

# Fattori predittivi degli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri sul luogo di lavoro: un protocollo di revisione sistematica

## *Predictors of Workplace Violence Against Nurses: A Systematic Review Protocol*

■ ANNA MARIA BAGNASCO<sup>1</sup>, MILKO ZANINI<sup>2</sup>, NICOLA PAGNUCCI<sup>3</sup>, GIULIA OTTONELLO<sup>4</sup>, LOREDANA SASSO<sup>1</sup>, GIANLUCA CATANIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professore Ordinario in Scienze infermieristiche - Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - Università di Genova

<sup>2</sup> Ricercatore in Scienze infermieristiche - Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - Università di Genova

<sup>3</sup> Assegnista di ricerca in Scienze infermieristiche - Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - Università di Genova

<sup>4</sup> Dottorando Curriculum Nursing - Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - Università di Genova



### RIASSUNTO

**Introduzione:** La violenza o aggressione verso gli infermieri sul luogo di lavoro è un evento estremamente comune, soprattutto nelle aree critiche ed emergenziali ospedaliere. Negli ultimi anni il problema sembra essersi palesato anche in altre realtà, intra ed extraospedaliere, rendendo il fenomeno sempre più all'ordine del giorno. Molti sono gli studi che identificano le importanti conseguenze fisiche, psico-sociali ed economiche per i soggetti e le istituzioni che subiscono questo fenomeno, ma lo studio e la prevenzione della violenza si colloca ai primi posti delle agende delle organizzazioni e agenzie per la sicurezza dei lavoratori e delle associazioni internazionali dei professionisti della salute.

**Obiettivo:** Scopo dello studio è identificare i fattori predittivi degli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri e studenti in infermieristica nei diversi contesti lavorativi e valutare gli esiti di tali episodi.

**Metodi:** È stato redatto un protocollo di studio di revisione sistematica. Sviluppato secondo le linee guida Joanna Briggs Institute. Il processo di selezione degli studi si baserà sulla PRISMA statement per le revisioni sistematiche e sulla MOOSE checklist per le meta-analisi di studi osservazionali in epidemiologia.

**Conclusione:** Si prevede che i risultati di questa revisione sistematica portino alla luce i fattori predittivi o i fattori di rischio, in associazione alla valutazione degli esiti e le ricadute socioeconomiche, completando la base delle evidenze relative al fenomeno della violenza verso gli infermieri o gli studenti in infermieristica.

**Parole chiave:** violenza; violenza sul luogo di lavoro; infermiere; protocollo di revisione sistematica; fattori predittivi



### ABSTRACT

**Background:** Violence or aggression towards nurses in the workplace is an extremely common occurrence, especially in hospital critical and emergency areas. In recent years, the problem seems to have also manifested itself in other situations, in and out of hospital, making the phenomenon increasingly on the agenda. There are many studies identifying the consequences, but the study and prevention of violence ranks high on the agendas of organizations and agencies for the safety of workers and international associations of health professionals.

**Objective:** The aim of the study is to identify the predictors of the events of violence or aggression towards nurses and nursing students in different work contexts and to evaluate the outcomes of these episodes.

**Methods:** A systematic review study protocol was drawn up. Developed according to the Joanna Briggs Institute guidelines. The study selection process will be based on the PRISMA statement for systematic reviews and the MOOSE checklist for meta-analyses of observational studies in epidemiology.

**Conclusion:** The results of this systematic review are expected to bring to light predictors or risk factors, in association with the assessment of outcomes and socioeconomic repercussions, completing the evidence base related to the phenomenon of violence towards nurses or nursing students.

**Key words:** violence; workplace violence; nurse; systematic review protocol; predictors

**ARTICOLO ORIGINALE**

PERVENUTO IL 01/06/2021

ACCETTATO IL 01/07/2021

**Correspondence:**

Dott. Nicola Pagnucci,

nicola.pagnucci@edu.unige.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi per il presente studio.

**INTRODUZIONE**

Il personale dei servizi sanitari si trova spesso esposto al rischio di aggressione da parte di pazienti, utenti o loro parenti e caregivers<sup>[1-3]</sup>. Le definizioni di violenza sul posto di lavoro (WPV) sono state numerose negli anni e di solito hanno contenuto riferimenti ad aggressioni fisiche o minacce verbali ed hanno incluso anche il bullismo e molestie sessuali.

