



*FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI*



*AZIENDE SANITARIE E COMUNI PER
L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA*

EMBARGO SINO ORE 12 DEL 5 OTTOBRE 2018

***RAPPORTO SULL'INDAGINE EFFETTUATA PRESSO LE AZIENDE SANITARIE ITALIANE
SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 8
PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI***

SETTEMBRE 2018

SOMMARIO

1. Introduzione	3
2 . Esame delle risposte fornite dalle 60 strutture partecipanti.	5
1.1. Le strutture. Tipologia e diffusione	5
1.2. Le risposte fornite ed alcuni brevi commenti	7
2. Cosa emerge dalle risposte delle 60 Aziende. Una sintesi	28
2.1. Rafforzare la comunicazione.....	28
2.2. Cosa e come contiamo	29
2.3. Non abituarsi alla violenza.....	30
3. Cosa si fa e cosa si potrebbe fare.....	31
3.1. Cosa si è proposto.	31
3.2. Cosa si può proporre.....	32
3.2.1. Far emergere ed analizzare i fenomeni di violenza.....	32
3.2.2. Lavorare sugli spazi e sui tempi all'interno delle strutture sanitarie. Anche dal punto di vista del cittadino.	32
3.2.3. Coinvolgere e responsabilizzare la Comunità.....	33
3.2.4. Spiegare che a volte è possibile che si debba aspettare e che, per quanto eccellente, la sanità non può tutto.	34
3.2.5. Prendersi cura dei professionisti vittime di violenza.....	34

1. INTRODUZIONE

L'indagine oggetto di questo Rapporto conclusivo è stata avviata su iniziativa di Federsanità ANCI e FNOMCeO dopo una serie di incontri tenutisi sul tema delle aggressioni agli operatori sanitari, aumentate in maniera clamorosa nei primi mesi del 2018. La fase sul campo dell'indagine si è svolta nei mesi di giugno-luglio 2018.

Obiettivo dell'indagine è stato quello di verificare lo stato di attuazione, a dieci anni dalla sua emanazione, della Raccomandazione n.8 del 2007 "RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI" perché, come recita il sottotitolo della stessa *"Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione"*.

In generale, il dato che emerge dall'indagine è la volontà delle Aziende che hanno risposto di adeguare le strutture a quanto raccomandato dieci anni fa. Ciò si evince non solo dalle risposte fornite dalle 60 strutture che hanno inviato la scheda compilata ma anche da una ricerca libera su web che ha fornito un quadro dei numerosi documenti messi a punto dalle strutture sanitarie e pubblicati sui propri portali web.

Con l'aumento delle aggressioni agli operatori sanitari e, vedremo poi, non solo ad essi, le strutture stanno cercando di porre rimedio ad una modalità di aggressione che ha varie sfaccettature nell'agire e nei motivi. Motivi che troppo spesso hanno a che fare con il tempo e gli spazi dedicati/non dedicati e/o con le conseguenze infauste di atti sanitari.

In sintesi, si potrebbero rileggere le risposte fornite dalle Aziende come tempo e spazio più o meno adeguati alle mutate esigenze e aspettative dei cittadini. Oltre, ovviamente, ad una mutata percezione di quanti esercitano la professione sanitaria. Si è passati da una fiducia totale nei tempi e nelle capacità del medico ad una pretesa di attenzione e di guarigione. Anche quando queste non sono né possibili né immediate.

L'impatto con soggetti violenti in sanità è probabilmente inevitabile: il fatto stesso che le strutture siano aperte al pubblico (il Pronto Soccorso H24) non riesce ad impedire azioni di questo tipo. Quello che invece stupisce è l'incremento delle azioni violente nei confronti degli operatori senza alcun freno, neanche quando queste azioni possono rallentare il processo di cura per cui è stato richiesto l'intervento dei sanitari (come accade al blocco delle ambulanze a Napoli).

Le risposte fornite dalle 60 Aziende sanitarie possono essere una buona base per riflettere su cosa è stato fatto e, soprattutto, su cosa si può fare ancora per limitare questa deriva violenta.

Si pensi, ad esempio, al lavoro che dovrà svolgere l'“Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie”¹.

Tenendo conto che, come si percepirà dalle risposte, qualcosa dipende dalle risorse messe a disposizione per limitare i violenti ma molto dipende dalla cultura, dalla comunicazione, da un mondo di informazioni che si è creato attorno alla sanità e alla sua capacità o meno di curare e guarire i cittadini.

Informazioni che troppo spesso hanno come elemento scatenante la violenza tre convinzioni sul SSN del nostro Paese e sull'accesso ai servizi sanitari:

- Non si può aspettare.
- Non si può sbagliare.
- Non si può morire.

¹ La regione Emilia Romagna ha proposto la modifica del nome dell'Osservatorio previsto dallo Schema di disegno di legge recante disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni in “Osservatorio nazionale per la prevenzione della violenza verso gli operatori della sanità” che, come si vedrà, risponde ai risultati emersi riguardo alla tipologia di operatori oggetto di aggressioni.

2 . ESAME DELLE RISPOSTE FORNITE DALLE 60 STRUTTURE PARTECIPANTI.

1.1. LE STRUTTURE. TIPOLOGIA E DIFFUSIONE

Le strutture - che hanno risposto tra giugno e luglio 2018 - possono essere divise nelle seguenti categorie organizzative.

- 25 ASL
- 24 Aziende ospedaliere (e tra queste 6 universitarie e 10 ASST lombarde)
- 8 IRCCS (di cui tre privati)
- 3 strutture private accreditate

Le strutture che hanno risposto sono distribuite in maniera equilibrata sul territorio italiano e possono essere raggruppate secondo le seguenti aree geografiche.

- Nord – 34 strutture
- Centro – 16 strutture
- Sud e Isole – 10 strutture

	Denominazione Azienda	Regione
1	Azienda sanitaria Provincia di Bolzano	Alto Adige
2	Azienda ASP di Potenza	Basilicata
3	ASL Salerno	Campania
4	ASL Napoli 1	Campania
5	Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino	Campania
6	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	Emilia Romagna
7	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	Emilia Romagna
8	Azienda USL Ferrara	Emilia Romagna
9	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	Emilia Romagna
10	AUSL Romagna	Emilia Romagna
11	Clinica Pineta del Carso spa	Friuli Venezia G.
12	Policlinico San Giorgio spa	Friuli Venezia G.
13	AAS5 Friuli Occidentale	Friuli Venezia G.
14	INMI Lazzaro Spallanzani di Roma	Lazio
15	ASL Roma 2 UOSD Cardiologia CTO	Lazio
16	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma	Lazio
17	Azienda Ospedaliero Universitaria Tor Vergata di Roma	Lazio
18	Policlinico Casilino	Lazio
19	ASL Roma 6	Lazio
20	Ente Ospedaliero Ospedali Galliera	Liguria
21	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia	Lombardia
22	ASST SETTE LAGHI DI VARESE	Lombardia

