, B. & Turbiarz, A. 2020. *Violence against nurses in healthcare facilities in the Czech Republic and Slovakia*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11, 52-61.
- Touzet, S., Occelli, P., Denis, A., Cornut, P.-L., Fassier, J.-B., Le Pogam, M.-A., Duclos, A. & Burillon, C. 2019. *Impact of a comprehensive prevention programme aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a French ophthalmic emergency department: an interrupted time-series study*. *BMJ Open*, 9.
- U.S. Department Of Labor 2013. *Survey of Occupational Injuries and Illnesses*. In: STATISTIC, U. S. B. O. L. (ed.).
- Van Der Velden, P. G., Bosmans, M. W. & Van Der Meulen, E. 2016. *Predictors of workplace violence among ambulance personnel: a longitudinal study*. *Nurs Open*, 3, 90-98.
- Wax, J. R., Pinette, M. G. & Cartin, A. 2016. *Workplace Violence in Health Care-It's Not "Part of the Job"*. *Obstet Gynecol Surv*, 71, 427-34.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. & Griffith, A. 1997. *Guidance on the prevention of violence at work*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A. & Morris, D. L. 2018. *Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 31-38.
- Yang, Y., Li, Y., An, Y., Zhao, Y. J., Zhang, L., Cheung, T., Hall, B. J., Ungvari, G. S., An, F. R. & Xiang, Y. T. 2021. *Workplace Violence Against Chinese Frontline Clinicians During the COVID-19 Pandemic and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics and Quality of Life: A Structural Equation Modeling Investigation*. *Front Psychiatry*, 12, 649989.