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<sup>[4]</sup>, 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 (copre tutte le forme di violenza, fisica o psicologica) che nella sua inclusività (non esclude i colleghi come fonte di violenza).

In Nord America, un sondaggio condotto dalla Emergency Nurses Association sembra confermare che la violenza contro gli infermieri è estremamente comune<sup>[5]</sup> 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. I dati raccolti dall'Australian Incident Monitoring System riportano che su un totale di 42338 incidenti il 9% di questi (n = 3621) ha coinvolto personale sanitario in episodi di violenza perpetrata da pazienti, parenti o visitatori<sup>[6]</sup>. 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<sup>[7]</sup>. In Italia la prevalenza annuale di WPV varia dal 48,6% al 65,9%<sup>[8,9]</sup>. Magnavita ha osservato che 107 lavoratori hanno riferito di aver subito un'aggressione fisica nei 12 mesi precedenti l'indagine, 101 hanno riferito di aver subito minacce e 229 hanno riferito di essere vittime di aggressione verbale<sup>[2]</sup>.

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, di pediatria e di terapia intensiva<sup>[10]</sup>. In ambito extraospedaliero sono documentati episodi di violenza e aggressioni presso i servizi territoriali di assistenza infermieristica domiciliare<sup>[11]</sup> e distrettuale<sup>[12]</sup> e neanche i servizi pre-ospedalieri di ambulanza e soccorso sono esentati da questo fenomeno<sup>[13,14]</sup>.

In particolare, il pronto soccorso è stato identificato come un ambiente ad alto rischio per il WPV<sup>[15]</sup> e gli infermieri ed il personale in formazione del pronto soccorso sono i più esposti a questo fenomeno Chapman<sup>[16,17]</sup>.

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<sup>[18]</sup> come rabbia, paura o ansia, sintomi di disturbo da stress post-traumatico<sup>[19]</sup>, senso di colpa, stress acuto, diminuzione della produttività lavorativa<sup>[20]</sup>, riduzione della soddisfazione sul lavoro<sup>[21]</sup>, maggiore intenzione di lasciare il lavoro, abbassamento della qualità della vita correlata alla salute e persino morte<sup>[22,23]</sup>. 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<sup>[24,25]</sup>.

Lo studio e la prevenzione della violenza verso gli operatori sanitari si colloca ai primi posti delle agende delle organizzazioni e agenzie per la sicurezza dei lavoratori e delle associazioni internazionali dei professionisti della salute. All'inizio del 21° secolo, l'Organizzazione mondiale della sanità, insieme al Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN), l'Ufficio internazionale del lavoro (ILO) e il Servizio pubblico internazionale (PSI) hanno lanciato un programma congiunto volto a stabilire politiche e approcci pratici per la prevenzione della violenza nel settore sanitario.

Sebbene molte organizzazioni in tutto il mondo abbiano istituito "politiche di tolleranza zero" nei confronti degli aggressori e stabilito linee guida per la prevenzione e la gestione della violenza sul posto di lavoro nel

settore sanitario, queste politiche spesso sembrano non funzionare nella realtà.

I fattori che più frequentemente vengono citati come contribuenti agli eventi di violenza e di aggressione includono le debolezze nello sviluppo della leadership o nell'attuazione delle politiche aziendali (rilevate nel 62% degli eventi), una formazione scarsa del personale nella gestione degli eventi di violenza e nel riconoscimento delle situazioni a rischio, una valutazione inadeguata del paziente (58%) e l'inadeguatezza dei protocolli di osservazione degli assistiti, la difficoltà nell'ottenimento di una valutazione psichiatrica, la mancanza di comunicazione tra il personale e i pazienti e le loro famiglie (53%); e carenze nella sicurezza fisica dell'ambiente o nelle procedure di sicurezza (36%).

I fattori sopra citati insieme al mancato riconoscimento e alla mancata risposta a segnali premonitori di violenza possono aumentare il rischio del verificarsi di eventi di aggressione o violenza.