23	ASST RHODENSE	Lombardia
24	Istituto Clinico Umanitas	Lombardia
25	ASST di Mantova Carlo Poma	Lombardia
26	Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa Sb	Lombardia
27	Istituto Cardiologico Monzino	Lombardia
28	ASST Fatebenefratelli-Sacco	Lombardia
29	ASST degli Spedali Civili Di Brescia	Lombardia
30	ATS INSUBRIA	Lombardia
31	ATS Brescia	Lombardia
32	ASST Cremona	Lombardia
33	ASST Pini/CTO	Lombardia
34	ASST Valle Olona	Lombardia
35	ASST Ovest Milanese	Lombardia
36	ASST Santi Paolo e Carlo Milano	Lombardia
37	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord	Marche
38	I.N.R.C.A. IRCCS	Marche
39	ASUR Marche AV2	Marche
40	Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle	Piemonte
41	ASLTO4	Piemonte
42	ASL Biella	Piemonte
43	ASL CN1	Piemonte
44	ASL AT	Piemonte
45	Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano	Piemonte
46	ASL Vercelli	Piemonte
47	ASL Cuneo 2	Piemonte
48	Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS Bari	Puglia
49	ASL Brindisi	Puglia
50	Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento	Sicilia
51	Azienda Sanitaria Provinciale Catania	Sicilia
52	ARNAS GARIBALDI, CATANIA	Sicilia
53	Azienda Ospedaliero Universitaria Vittorio Emanuele Catania	Sicilia
54	Azienda USL Toscana Sud Est	Toscana
55	Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze	Toscana
56	AUSL Valle d'Aosta	Valle d'Aosta
57	Azienda Ospedaliera di Padova	Veneto
58	IOV-Istituto Oncologico Veneto	Veneto
59	ULSS6 Euganea	Veneto
60	ULSS8 Berica	Veneto

Le domande poste all'interno del questionario sono state formulate a partire dalle indicazioni contenute nella Raccomandazione n. 8 del 2007 al fine di avere spunti sulla sua effettiva applicazione e sul suo possibile aggiornamento.

Il questionario è stato inviato alle Direzioni generali delle Aziende sanitarie del SSN e fatto circolare attraverso alcune reti formali e non di Risk manager (funzione deputata all'applicazione delle raccomandazioni in Azienda).

La sua compilazione è avvenuta sia su cartaceo sia su piattaforma informatica appositamente predisposta.

1.2. LE RISPOSTE FORNITE ED ALCUNI BREVI COMMENTI

Prima di passare ad alcune considerazioni di carattere generale sulle schede compilate dalle Aziende, si ritiene opportuno dare informazioni sui singoli item in esse contenuti.

1. E' stato elaborato un programma di prevenzione specifico per le aggressioni?

Sì	46	76,67%
No	13	21,67%
Nessuna risposta	1	1,67%

1.1 In quale percentuale è stato applicato?

Hanno risposto 45 Aziende fornendo le seguenti percentuali di applicazione del Programma adottato:

Percentuale di applicazione	n. ricorrenze
100	14
95	1
90	3
80	3
75	1
70	3
61	1
60	1
50	12
30	3
20	2
10	1

La maggioranza delle Aziende ha applicato per il 50% e oltre il programma di prevenzione che si è dato.

1.2 In quali modalità è stato reso pubblico agli operatori, agli utenti e ai visitatori degli stessi?

A questa domanda hanno risposto 48 delle 60 Aziende. Operando una divisione sulle risposte fornite² tra le azioni messe in atto per pubblicizzare il piano di prevenzione

² Le risposte fornite dalle Aziende sono state epurate da riferimenti geografici per mantenere l'anonimato.

adottato realizzate con strumenti all'interno dell'Azienda e le azioni adottate nei confronti degli utenti, si nota che la maggior parte delle attività si è concentrata sul fornire informazioni al proprio interno e agli operatori e molto meno nei confronti dei pazienti e dei loro familiari.

Azioni di pubblicizzazione all'interno	Azioni di pubblicizzazione all'interno
procedure amministrative interne	cartellonistica nei reparti del PP.OO.
Distribuito ai ruoli apicali della sicurezza e presentato alle riunioni dei coordinatori del comparto sanitario. Coinvolto anche Comitato Unico di Garanzia	
Dal 2017 formazioni specifiche e continuative per tutti gli operatori dell'Azienda. Gruppo aziendale di lavoro sulla implementazione di un sistema di segnalazione, in corso. Stesura di una brochure per i dipendenti.	Affissi in tutti gli ospedali e nel territorio, aree di alto rischio.
corsi specifici on intranet	
procedura aziendale diffusa a tutti gli operatori	affissione poster aziendale
Formazione operatori	
implementazione aziendale della racc. N.8 Ministero salute; implementazione di procedure organizzative che prevedono, durante le ore notturne, la scorta del servizio di vigilanza interna per lo spostamento fra i vari padiglioni aziendali degli operatori; Installazione di dispositivi di chiamata immediata della squadra di emergenza, del servizio di vigilanza e del centralino aziendale lungo i corridoi/ipogei, attivi 24 ore su 24.	
informandoli della presenza della vigilanza e della videosorveglianza	
via mail e intranet per gli operatori via mail e intranet per gli operatori	cartellonistica per utenti e visitatori
sensibilizzazione diretta, formazione/informazione, diffusione attraverso rappresentanti dei lavoratori	
Formazione operatori attraverso incontri sulla Gestione del Rischio con focus su Raccomandazione n. 8	
sito aziendale, area intranet, corsi di formazione	cartellonistica
Pubblicazione nel piano di risk management 2017, rinnovato nel 2018 e trasmesso in Regione	
In corso micro-progettazione di corso formazione interaziendale con ASST rivolto agli operatori sanitari e alle guardie di Sicurezza Patrimoniale in programma per l'autunno 2018 p.v.	
Pubblicazione della Procedura Aziendale in intranet, incontri informativi e formazione specifica rivolta agli operatori	
sito intranet aziendale, corsi di formazione	
Circolari interne, pubblicazione su Intranet aziendale, delibera	

Direttore generale di recepimento Raccomandazione 8	
Delibera D.G. n. 625 del 16/12/2015 pubblicata sul Sito Internet Aziendale	
predisposizione istruzione operativa specifica disponibile sull'intranet aziendale	
procedure all'interno delle pagine intranet	
Pubblicazione Intranet Aziendale	
Pubblicazione Intranet Aziendale	
DVR specifici, corsi di formazione	
corso FAD esteso a tutti gli operatori	
Procedura specifica per gli operatori e formazione	
	Materiale informativo per utenti e visitatori. -Schermi informativi sui tempi di attesa e codici colore
corsi formazione	
formazione - intranet	materiale divulgativo all'utenza
in corso di attuazione	
intranet, corsi di formazione, audit	
pubblicazione procedura aziendale, corsi di formazione	posters in tutte le UU.OO e servizi
Per gli operatori sono stati divulgati programmi formativi ed è stata implementata la procedura operativa per tutta l'Azienda con incontri finalizzati con i referenti della sicurezza	
Intranet	
invio cartaceo, corsi sulla violenza contro gli operatori	
agli operatori è stata data informazione tramite gli RLS	ai visitatori tramite cartellonistica dedicata
elaborazione di procedure specifiche diffuse a tutti i lavoratori ed applicativo on line per la segnalazione di eventi	
pubblicazione deliberazione direttore generale procedura aziendale "prevenzione e gestione della violenza da terzi a danno degli operatori aziendali", 21/07/2017,diffusa mediante sistemi informatizzati/sito/bollettino intranet e presentata in aula con 10 incontri informativi. Inoltre è stata illustrata al collegio di direzione aziendale e al comitato unico di garanzia nel 2017 e a corsi di formazione per i lavoratori nel biennio 2017/2018.	All'interno è stata predisposta una locandina rivolta ai pazienti/utenti/visitatori ove si declina la "politica" aziendale sull'argomento e si dichiara l'avversione della direzione aziendale sul fenomeno.
Intranet per operatori	
Corsi di formazione	
Procedura di qualità pubblicata su intranet	
Redatta procedura specifica pubblicata sulla intranet aziendale	
pubblicazione portale ASL	
Pubblicazione sito Intranet (Procedura sulla prevenzione degli atti di violenza su Operatore) – Corsi di Formazione	
Procedura Generale	
Attraverso pubblicazione sul sito intranet dell'Azienda e comunicazione formale della Direzione Generale e corsi di formazione ad hoc	

in via di applicazione	
Sito aziendale, esecuzione di audit, corsi di formazione per operatori	stampa e revisione cartellonistica
Corso formativo con ECM e procedura pubblicata su portale aziendale	

1.3 Ci sono ostacoli particolari che ne hanno impedito la redazione o soluzioni alternative individuate?

Le risposte di chi non ha predisposto uno specifico piano di prevenzione delle aggressioni, sono, come si legge sotto, perlopiù legate all'individuazione di soluzioni alternative alla redazione del piano.

Soluzioni alternative individuate: guardie giurate armate, videosorveglianza, pulsanti antipanico, sistemi di telesoccorso "ad personam"
E' stato redatto il Documento di Valutazione del Rischio aggressioni con le relative misure di adeguamento da adottare per tutti gli indici di rischio rilevati.
E' ricordata periodicamente la raccomandazione e sono state adottate misure specifiche a seconda del caso.
Non ci sono stati ostacoli; il programma non è stato "formalizzato" , ma sono state avviate e realizzate varie misure di prevenzione.
Soluzioni alternative individuate: acquisizione e gestione di soluzioni tecnologicamente avanzate per il controllo
Pur non essendo stato avviato uno specifico programma per le aggressioni, sono state adottate nell'area di emergenza, luogo ove si erano verificate le aggressioni le seguenti misure: sistema di videosorveglianza, telefono collegato direttamente con la sala operativa della Questura (accordo con la Polizia di stato), presenza H24 di operatori di vigilanza (due dedicati all'area di emergenza), costituzione in giudizio dell'azienda contro gli eventuali aggressori
Procedura in fase di elaborazione di struttura in accreditamento.
Rarietà degli eventi e poco significativi
In fase di realizzazione
Hanno potuto essere realizzati gli interventi compatibili con la disponibilità di risorse economiche e di personale

2. Esiste un soggetto di riferimento Aziendale e/o di Distretto per le segnalazioni di atti di aggressione o di situazioni critiche?

In 55 delle Aziende che hanno risposto ci sono uno o più soggetti di riferimento. In particolare, le figure maggiormente citate sono le seguenti:

Figure	n. ricorrenze
Risk manager /Rischio clinico	34
RSPP	31

Medico del lavoro	6
Direttore sanitario	6
Comitato ad hoc	4
Medico competente	2
Psicologo	2
Altro	preposto, direttore di presidio, ufficio tecnico, preposto, referente qualità

3. Sono stati fatti accordi con Forze dell'ordine pubblico o altri soggetti (Polizia, Comune Polizia Municipale/Provinciale, Prefettura ecc.) in grado di fornire un supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari?

Il 50% delle Aziende che ha risposto ha contattato e fatto accordi con altri soggetti per avere supporto e identificare strategie e azioni atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari.

Delle 30 Aziende che hanno avuto rapporti con altri soggetti in merito al tema delle aggressioni, solo 14 sono arrivate a definire con questi una nota concordata sulle soluzioni adottate.

I soggetti citati nei questionari, con i quali sono stati avviati rapporti di collaborazione, sono:

Soggetti coinvolti	n. ricorrenze
Polizia	9
Carabinieri	8
Vigilanza privata	7
Prefettura	6
Forze dell'ordine	5
Questura	4
Polizia municipale	2
Tavolo tecnico sicurezza	2
Volontariato	1

4. Esiste un Gruppo di lavoro dedicato atto a favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello *frontline*, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma?

A questa domanda hanno risposto positivamente 38 Aziende e 19 negativamente.

Per quanto riguarda la composizione dei Gruppi di Lavoro, dove costituiti, si tratta di situazioni abbastanza variegata che vanno da presenze legate ai vertici aziendali a quelle specificatamente di natura tecnico-professionale.

RSPP e Responsabile S.S. qualità e risk management in via di implementazione con altre figure (DSPO, DiPSa, Psicologia)
Gruppo di lavoro sullo stress lavoro-correlato presieduto dal Direttore Generale, coordinato dalla S.C. Servizio Prevenzione e Protezione e partecipato dal Medico competente coordinatore nonché dai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RR.LL.S)
Figure denominate nella raccomandazione ministeriale, rappresentanza della direzione sanitaria, della direzione infermieristica, del servizio vigilanza, dell'ufficio gestione personale, la consigliera di fiducia, la medicina del lavoro, del Risk Management aziendale e dell'assessorato, rappresentanti delle aree di alto rischio SERT e psichiatria.
Medici infermieri psicologi vigilanza SPP
SSD Governo clinico, SPPA, SS Medicina Legale, Risorse Umane, Direzione Sanitaria, Servizio Assistenziale
SPP, medico competente, preposti, direzione sanitaria di presidio, servizio infermieristico
Gruppo Multidisciplinare per la Gestione del Rischio Clinico, R.S.P.P. presenza di un rappresentante delle seguenti unità organizzative: Direzione Medica di Presidio, Direzione Professioni Sanitarie, Medicina Preventiva e del Lavoro, Affari Generali e Legali, Servizio Tecnico, Servizio Provveditorato, Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Relazioni con il Pubblico, un RLS, un rappresentante degli infermieri/tecnici/OSS, un rappresentante dei dirigenti medici/sanitari non medici e un rappresentante degli amministrativi. Il Gruppo potrà avvalersi della consulenza di altre professionalità presenti in Azienda, qualora lo riterrà opportuno, e anche del rappresentante della vigilanza interna e/o delle Forze dell'Ordine (previo accordo).
Direzione amministrativa, RSPP, direttore UOC tecnico, provveditorato e SPRESAL
Risk manager, direttore medico/ direttore distretto, referente servizio infermieristico
Personale medico, infermieristico e tecnico: Direzioni Mediche e UO Rischio Clinico Personale Pronto Soccorso, personale Portineria
personale afferente a SS risk management e SPP
Non si tratta di un Gruppo di lavoro riconosciuto ufficialmente ma la stesura della Procedura P27 Prevenzione e Gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro definisce come responsabili del processo le Strutture elencate al punto 2.1 oltre che la Struttura in cui si è verificato l'evento
Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Management, Unità Operativa Ospedaliera Medicina del Lavoro, Psicologia Clinica
Direzione generale, Direttore Risk Management, Medico Competente, Responsabile SPP, Formazione ecc.
Direzione Sanitaria Aziendale; Servizio Prevenzione e Protezione; Dipartimento di STAFF; Servizio Professioni Sanitarie
Risk manager (direttore sanitario), referente qualità, esperto medico clinico, responsabile amministrativo, resp. tecnico infermieristico, RSPP, responsabile farmacia
RSPP, ASPP, rischio clinico, Medico competente, rappresentanti gruppi di lavoro a maggior rischio, psicologo
Direzione Sanitaria, RSPP, Risk Manager, Dirigenti di Struttura e Coordinatori
RSPP, Risk manager, Medicina del lavoro, medicina legale, psicologica clinica, DIPSA
Direttore Medici P.O. Garibaldi Centro - Responsabile U.O. Risk Management - R.S.P.P. - Responsabile Ufficio Legale - Coordinatore Infermieristico P.S. Generale E Coordinatore Infermieristico P.S. Pediatrico - Direttore Mcau