L'individuazione dei segnali predittori o di avvertimento consentirebbe al personale sanitario di prevenire e gestire le situazioni che potenzialmente favoriscono gli eventi di violenza o aggressione sul posto di lavoro e ridurre, di conseguenza, il rischio che questi si verifichino.

È stata condotta una ricerca preliminare per verificare la presenza di precedenti revisioni sistematiche sull'argomento con esito negativo (fonti consultate: JBI Evidence Synthesis, Cochrane Library, CINAHL, PubMed, PROSPERO). Gli obiettivi, i criteri di inclusione e i metodi di analisi per questa revisione sono stati specificati in anticipo e documentati in un protocollo a priori registrato (PROSPERO registration number CRD42021234618).

**OBIETTIVI**

L'obiettivo di questa revisione è identificare i fattori predittivi degli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri e studenti in infermieristica nei diversi contesti lavorativi.

**Obiettivi secondari:**

- Valutare gli esiti sugli infermieri e studenti in infermieristica provocati da eventi di violenza o aggressione in termini fisici, psico-sociali, e le ricadute economiche e organizzative (indisponibilità e ripristino dei servizi)
- Descrivere gli eventi di violenza o aggressione in ambito territoriale verso gli infermieri e gli studenti in infermieristica.

**METODI****Domanda di revisione**

- Quali sono i fattori predittivi che favoriscono o impediscono il verificarsi di eventi violenti o aggressivi rivolti agli infermieri o gli studenti di infermieristica e ne consentono la loro gestione?

**Domande secondarie:**

- Quali sono gli esiti sugli infermieri e sugli studenti in infermieristica in termini fisici e psico-sociali, e le ricadute economiche e organizzative conseguenti agli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri e gli studenti di infermieristica?
- Quali sono gli eventi di violenza o aggressione in ambito territoriale verso gli infermieri e gli studenti in infermieristica descritti in letteratura?

**Disegno di studio**

Il protocollo di revisione sistematica è sviluppato secondo le linee guida Joanna Briggs Institute (JBI) per revisioni sistematiche di eziologia e rischio<sup>[26,27]</sup>. La revisione sistematica e la metanalisi degli studi relativi all'eziologia e al rischio possono fornire informazioni utili agli operatori sanitari e ai responsabili delle politiche sanitarie sui fattori di rischio (e fattori preventivi o protettivi) di malattie ed altri fenomeni e su quali fattori, diversi dall'intervento diretto, possono influenzare o produrre impatto sui risultati a questi correlati. La revisione sistematica degli studi eziologici è importante nel dominio della salute pubblica per informare la pianificazione sanitaria, l'allocazione delle risorse e le strategie per la prevenzione di fenomeni, incidenti e malattie.

Ai fini di questa revisione sistematica è stata emessa una domanda di ricerca che contenesse i componenti: Popolazione (tipi di partecipanti), Esposizione di interesse (variabile indipendente), Risultato (variabile dipendente).

Nella revisione, la trasparenza del processo di selezione degli studi si baserà sulla PRISMA statement per le revisioni sistematiche<sup>[28]</sup> e sulla MOOSE checklist per le Meta-Analisi di studi osservazionali in epidemiologia<sup>[29]</sup>.

Il protocollo delinea la domanda di ricerca, i criteri di inclusione, la strategia di ricerca, la selezione dello studio, l'estrazione dei dati, la valutazione della qualità e la sintesi dei dati.

**Criteri di inclusione****Tipo di partecipanti**

La revisione includerà tutti gli studi, che coinvolgono infermieri e studenti in infermieristica che operano in qualunque contesto lavorativo.

**Esposizione (variabile indipendente)**

Saranno inclusi tutti gli studi in cui sono

stati identificati o valutati, con diversi strumenti, i fattori predittivi degli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri e gli studenti in infermieristica.

Tra i fattori predittivi saranno inclusi, ma non limitati a stimoli esterni, quali sistemi e politiche sanitarie istituzionali (spesso generatori di situazioni di stress) e ambiente lavorativo (caratteristiche strutturali, ambientali e del clima interno dei contesti lavorativi) e fattori interni, quali caratteristiche intrinseche degli assistiti, dei familiari e dei colleghi di lavoro (inclusi ma non limitati a stato sociale, disturbi della personalità, storia passata di aggressività, stress, abuso di sostanze e alcol, condizioni patologiche, insicurezza, problemi di atteggiamento, senso di impotenza, scarso controllo, scarsa comunicazione, frustrazione, ansia e paura, diversa esperienza, livelli di competenza e formazione).

**Risultati misurati (variabile dipendente)**

Saranno incluse le rilevazioni di eventi di violenza o aggressione nei confronti degli infermieri o degli studenti in infermieristica riportate dagli autori. I risultati specifici di maggiore interesse saranno gli studi comprendenti abusi verbali, abusi psicologici, abusi fisici, minacce, intimidazioni, aggressioni fisiche, violenza orizzontale e diverse forme di bullismo, in circostanze legate al lavoro, messe in atto da utenti, familiari o da altri professionisti sanitari.

Saranno inclusi, inoltre, gli studi che documentano gli esiti sugli infermieri e/o studenti in infermieristica provocati da eventi di violenza o aggressione in termini fisici (inclusi ma non limitati a fratture, lacerazioni, contusioni, distorsioni, mal di schiena, morsi o ferite, privazione del sonno, nausea e mal di testa), emotivi e psicologici (inclusi ma non limitati a stress, esaurimento emotivo, burnout, rabbia, paura, perdita di autostima, perdita di fiducia in se stessi, ansia, senso di colpa, risentimento, shock, imbarazzo, umiliazione, isolamento, scarsa coesione col team), professionali (inclusi ma non limitati a mancanza di concentrazione, diminuzione della soddisfazione sul lavoro, burnout, aumento delle assenze per malattia e diminuzione della sensibilità nei confronti degli altri), e le ricadute economiche e/o organizzative conseguenti agli eventi di violenza o aggressione verso gli infermieri o gli studenti in infermieristica quali la riorganizzazione dei servizi, la realizzazione di attività dispendiose in termini di tempo per la creazione di nuove politiche e procedure, per la formazione e l'istruzione del personale, per la consulenza alle vittime, per la revisione dell'organizzazione a seguito del turnover, del congedo per malattia e del trasferimento di infermieri verso altri reparti, per l'interruzione temporanea o la riduzione dei servizi offerti agli assistiti.

**Tipo di studi**

Al fine di ottenere una revisione sistematica completa i tipi di studi inclusi saranno: studi randomizzati controllati (RCT), studi osservazionali come studi di coorte prospettici e retrospettivi, studi caso-controllo e studi analitici trasversali. Saranno presi in considerazione studi qualitativi, come gli studi fenomenologici, gli studi etnografici e gli studi Grounded Theory. Non essendo spesso disponibili studi randomizzati su tale tematica, i ricercatori ritengono appropriato includere una gamma più ampia di disegni di studio per questa review.

**Strategie di ricerca****Ricerche Elettroniche**

La ricerca sistematica dei documenti rilevanti per la revisione avverrà su sei database appropriati alla domanda di ricerca: MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, EMBASE, PsycINFO, The Cochrane Library. Non essendo presenti in letteratura revisioni sistematiche analoghe, non saranno impostati limiti temporali. Saranno applicate restrizioni in termini di linguistici includendo studi in lingua inglese e italiana.

Grazie all'analisi concettuale condotta da Ventura-Madangeng<sup>[30]</sup> e ad ulteriori ricerche condotte in letteratura è stato possibile identificare i termini di ricerca e scegliere quali utilizzare. Inizialmente, la strategia di ricerca è stata il più completa possibile per includere il maggior numero di studi e poi è stata gradualmente ridotta in base ai criteri di inclusione ed esclusione. Per ogni database saranno adottate strategie di ricerca specifiche.

**Ricerca di altre risorse**

La ricerca considererà studi pubblicati da editori commerciali e accademici, nonché studi pubblicati non commercialmente (letteratura grigia). A tale scopo saranno consultati i database Open Gray e Google Scholar. Nella possibilità che esistano studi completati e non pubblicati saranno consultati i registri degli studi RCT compresi nella piattaforma internazionale dei registri degli studi clinici (International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e ISRCTN registry.