Medici e infermieri del pronto soccorso
Medico competente, SPP, qualità, servizio professioni sanitarie, dirigenti preposti
Gruppo di Progetto Procedura
Tavolo tecnico Ospedale, Territorio, SPP
Responsabile sala controllo - Direzione Tecnica - Direzione Sanitaria
Comitato per la Sicurezza aziendale costituito dal RSPP, dal Direttore della UOC Sicurezza dei pazienti e del rischio clinico, dai Direttori dei maggiori ospedali dell'Asl Salerno, da alcuni Direttori di Distretti sanitari, dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale, da alcuni Dirigenti di Unità Operative pertinenti nonché dalla RSU.
Risk manager, RSPP, medico competente, responsabili di settore
Direttore Sanitario Aziendale, U.O. Sistemi per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori (U.O. SSSL/SPPA), U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio, Direzione Infermieristica e Tecnica Cesena, U.O. CSM, U.O. SPDC, U.O. PS, U.O. PS, Piattaforme Amministrative, U.O. Affari generali e direzione percorsi istituzionali e legali, U.O. Manutenzione Ordinaria e Straordinaria di Immobili e Impianti, U.O. Qualità e Governo Clinico, Programma di Psicologia Aziendale, Rappresentante dei Medici Competenti Aziendali
Risk manager, direzione sanitaria, RSPP, coordinamento del personale
spazio d'ascolto composto da medico competente, mediatori, ufficio comunicazione, UO psicologia
Direzione Sanitaria, Affari Generali, Servizio di Prevenzione e Protezione, SPDC, DEA, Medicina del lavoro, SerD
Team rischio (in fase di integrazione)
Referente della Direzione Sanitaria, Referente Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali, Referente dell'Area Affari legali. Responsabile del Risk Management, Responsabile e un collaboratore per il Servizio Prevenzione e Protezione (Servizio SPP), Rappresentanti della professione Infermieristica e delle Professioni mediche, individuati tra il personale dei settori ad alto rischio, Rappresentante del servizio di Vigilanza
Risk manager, coordinatore Incident Reporting, Responsabile Servizio Prevenzione Protezione, Direzione Medica Ospedaliera/Direttore Dipartimento di Assistenza Primaria
In divenire, il GRUPPO DI LAVORO: -un referente della Direzione Sanitaria/Medica di Presidio, -un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane; il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione; un rappresentante della professione infermieristica, dei settori a più alto rischio; un rappresentante della professione medica (Gruppo Medici di Guardia); un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro.
RSSP, Risk manager, medico competente, responsabili articolazioni interessate
Risk manager, RSPP, PO infermieristica, rappresentante ditta vigilanza, operatore addetto alla sicurezza nell'ambito del SPP, medico psichiatra, dirigente AA.GG.

I partecipanti ai Gruppi di lavoro istituiti, maggiormente coinvolti, anche in questo caso sono i Responsabili Servizio Prevenzione Protezione-RSPP e i Risk manager.

Seguono: la direzione sanitaria/medica, il dipartimento delle professioni, il governo clinico, medicina del lavoro e medico competente, direzione generale e affari generali, ecc.

Come si accennerà più avanti, è sintomatico che, al fine di individuare le possibili cause scatenanti e i possibili correttivi, solo in un Gruppo di lavoro sia prevista la presenza dell'URP e in un altro il responsabile della formazione.

4.2 In caso di aggressioni agli operatori quale soggetto interviene per valutare la situazione e proporre correttivi?

Le 20 Aziende che hanno risposto hanno citato:

Figure	n. ricorrenze
Risk manager	13
RSPP	11
Direzione sanitaria/Direzione Medica Ospedaliera	9
Direzione del personale	2
Altro	Direzione generale, Medico competente, Dirigente preposto, Medico di guardia, Medico del lavoro

5. Negli ultimi dodici mesi, sulla base della Vostra esperienza, su quali strutture e quali figure professionali si sono concentrati maggiormente gli atti di violenza?

Questa è certamente la risposta che, più delle altre, rende l'idea del fenomeno senza, tuttavia, come si spiega successivamente alla tabella, essere in grado di offrire dati certi sulle dimensioni dello stesso.

Aree/soggetti	Numero Aggressioni verbali	Numero Aggressioni fisiche
<input type="checkbox"/> aree di emergenza ³	516	218
<input type="checkbox"/> servizi psichiatrici ⁴	312	307
<input type="checkbox"/> Ser.T	25	4
<input type="checkbox"/> continuità assistenziale	44	6
<input type="checkbox"/> servizi di geriatria	73	80
Figure professionali		
<input type="checkbox"/> medici	132	41
<input type="checkbox"/> infermieri	658	283
<input type="checkbox"/> psicologi	5	4
<input type="checkbox"/> operatori socio-sanitari	121	122
<input type="checkbox"/> assistenti sociali	3	2
<input type="checkbox"/> personale del servizio 118 ⁵	1	
<input type="checkbox"/> servizi di vigilanza	12	18

3 I numeri sono conformi a quelli raccolti con una ricerca condotta da Simeu, dal 1 marzo al 30 aprile 2017 e pubblicata nel maggio 2018, dove, nel 63% dei pronto soccorso osservati si è verificata almeno una aggressione fisica. Il campione era costituito da 218 strutture di medicina d'emergenza-urgenza, pari al 33% di quelle presenti sul territorio nazionale. Nel 50% dei casi le aggressioni si sono verificate dove il problema sovraccollamento risulta più grave.

4 Escluse le azioni prodottesi da persone in evidente crisi psichiatrica

5 Tra le Aziende che hanno risposto non ve n'erano di quelle istituite al livello regionale per il servizio 118.

Come accennato sopra, i numeri della tabella sopra – pur essendo frutto di una variegata tipologia di strutture sanitarie distribuite sul territorio - non possono essere riportati tout court al livello nazionale se non facendo una stima molto approssimativa.

Certamente destano molta preoccupazione se si considera che:

- a) si tratta di dati relativi solo agli ultimi 12 mesi;
- b) alcune Aziende hanno indicato “abitualmente” e “almeno ogni giorno” (pertanto non sono stati conteggiati tra quelli indicate sopra);
- c) i dati relativi al servizio del 118 sono privi dell’informazione proveniente dalle rispettive Aziende regionali che non hanno risposto all’indagine (ma esistono sondaggi realizzati dalla Società scientifica SIMEU presso i propri Associati);
- d) si tratta di un elenco costruito inizialmente con i servizi sanitari individuati perché notoriamente sono fatti oggetto di attacco da parte di violenti (e sempre più presenti nelle pagine di cronaca).

Relativamente al punto d), va sottolineato il fatto che si è resa necessaria la realizzazione di una ulteriore tabella (sotto) relativa alla voce “altro”, comprendente altre figure di operatori sanitari e anche operatori non sanitari.

Questa necessità, peraltro, come si vede dalla presenza di altre tipologie di operatori è in sintonia con la richiesta di modifica da parte della Regione Emilia Romagna del titolo dell’Osservatorio previsto dallo *Schema di disegno di legge recante disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni in “Osservatorio nazionale per la prevenzione della violenza verso gli operatori della sanità”*. E questo al fine di includere le diverse figure che operano all’interno del SSN.