I termini di ricerca utilizzati saranno: nurse(\*); nursing student(\*); predictor(\*); warning sign(\*); prediction sign(\*); factor (\*); workplace violence(\*); aggression(\*); attack(s); horizontal violence; cost(\*); physical consequence(\*); emotional consequence(\*).

I termini hanno incluso sinonimi o espressioni specifiche in base al database. I termini saranno combinati come MESH e TEXT WORDS in MEDLINE, come termini Thesaurus in PsycINFO, come linguaggio naturale in Cochrane Library, CINAHL, SCOPUS, Embase, Open Grey e Google Scholar.

La selezione degli studi prevede due fasi:

1. Uno screening iniziale di titoli, abstract e parole chiave secondo i criteri di eleggibilità per identificare gli articoli che rispondono ai criteri di inclusione. I documenti saranno selezionati da quattro revisori indipendenti ("SI" incluso, "NO" non incluso, "I" incapace di determinare, in questo caso verrà letto il testo integrale). Gli studi saranno esclusi anche se un solo criterio di inclusione non sarà soddisfatto.
2. Verranno letti e analizzati i testi integrali degli articoli classificati come rilevanti o affini alla nostra revisione, così come quelli che non possono essere valutati sulla base del titolo e dell'abstract, e secondo i criteri di eleggibilità.

Un ricercatore esterno esperto in revisioni sistematiche fornirà un controllo di qualità indipendente della selezione e supervisionerà l'intero processo di revisione e analisi.

In entrambe le fasi, i documenti saranno esaminati separatamente da due ricercatori secondo i criteri definiti. In caso di disaccordo tra i due ricercatori, sarà coinvolto un terzo ricercatore. Nel caso in cui non siano presenti le informazioni riguardanti lo studio, o il testo completo non sia disponibile, sarà contattato l'autore e in caso di mancata risposta dopo 2 settimane l'articolo verrà escluso dalla revisione. Nel caso in cui vi siano studi che replicano altri studi o parte di essi, i loro dati saranno considerati come se appartenessero ad un unico studio.

Sarà registrata la motivazione di esclusione degli studi valutati a livello di testo integrale.

### Valutazione della qualità metodologica

Al fine di stabilire la validità interna e il rischio di bias degli studi che soddisfano i criteri di inclusione della revisione, saranno utilizzati gli strumenti elaborati e messi a disposizione da JBI per valutare la qualità degli studi quantitativi appropriati per la conduzione di revisioni sistematiche di eziologia e rischio<sup>[27]</sup>.

La valutazione critica sarà condotta da due revisori indipendentemente l'uno dall'altro. I revisori dovranno quindi successivamente discutere i risultati della loro valutazione critica al fine di ottenere una valutazione finale. Se i due revisori non sono d'accordo sulla valutazione critica finale e il disaccordo non sarà risolto attraverso la discussione, potrebbe essere necessaria la valutazione di un terzo revisore.

Gli strumenti di valutazione critica che saranno utilizzati per i diversi disegni di studio sono:

- JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies
- JBI Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies
- JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series

- JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports
- JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies
- JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research
- JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials
- JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies).

I punteggi di qualità dei singoli studi saranno registrati. Nel caso in cui sia possibile condurre una meta-analisi, questa sarà condotta per livelli omogenei di qualità.

### Estrazione dei dati

È stato sviluppato un foglio di estrazione dei dati per estrarre i dati rilevanti dai documenti che saranno inclusi nella revisione, secondo le linee guida fornite dall'Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Systematic Reviews of Comparative Effectiveness Research<sup>[31]</sup>. Saranno raccolti i seguenti dati: disegno/metodologia dello studio, scopo/obiettivi, domande/ipotesi di ricerca, contesto dello studio (setting), descrizione del campione, dimensione del campione, esposizione, strumenti per la misura dei risultati, risultati, metodi di analisi dei dati (analisi statistiche), conclusioni, commenti e questioni sollevate, valutazione di qualità. I dati verranno estratti separatamente da due ricercatori, utilizzando il foglio di estrazione dei dati. Il foglio di estrazione sarà testato al fine di valutare se appropriato per la raccolta dei dati necessari per rispondere ai quesiti di revisione. Qualsiasi disaccordo tra i due ricercatori sarà risolto da un terzo ricercatore.