Figura/Servizio	Aggressioni verbali	Aggressioni fisiche
Ortopedia	2	1
Neuropsichiatria infantile		
Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria		
Non specificate	53	16
Farmacista	1	
Area materno infantile	n.i.	n.i.
chirurgia generale ostetricia e ginecologia, pediatria	n.i.	n.i.
Ambulatori e reparti medici	68 + minacce web	1
Maternità	22	2
Ortopedia	n.i.	n.i.
CUP	14	
Uffici amministrativi, hospice, parcheggi	13	
Front office	13	

Educatore	2	2
Medicina, riabilitazione		2
ADI, degenze	2	8
Usciere	4	
Operatore tecnico		1
Dip.to Cardiotoracovascolare		2
Dip.to neuroscienze		1
Dip.to Chirurgia	4	9
Dip.to salute donna e bambino		5
Area medica	11	1
Area prelievi	9	2
Medicina generale	3	2
Post acuti	2	2
Igiene pubblica		4
Direttore sanitario e amministrativo	n.i.	n.i

6. A seguito del lavoro di identificazione dei rischi e definite le soluzioni, sono state verificate le risorse disponibili?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	41	68,33%
No	15	25,00%
Nessuna risposta	4	6,67%

6.1 Esiste un piano delle priorità in merito?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	30	63,83%
No	13	27,66%

7. Sono stati valutati progetti di adeguamento delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	43	71,67%
No	11	18,33%
Nessuna risposta	6	10,00%

7.1 Cosa è stato realizzato relativamente a tale valutazione?

Le azioni realizzate dalle 44 Aziende che hanno risposto riguardano nella maggioranza dei casi:

Azioni	n. ricorrenze
Videosorveglianza e telecamere	18
Serrature, accessi con codice	16
Vetri antisfondamento	8
Ristrutturazioni edili	8
Aumento vigilanza soprattutto luoghi non presidiati	7
Video-Citofoni	5

Oltre a queste si possono menzionare la dotazione di braccialetti o pulsanti per allarme, la verifica degli arredi e degli estintori per evitare usi impropri, la maggiore illuminazione.

A fronte di una maggioranza di azioni realizzate in funzione “fortino sotto attacco”, sono state anche menzionate azioni più “concilianti” nei confronti dei cittadini utenti, quali:

- distributore di bevande in Pronto soccorso;
- distribuzione di generi di conforto nelle sale di attesa;
- miglioramento della comunicazione;
- mediazione culturale;
- formazione del personale;
- contenimento delle attese;
- affiancamento di volontari presso medicina di continuità.

7.2 Quali sono stati i principali ostacoli alla realizzazione?

Gli ostacoli indicati da quanti non hanno provveduto ad azioni specifiche sono raggruppati come segue.

OSTACOLI DI TIPO ECONOMICO <ul style="list-style-type: none"> - Budget disponibile e disponibilità di risorse umane professionali per realizzare progetti e lavori. - Problemi organizzativi ed economici. - Vincoli economici di bilancio. - La mancanza di un piano degli interventi esteso a tutte le strutture per carenza di risorse.
OSTACOLI STRUTTURALI <ul style="list-style-type: none"> - Strutture ospedaliere costituite prevalentemente da corpi di fabbrica separati e non organizzati in monoblocco e numerose strutture territoriali diffuse

<p>capillarmente in una vasta area della città.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura piccola e datata con conseguente difficoltà ad eseguire importanti rinnovamenti strutturali.
<p>ALTRO</p> <ul style="list-style-type: none"> - I servizi di RSPP si sono dichiarati non competenti per questa tematica.

8. Sono stati installati impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, idonee serrature, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è più elevato?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	41	68,33%
No	16	26,67%

8.1 Dove in particolare?

Luogo di installazione	n. ricorrenze
Pronto soccorso/OBI	24
Continuità assistenziale	14
Psichiatria/SPDC	12
Ambulanze	3
Ambulatori	3
Spogliatoi	2

Seguono una serie di luoghi quali: laboratorio analisi, maternità, farmacia, ortopedia, cardiologia, ecc.

8.2 Chi assicura la manutenzione dei dispositivi adottati?

Le 39 Aziende che hanno risposto indicano soprattutto la gestione interna quale soggetto che assicura la manutenzione dei dispositivi adottati con una prevalenza dell'Ufficio tecnico.

Manutenzione a cura di	n. ricorrenze
Ufficio tecnico	25
Ufficio tecnico patrimoniale	7
Sistemi informativi aziendali	5
Ingegneria	2
Ditte esterne	9

8.3 Chi assicura la disponibilità di un pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato?

Soggetto che interviene	n. ricorrenze
Istituto di vigilanza	26
Forze dell'ordine	12
Portineria	7
Ufficio tecnico/sicurezza patrimoniale	6

Solitamente il soggetto deputato a intervenire in prima battuta è il personale degli istituti di vigilanza (guardie giurate armate e non) che, a seconda della situazione, chiedono l'intervento delle forze dell'ordine.

La portineria viene spesso indicata come il luogo sempre aperto dal quale far scattare l'allarme.

9. E' stata valutata la necessità di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche?

L'installazione di metal detector è un tema che si ripropone spesso a seguito degli eventi violenti in sanità ma, come è evidente dalle risposte fornite per giustificarne la mancata realizzazione, la sua presenza – quando considerata - in un ospedale sembra non attuabile e/o non opportuna.

9.2 Per quale motivo? (si è ritenuto non necessario, impossibile da realizzare, ecc.)

30 Aziende hanno dichiarato la presenza del metal detector "non necessario", in 7 hanno manifestato l'ingestibilità di uno strumento come questo in un luogo con numerosi accessi e, infine, altre quattro Aziende hanno segnalato la necessità di una quantità eccessiva di personale dedicato con conseguenti problemi economici e di formazione specifica.

In sostanza, quello che è fondamentale per un istituto bancario rischia di essere inutile e dannoso in un ospedale dove gli accessi avvengono su diversi fronti, in urgenza e per diversi motivi.

10. Esiste un impianto di videosorveglianza?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	50	83,33%

10.1 In quali presidi in particolare?

Le risposte fornite da 49 Aziende, in questo caso, per quanto variegata, si concentrano nell'indicare:

genericamente l'intero presidio	23
Pronto soccorso e accettazione	14
Accessi e ingressi	9
Corridoi sotterranei	8
Aree comuni e sale d'attesa	6
Psichiatria, REMS, SERT	5
Continuità assistenziale	4
CUP	2
Farmacia	2
CED, parcheggi, magazzini, locali tecnici sensibili, maternità ortopedia, day hospital oncologico	1

10.2 Per quali finalità?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Controllo perimetrale	42	80,77%
aree di passaggio	45	86,54%
aree dedicate all'assistenza	22	42,31%

10.3 Chi assicura la disponibilità di un pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato?

Le risposte delle 44 Aziende riguardano l'attivazione dei seguenti soggetti:

vigilanza e guardie giurate	31
forze dell'ordine	15
Portineria	8
Squadre emergenza, centrale operativa	5
Sicurezza patrimoniale	1
Pronto soccorso	1

In tre casi il sistema è solo di registrazione e non riguarda il pronto intervento e in un caso si dichiara l'assenza di un processo codificato in caso di allarme innescato.

11. Nei servizi considerati maggiormente a rischio quelli della continuità assistenziale (cd. guardia medica) soffrono spesso di una situazione logistica isolata. Per questi servizi sono stati previste modifiche, dispositivi, accordi con altri soggetti?

A questa domanda hanno risposto nella maggioranza dei casi le strutture territoriali e qualche struttura ospedaliera indicando il tipo di soluzione adottata per chi debba spostarsi sul territorio.

Di seguito vengono riportate le risposte che indicano a volte i luoghi oggetto di modifiche e a volte le soluzioni adottate.

11.1 In quali in particolare?

Videosorveglianza, videocitofoni, impianti di allarme con sirena, applicazioni per l'emergenza sul cellulare di servizio
Parzialmente, cercando di rimuovere l'isolamento
Continuità assistenziali
L'Azienda non assicura la continuità assistenziale di specie, tuttavia per gli spostamenti intra-aziendali tra i diversi padiglioni, ha reso disponibili due auto.
Nelle sedi di guardia medica sono stati previsti dispositivi di chiamata ai carabinieri e alcune sedi si stanno spostando in edifici dove sono presenti anche i carabinieri o la sede del 118
Dispositivi individuali indossabili, GPS e spostamento di alcune sedi presso edifici abitati
Chiusure, serrature, arredi, video sorveglianza, pulsanti di emergenza, telefoni/cellulari
Accordi con le forze dell'ordine
Trasferimento in edifici presidiati, videocitofono, personal tracker (interventi in corso d'opera)
Sistemi di tele allarme e accordi con Forze dell'ordine
Guardia medica: adeguamento sedi e/o ricollocazione in luoghi in adiacenza ad altre Strutture occupate da personale.
Apertura delle porte con tessera magnetica
All'interno strutture con presenza h24 di operatori
Guardia medica (adeguamento locali per garantire la sicurezza)
Guardia armata notturna e pulsante emergenza in PS
Videosorveglianza e App "uomo a terra"
Trasferimenti presso Presidi Ospedalieri e nelle sedi aziendali territoriali dotate di sistemi di controllo/selezione degli accessi. I medici di Continuità Assistenziale, potranno essere dotati di dispositivi di chiamata d'urgenza (c.d. salvavita con localizzatore satellitare od equivalenti es. : app sul cellulare di servizio) e di specifiche procedure di intervento.
Residenze per anziani, CRI, etc.
Attenzione alla disposizione degli arredi e affiancamento di volontari ai medici di continuità (Progetto "Amico Alpino Accompagnami")
Dispositivi "Uomo a Terra"
Concentrazione degli operatori, accordi con Prefettura
Ricollocate in strutture sorvegliate.

12. Sono state realizzate delle azioni tese a rendere i luoghi di attesa più confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	51	85,00%

12.1 Di cosa si è trattato?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Monitor informazioni su attese	40	75,47%
Desk informazioni	31	58,49%
Sedie più confortevoli	27	50,94%
Climatizzazione	44	83,02%
Distributore bevande	49	92,45%
Altro	13	24,53%

12.2 Specificare "altro"

Volontari nella sala d'attesa del P.S. per dare alcune informazioni e mediare la comunicazione con il triage	3
TV in sale d'attesa	2
Tinteggiatura locali	1
Pianoforte a disposizione	1
Nuove sale di attesa per attività ambulatoriale in alcuni presidi	1

L'attenzione sui luoghi di attesa si è concentrata sulla gestione dell'attesa stessa (monitor, desk informazioni, volontari) per cercare di colmare il "vuoto" di informazione che troppo spesso genera stress e disorientamento.

L'altro aspetto considerato è stato quello del migliorare lo stato di benessere dell'attesa (climatizzazione, distributore bevande).

13. Il DVR prevede una analisi del rischio da stress correlato?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	55	91,67%
No	1	1,67%
Nessuna risposta	4	6,67%

13.1 Sono previste delle modalità di presa in carico dell'operatore a rischio?

Su 51 Aziende che hanno risposto:

- 11 non hanno previsto modalità di presa in carico;
- 1 ha dichiarato attività in progress;
- 39 hanno modalità di presa in carico dell'operatore a rischio e alcune di queste hanno risposto con il tipo di approccio adottato.

Il sistema di segnalazione -da installare -prevede la raccolta di dati, il monitoraggio e la valutazione dei dati, un sistema di aiuto per gli operatrici coinvolti con il Team di mediazione- psicologi del lavoro.
Medico competente psicologo
Sono previste misure organizzative
Servizio di psicologia aziendale.
Servizio Psicologia Ospedaliera.
Attivo uno sportello di ascolto rivolto ai dipendenti presso il Servizio di Prevenzione e Protezione; in corso di micro progettazione evento formativo rivolto agli operatori a rischio.
Percorso di presa in carico da parte di Psicologo del lavoro.
A partire dalle funzioni di Preposto e Dirigente di UO, fino al Medico Competente e al supporto psicologico.
Formazione e sportello di ascolto.
Attività di counseling e di mediazione della comunicazione e dei conflitti.
Medicina del lavoro.
La presa in carico dell'operatore risultato a rischio da stress lavoro correlato è inserita nella sorveglianza sanitaria a cura dei Medici Competenti.
Spazio d'ascolto, mediazione trasformativa.

14. Sono state previste aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi (presenza di un arredo idoneo, eliminazione di oggetti che possono essere usati come arma, ecc.)?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	27	45,00%
No	27	45,00%
Nessuna risposta	6	10,00%

15. Il sistema di illuminazione sia all'interno della struttura che all'aperto (es. parcheggi) ha tenuto conto dei percorsi e degli spazi ad uso degli operatori?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Si	29	48,33%
No	2	3,33%
In parte	25	41,67%
Nessuna risposta	4	6,67%

16. E' stato costituito un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	11	18,33%
No	46	76,67%
Nessuna risposta	3	5,00%

17. Nelle sale d'attesa dell'emergenza è prevista una persona in grado di fornire informazioni chiare sui tempi di attesa?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	30	50,00%
No	22	36,67%
Nessuna risposta	8	13,33%

18. Sono state messe a punto delle procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	11	18,33%
No	26	43,33%
Nessuna risposta	23	38,33%

18.1 Quali?

Le procedure indicate sono perlopiù legate all'attenzione a prevedere visite a domicilio effettuate da operatori in coppia, laddove sia stato individuato un possibile stato di rischio per gli operatori. In alcuni casi è citato l'uso di cellulari aziendali.

In un caso si fa riferimento ad un foglio informativo (una sorta di patto) condiviso tra operatori del territorio ed utenti/persone assistite, per una corretta collaborazione.

19. Negli ultimi cinque anni sono stati realizzati dall’Azienda corsi di formazione per riconoscere i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza?

Risposta	Conteggio	Percentuale
Sì	45	75,00%
No	13	21,67%
Nessuna risposta	2	3,33%

19.1 Con quale periodicità e quante persone hanno coinvolto?

Questa domanda ha avuto 46 risposte che, come si vedrà, sono molto disomogenee nella descrizione.

Tuttavia, una rapida lettura dà la sensazione che proprio negli ultimi tre anni ci si sia concentrati su corsi avente per oggetto il tema della sicurezza e delle aggressioni. Corsi rivolti a diverse tipologie di operatori ma con una particolare attenzione a quelli del Pronto Soccorso e dell’area della Salute mentale.

Per quanto riguarda le modalità si procede o realizzando diverse edizioni del corso nel corso dell’anno oppure formando i nuovi assunti e “aggiornando” via via tutti gli altri.

Un elemento che emerge dai materiali inviati e dalle news pubblicate dalle Aziende sanitarie riguarda una sorta di evoluzione della tematica trattata durante i corsi. Infatti, insieme alle informazioni legate al contenimento dello stress e delle azione di “offesa” nei confronti degli operatori, in alcune strutture sono stati avviati veri e propri corsi di autodifesa con insegnanti di arti marziali per fornire all’operatore un set minimo di mosse da adottare in caso di aggressione.