### Sintesi dei dati

Al fine di combinare i risultati di più studi primari in un'unica stima sommaria complessiva, si procederà alla meta-analisi ove questa sia resa possibile (almeno due studi, esiti omogenei).

Nei casi in cui la meta-analisi non sia possibile, i ricercatori ricorreranno alla sintesi narrativa dei risultati degli studi inclusi. La sintesi narrativa si baserà principalmente sull'uso di parole e testo per riassumere e spiegare i risultati del processo di sintesi. La sua forma potrà variare dal semplice racconto e descrizione delle caratteristiche dello studio, del contesto, della qualità e dei risultati. Per enfatizzare le caratteristiche degli studi e dei dati estratti e permetterne il confronto, saranno utilizzate tabelle, grafici e altri diagrammi<sup>[32]</sup>. Il riepilogo narrativo presenterà dati quantitativi estratti da singoli studi e, se disponibili, stime puntuali (un valore che rappresenta la migliore stima degli effetti) e stime degli intervalli (una gamma stimata di effetti, presentata come inter-

vallo di confidenza al 95%).

Si presume che piccoli studi abbiano maggiori probabilità di essere suscettibili al bias di pubblicazione rispetto a quelli di ampie dimensioni, e per questo non siano pubblicati. Gli studi che riportano un risultato statisticamente significativo ( $P < 0,05$ ) hanno maggiori probabilità di essere pubblicati, o pubblicati prima, rispetto agli studi che non mostrano un risultato statisticamente significativo ( $P > 0,05$ )<sup>[33]</sup>.

Attraverso la rappresentazione grafica della dimensione delle evidenze tracciate rispetto all'effect size che gli studi riportano (funnel plot) sarà valutato il bias di pubblicazione<sup>[34]</sup>.

Le stime degli esiti e gli intervalli di confidenza dei singoli studi e delle eventuali meta-analisi avverranno attraverso la rappresentazione grafica con forest plot<sup>[35]</sup>.

### DISCUSSIONE

La nostra revisione mira ad affrontare un problema sempre più rilevante e di impatto sulla sicurezza ed il benessere lavorativo degli infermieri e degli studenti in infermieristica e sulla qualità dei servizi offerti dai sistemi sanitari e di assistenza sociale in tutto il mondo. Prevediamo che questa revisione sistematica fornirà prove a sostegno della relazione tra predittori o fattori di rischio ed episodi di violenza verso gli infermieri o gli studenti in infermieristica.

Inoltre, attraverso i risultati della revisione, sarà possibile valutare gli esiti in termini fisici e psico-sociali sugli infermieri e studenti in infermieristica provocati da eventi di violenza o aggressione. Potrà essere, inoltre, ampliata la conoscenza delle evidenze riguardanti esiti meno esplorati quali le ricadute economiche e organizzative (indisponibilità e ripristino dei servizi), e descrivere gli eventi di violenza o aggressione sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

Nel complesso, la revisione completerà la base di evidenze relative al fenomeno della violenza verso gli infermieri o gli studenti in infermieristica e potrà fornire ai ricercatori, ai responsabili politici e ai professionisti nel settore dell'istruzione e dell'assistenza sanitaria una visione più completa sul fenomeno della violenza e delle aggressioni sul posto di lavoro, considerando anche eventuali risultati relativi all'attuale periodo pandemico. I risultati di questa revisione sistematica potrebbero fornire conoscenze da utilizzare per lo sviluppo di nuovi studi concentrati sulle aree di conoscenza meno esplorate e al tempo stesso da utilizzare come base per lo sviluppo di piani d'azione efficaci nella prevenzione e nella gestione del fenomeno della violenza sul posto di lavoro. Questa revisione potrebbe essere limitata dalle caratteristiche degli studi inclusi e dalla loro qualità. Condurremo e ri-

feriremo la nostra revisione utilizzando le linee guida esistenti e terremo conto dei potenziali rischi di bias per ogni studio.

### CONFLITTO DI INTERESSE

Lo studio è promosso dal Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Genova che curerà altresì il coordinamento scientifico ed operativo, e alla quale farà capo la proprietà dei dati derivanti dalla ricerca.

In considerazione del ruolo di Promotore e titolare della proprietà dei dati svolto da un dipartimento universitario non a fini di lucro, e dell'obiettivo del progetto di descrivere la prevalenza e i fattori predittivi di un fenomeno, la ricerca rientra fra quelle cosiddette non profit, ai sensi del Decreto Ministero della Salute 17.12.2004.

### FINANZIAMENTI

Questo studio non è supportato da finanziamenti esterni e non ha ottenuto sponsor economici.

### BIBLIOGRAFIA

1. IENNAO JD, DIXON J, WHITEMORE R, BOWERS L. *Measurement and monitoring of health care worker aggression exposure*. Online J Issues Nurs. 2013 Jan 31;18(1):3.
2. MAGNAVITA N, HEPONIMI T. *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. BMC Health Serv Res. 2012;12:108.
3. ESTRYN-BEHAR M, VAN DER HEUJEN B, CAMERINO D, FRY C, LE NEZET O, CONWAY PM, ET AL. *Violence risks in nursing—Results from the European “NEXT” Study*. NEXT Study Group E, Alexander Bleetman, Borritz, Calabro, Chang, Doty, Gates, Gerberich, Gray-Topf, Ito, Jackson, Kristensen, Kummerling, McKenna, McPhaul, Morgan, Nelson, Nolan, Podsakoff, Privitera, Roll, Sofield, Stultz, Trenoweth, Whittington A, editors. *Occup Med (Chic Ill)*. 2008;58(2):107-14.
4. WYNNE R, EUROPEAN COMMISSION. *DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT AND SOCIAL AFFAIRS IR, DIRECTORATE C OF THE ECPH AND S AT W, CLARKIN N, COX T, GRIFFITH A. Guidance on the Prevention of Violence at Work*. European Commission, Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs; 1996. (Employment & social affairs).
5. GACKI-SMITH J, AM J, BOYETT L, HOMEYER C, ROBINSON L, SL M. *Violence against nurses working in US emergency departments*. JONA J Nurs Adm. 2009 Jul;39(7/8):340-9.
6. BENVENISTE KA, HIBBERT PD, RUNCIMAN WB. *Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis*. Med J Aust. 2005 Oct 3;183(7):348-51. doi: 10.5694/j.1326-5377.2005.tb07081.x;
7. TOMAGOVÁ M, ZELENÍKOVÁ R, KOZÁKOVÁ R, ŽIAKOVÁ K, BABIARCZYK B, TURBIARZ A. *Violence against nurses in healthcare facilities in the Czech Republic and Slovakia*. Cent Eur J Nurs Midwifery. 2020;11(2):52-61.
8. TERZONI S, FERRARA P, CORNELLI R, RICCI C, OGGIONI C, DESTREBECQ A. *Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers*. Med Lav. 2015;22;106(6):403-11;
9. GUGLIELMETTI C, GILARDI S, LICATA M, DE LUCA G. *The healthcare operators' experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments*. Med Lav. 2016 May 26;107(3):223-34.
10. FERRI P, SILVESTRI M, ARTONI C, DI LORENZO R. *Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study*. Psychol Res Behav Manag. 2016 Sep 23;9:263-275. doi: 10.2147/PRBM.S114870.
11. BYON H DO, LIU X, CRANDALL M, LIPSCOMB J. *Understanding Reporting of Type II Workplace Violence Among Home Health Care Nurses*. Workplace Health Saf. 2020 Sep;68(9):415-21.
12. FAFLORA E, BAMPALIS VG, ZARLAS G, STURAITIS P, LIANAS D, MANIZOURANIS G. *Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings*. Work. 2015;53(3):551-60.
13. COSKUN CENK SIBEL; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8885-6828> SAO-CC, COSKUN CENK S. *An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff*. Turkish J Emerg Med. 2019;19(1):21-5.
14. VAN DER VELDEN PG, BOSMANS MWG, VAN DER MEULEN E. *Predictors of workplace violence among ambulance personnel: a longitudinal study*. Nurs open. 2016;3(2):90-8.