Due volte all'anno (2018)
Corsi periodici (10 edizioni) di 16 ore che hanno formato circa 312 operatori oltre a modulo specifico per neoassunti.
Nel corso del 2018 verranno formate e addestrate 300 persone nei vari P.O. afferenti alle strutture a maggior rischio da stress lavoro-correlato come da DVR aziendale.
Dal 2017 e 2018, in tutta la azienda, per tutti gli operatori/operatrici,ospedale e territorio, 5 corsi nel 2017, 5 corsi nel 2018. I corsi sono sovraffollati, liste d’attesa. Organizzati e pagati dal comitato unico di garanzia, svolti da psicologi del lavoro e dalla avvocata-consigliera di fiducia.
3 nei 5 anni
Tutto il personale
Semestrale, 23
Annuale 110 operatori
2014 edizioni 8 persone coinvolte 156. 2015 edizioni 13 persone 77. 2016 edizioni 4

persone 89. 2017 edizioni 10 persone 139. 2018 edizioni 1 persone 20. anno 2013: 104 partecipanti. anno 2014: 81 partecipanti. in programmazione edizione 2018
Annuale, 25 persone circa per edizione (n. 6 edizioni annue)
910 persone, l'azienda non si è dotata di un team specifico, tuttavia ha implementato un percorso formativo rivolto ai lavoratori individuati nel DVR specifico al fine di fornire loro strumenti utili a gestire le situazioni critiche
Sono stati fatti diversi corsi negli anni scorsi coinvolgendo il personale di ps tutto
Corsi di formazione sulla sicurezza art. 37 Dlgs 81/08 modulo formazione specifica
Corsi annuali di almeno tre edizioni di 8 ore ognuno; media di n. 80 partecipanti
Formazione neoassunti e aggiornamento quinquennale
Periodicità variabile; target: op. sanitari , ma anche op. delle Associazioni di volontariato e della vigilanza. Negli ultimi 3 anni : 148 in totale
Dal 2013 con cadenza biennale
Periodicità mensile. n° formati: 595
Circolare informativa del Direttore Generale a tutti i dipendenti. Predisposto Modulo di formazione FAD per formazione obbligatoria lavoratori nell'ambito di Gruppo di lavoro a livello regionale. Realizzate n. 2 edizioni (delle tre previste) per lavoratori esposti ad alto rischio aggressioni. Corso FAD di formazione come previsto dalla raccomandazione 8 sulla deescalation della violenza verso gli operatori.
Due corsi di formazione negli ultimi cinque anni rivolti a tutti gli Operatori
N° 1 corso di formazione rivolto a tutti gli Operatori
Periodicità annuale all'interno della formazione specifica ex DLvo 81/08; mediamente 100 operatori / anno.
Edizioni annuali di corsi De-escalation, circa 300 addetti. allegati: procedura aziendale DVR PA SPP01, procedura aggressioni 2014 AADS 106, Protocollo prefettura 2016, protocollo sicurezza in pronto soccorso, scheda prevenzione atti di violenza SMPD 19, progetto formazione De-escalation, questionario-intervista posto evento critico da aggressione
FAD attualmente in corso. Al momento hanno concluso il corso 553 operatori
Circa n. 200 operatori del Pronto Soccorso e delle REMS.
2017 per 50 persone; 2018 per 170 persone.
Personale di pronto soccorso generale e pediatrico.
Biennale, circa 2000 persone
Periodicità annuale infermieri n.182 medici n.14, personale di supporto n.42
Annuale. Sono stati organizzati dei corsi di formazione per operatori delle aree considerate a rischio.
Sono state fatte diverse edizioni.
Tecniche di de Escalation per personale amministrativo; in partenza progetto formativo in collaborazione con ordini professionali
Tutti gli operatori ritenuti più esposti al rischio.
La formazione viene effettuata in modo sistematico nei Dipartimenti di Emergenza e di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (Psichiatria e Sert).
Annuale.
Nell'ambito dei corsi per gli operatori di triage è stata prevista ed attuata attività formativa, tenuta da uno psicologo, per la gestione delle situazioni critiche

In programma.
2014 personale front office (42 persone). 2015 personale front office (23 persone). 2014 personale PS e DEA (30 persone). 2017 personale strutture territoriali DSMD (42 persone)
Due edizioni all'anno, circa 250 operatori formati.
Annuali, per tutti i neoassunti - coinvolti circa 100 operatori all'anno.
Annuale, per tutti i neoassunti, 300 circa.
Annuale a tutti gli operatori (corsi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro)
Il rischio Clinico Strumenti Operativi e Gestionali nel PTV (Raccomandazioni Ministeriali) Anno 2016: 3 edizioni= 133 operatori. Anno 2017: 2 edizioni = 51 operatori. Workshop per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza sugli Operatori Sanitario Anno 2018: 2 edizioni già effettuate - altre 5 da realizzare. Patient safety walk around : Le raccomandazioni Ministeriali Anno 2018: da effettuare.
Valutazione dei rischi e gestione degli episodi di violenza e aggressività: apprendere dall'esperienza. Anno 2016: 46 partecipanti; anno 2017: 102 partecipanti; anno 2018: 61 partecipanti. Sono previste altre edizioni per l'anno in corso. Valutazione dei rischi e gestione degli episodi di violenza e aggressività nelle cure intermedie: apprendere dall'esperienza. Anno 2017: 52 partecipanti.
Annuale, 200 operatori
Sono stati realizzati incontri con il personale dei PS in collaborazione con DSM coinvolgendo circa 100 operatori l'anno 2017. Per il 2018 sono previste 10 edizioni di corsi di aggiornamento sul risk management in cui è trattato anche il tema delle aggressioni, che vedrà coinvolti circa 250 operatori.
Corso formazione quest'anno, 400 dipendenti circa.

2. COSA EMERGE DALLE RISPOSTE DELLE 60 AZIENDE. UNA SINTESI

2.1. RAFFORZARE LA COMUNICAZIONE

Al di là delle possibili modifiche strutturali a protezione degli operatori, il dato che emerge con forza è un'azione di comunicazione molto ridotta nei confronti dei cittadini utenti dei servizi sanitari.

Le azioni di comunicazione che le strutture sanitarie hanno adottato sono diffuse e pubblicate soprattutto su e con strumenti interni (delibere, intranet, ecc.). Quando sono rivolte ai cittadini è per dire: "Attenzione, non andare oltre perché prenderemo provvedimenti!".

Il Pronto soccorso è forse rimasto l'unico servizio che eroga prestazioni indipendentemente dall'ora e dalla stagione (anzi, in alcune stagioni, causa i picchi influenzali, le prestazioni e gli accessi aumentano). Per evitare che questo servizio, in particolare, diventi un fortino sotto attacco è necessaria una riflessione sul tipo di messaggio che va veicolato al cittadino.

Probabilmente occorre uscire all'approccio "Non parlare al conducente" per arrivare a qualcosa di più vicino a "Stiamo lavorando per voi facendo queste cose: a) b) c)".

Tuttavia, i dati che emergono dalla rilevazione fanno pensare che la Raccomandazione ministeriale n.8, in questi dieci anni, è stata in gran parte applicata.

Se oggi si immaginasse una evoluzione di quella Raccomandazione, questa si dovrebbe concentrare con maggiore attenzione sugli aspetti relativi alla comunicazione e informazione.

Una maggiore e mirata comunicazione tra SSN e pazienti/familiari è stato da sempre uno dei cardini delle azioni dei movimenti dei cittadini (uno per tutti il Tribunale per i diritti del Malato). Nonostante questo, dopo decenni di lotte, si è creato – paradossalmente – un vuoto di comunicazione maggiore tra paziente e operatore. E far fronte a questo vuoto non è più solo una questione di democrazia ma una funzione connessa all'erogazione del servizio.

In una società “immersa” nell’informazione (troppo spesso anche di tipo “fake”), la creazione di “vuoti” può portare a far degenerare alcune situazioni. E’ necessario, quindi, individuare forme di interazione che non interrompano il flusso informativo tra paziente/familiare e operatore della sanità.