15. KOWALENKO T, CUNNINGHAM R, SACHS CJ, GORE R, BARATA IA, GATES D, HARGARTEN SW, JOSEPHSON EB, KAMAT S, KERR HD, MCLAIN A. *Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions*. J Emerg Med. 2012 Sep;43(3):523-31. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.02.056.
16. CHAPMAN R, STYLES I. *An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line*. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(4):245-9.
17. GERBERICH SG, CHURCH TR, MCGOVERN PM, HANSEN H, NACHREINER NM, GEISSER MS, RYAN AD, MONGIN SJ, WATT GD, JUREK A. *Risk factors for work-related assaults on nurses*. Epidemiology. 2005 Sep;16(5):704-9. doi: 10.1097/01.ede.0000164556.14509.a3.
18. SOFIELD L, SW S. *Workplace violence: a focus on verbal abuse and intent to leave the organization*. Orthop Nurs. 2003 Jul;22(4):274-83.
19. INOUE M, TSUKANO K, MURAOKA M, KANEKO F, OKAMURA H. *Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments*. Psychiatry Clin Neurosci. 2006;60(1):29-36.
20. CHEN W-C, HUANG C-J, HWANG J-S, CHEN C-C. *The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients*. Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil. 2010 Oct;19(8):1155-61.
21. BERLANDA S, PEDRAZZA M, FRAZZOLI M, DE CORDOVA F. *Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style*. Biomed Res Int. 2019;2019:5430870.
22. *Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses*. Online J Issues Nurs. 2013 Jan;18(1):1.
23. GATES DM, GILLESPIE GL, SUCCOP P. *Violence against nurses and its impact on stress and productivity*. Nurs Econ. 2011 Mar-Apr;29(2):59-66, quiz 67.
24. WAX JR, PINETTE MG, CARTIN A. *Workplace Violence in Health Care-It's Not "Part of the Job"*. Obstet Gynecol Surv. 2016 Aug;71(7):427-34. doi: 10.1097/OGX.0000000000000334.
25. GERBERICH SG, CHURCH TR, MCGOVERN PM, HANSEN HE, NACHREINER NM, GEISSER MS, ET AL. *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. Occup Environ Med. 2004 Jun;61(6):495-503.
26. PETERS M, GODFREY C, MCINERNEY P, MUNN Z, TRICCO A, KHALIL H. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020.
27. PETERS M, GODFREY C, MCINERNEY P, MUNN Z, TRICCO A, KHALIL H. *Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk*. In: JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020. p. 406-51.
28. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement*. BMJ (Online). 2009.
29. STROUP DF, BERLIN JA, MORTON SC, OLKIN I, WILLIAMSON GD, RENNIE D, MOHER D, BECKER BJ, Sipe TA, THACKER SB. *Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting*. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 2000 Apr 19;283(15):2008-12. doi: 10.1001/jama.283.15.2008.
30. VENTURA-MADANGENG J, WILSON D. *Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis*. Nurs Prax N Z. 2009 Nov;25(3):37-50. PMID: 20157959;
31. Institute of Medicine. *Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews*. Medicine (Baltimore). 2011;
32. HANNES K, LOCKWOOD C. *Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right*

- Approach. Synthesizing Qualitative Research: Choosing the Right Approach. 2012.
33. FAGERLAND MW. *Evidence-Based Medicine and Systematic Reviews*. In: *Research in Medical and Biological Sciences: From Planning and Preparation to Grant Application and Publication*. 2015.
34. HARBORD RM, EGGER M, STERNE JA. *A modified test for small-study effects in meta-analyses of controlled trials with binary endpoints*. *Stat Med*. 2006 Oct 30;25(20):3443-57. doi: 10.1002/sim.2380;
35. LEWIS S, CLARKE M. *Forest plots: trying to see the wood and the trees*. *BMJ*. 2001 Jun 16;322(7300):1479-80. doi: 10.1136/bmj.322.7300.1479;



Per informazioni contattare la segreteria Aniarti:

[aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)  
 340.4045367