2.2. COSA E COME CONTIAMO

In questi ultimi mesi, con l’incremento delle aggressioni agli operatori sanitari, diverse Associazioni professionali hanno svolto indagini presso i propri Associati per sondare le dimensioni del problema. E i dati diffusi sono stati diversi ma sempre comunque allarmanti.

Nell’indagine effettuata da Federsanità ANCI i destinatari delle domande sono state le Aziende sanitarie in quanto soggetti tenuti a garantire la sicurezza dei propri operatori nel rispetto delle normative vigenti sulla sicurezza e di quanto contenuto all’interno della Raccomandazione del 2007.

In ogni caso le stime sulle dimensioni del fenomeno delle aggressioni restano approssimative. E questo accade, in prima battuta, per due ordini di fattori.

Da una parte è necessario che qualcuno denunci l’aggressione – sia essa verbale che fisica – e, quindi, che qualcuno ritenga opportuno registrare tale segnalazione.

Solo censendo ed esaminando tutte le informazioni si può capire cosa stia succedendo, cosa è legato ad un mutato approccio dei cittadini nei confronti degli operatori sanitari e cosa, invece, è frutto – seppure da condannare – di situazioni spazio-temporali inaccettabili.

Dall’altra, mentre per le aggressioni fisiche il metro è abbastanza uniforme sul territorio, per quanto riguarda quelle verbali, bisognerebbe definire cosa si intende per aggressione verbale nei diversi contesti.

Una prova di questo diverso modo di “pesare” le parole sono alcune risposte che danno per scontati alcuni atteggiamenti verso la struttura e gli operatori sanitari tanto da non ritenere necessario il loro censimento. E tuttavia, molto spesso, le aggressioni verbali sfociano in una possibile aggressione fisica.

2.3. *NON ABITUARSI ALLA VIOLENZA*

Questa carenza di “metro e misura” determina a volte situazioni paradossali anche nella lettura di alcune delle schede restituite.

Infatti, è possibile che alcune situazioni geografiche notoriamente “poco aggressive” riportino un alto numero di aggressioni fisiche e verbali mentre altre situazioni, note per le numerose aggressioni e/o fatti di cronaca, riportano numeri poco significativi.

Questa disparità può far pensare che sicuramente c'è una minore propensione alla registrazione dell'aggressione ma anche – fatto più grave – che si stia consolidando una sorta di abitudine alla violenza.

3. COSA SI FA E COSA SI POTREBBE FARE

3.1. *COSA SI È PROPOSTO.*

Le proposte degli ultimi mesi, sulla scia dei numerosi eventi violenti, sono spesso legate alla reazione immediata che si può avere davanti ad un crimine: il richiamo alla presenza costante e visibile della forza pubblica, legittimata e in grado di contenere il fenomeno.

Purtroppo, l'esperienza insegna che gli ospedali non sono luoghi che possano essere militarizzati perché, forse, tra tutti i luoghi pubblici, sono quelli maggiormente "aperti" ai cittadini. Peraltro, anche gli ospedali dove è presente un posto interno di polizia non sono indenni da aggressioni.

Va da sé che la presenza di militari all'interno dell'ospedale non solo non ferma i soggetti violenti ma riporta la sanità pubblica all'antica associazione con la gestione dell'ordine pubblico e limiterebbe in qualche modo anche l'accesso ai servizi da parte di persone *border line* con conseguenti rischi per la salute pubblica.

La stessa situazione si riproporrebbe anche nei casi delle postazioni delle cosiddette "guardie mediche" (continuità assistenziale), tra le più vessate da atti di violenza inaudita. Infatti, anche in questo caso le soluzioni che si stanno praticando di più sembrano essere quelle di una presenza degli operatori almeno in coppia e quella, sempre più utilizzata, di portare la postazione all'interno o vicino ad altre strutture pubbliche più frequentate o più tutelate.

L'altra soluzione proposta è quella relativa ad una legge riguardo al riconoscimento del medico quale pubblico ufficiale, riconoscimento che anche il medico di base e quello l'accreditato, essendo funzionari di fatto (che esercitano funzioni pubbliche senza alcuna investitura) è già ora effettivo. Si tratta, infatti, di soggetti che agiscono in qualità di pubblico ufficiale perché con il beneplacito della pubblica amministrazione.

Si è parlato anche di inasprimento delle pene e, tuttavia, l'inasprimento delle pene – per molti reati – non ha portato immediatamente alla soluzione del problema.

Allora che fare?

3.2. COSA SI PUÒ PROPORRE

3.2.1. Far emergere ed analizzare i fenomeni di violenza.

Esaminare gli atti violenti che si sono verificati, come si sono evoluti e quale è stato l'evento scatenante.

In ogni caso, occorre lavorare per invertire la rotta di una "normalizzazione della violenza".

Riprendendo il sottotitolo della Raccomandazione ministeriale "*Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione*" è necessario verificare di cosa sono eventi sentinella, qual è l'iceberg la cui punta è visibile attraverso la violenza esercitata.

Pertanto, la segnalazione, la registrazione e l'analisi di ogni atto violento verbale e fisico, rappresentano un modo per definire soluzioni atte a limitare le aggressioni stesse.

Questo vuol dire che ci deve essere un invito a tutti gli operatori, da parte delle Direzioni generali delle strutture, a segnalare con gli strumenti predisposti ogni singolo atto di violenza verbale e fisica.

Solo la "mappatura" di questi fenomeni può dare informazioni più precise sulle soluzioni da adottare sia sul fronte delle modifiche strutturali sia su quello dell'adeguamento dei contenuti delle iniziative formative rivolte agli operatori della sanità.

3.2.2. Lavorare sugli spazi e sui tempi all'interno delle strutture sanitarie. Anche dal punto di vista del cittadino.

E' necessario lavorare sui tempi e sugli spazi delle strutture sanitarie non solo per quello che riguarda l'organizzazione interna e la correttezza delle procedure. La percezione che si ha del tempo e dello spazio in un ospedale è assolutamente diversa tra un cittadino (paziente e/o familiare) da quella che ha un operatore che lavora nello stesso luogo. E le azioni messe in campo nelle sale di attesa elencate al punto 12 del questionario ne sono un esempio.

D'altra parte, se si guarda al Servizio sanitario nazionale e alle sue modalità di erogare servizi, negli ultimi venti anni il tempo che il cittadino impiega in azioni di carattere sanitario si è incredibilmente contratto.

Le persone più anziane ricordano permanenze di un mese per una appendicectomia in assenza di telefono e comunicazioni. Ora ci sono i DRG, gli smartphone, un universo di siti web e di trasmissioni TV su tematiche di salute e nessuno ha voglia di “trascorrere” più tempo del dovuto (o di quello supposto perché letto su qualche sito specializzato) all’interno di una struttura sanitaria.

E tuttavia, l’assenza di informazione su quello che accade dietro le porte di un Pronto soccorso genera un tipo di stress di gran lunga superiore a quello a cui si era sottoposti decenni addietro. E questo non certo per gli operatori sanitari (che hanno certamente migliorato e velocizzato le procedure di intervento) ma proprio a causa di quel processo che ha cambiato il rapporto del cittadino nei confronti dei servizi sanitari, delle tempistiche e dei suoi operatori.

Pertanto, il tempo e l’informazione, come la cura dei luoghi dove si attende, sono fattori determinanti nel contenere lo stress.

3.2.3. Coinvolgere e responsabilizzare la Comunità.

Molte strutture sanitarie hanno avuto incontri con le forze dell’ordine e con questi, alcuni, hanno fatto accordi di collaborazione.

In altri casi gli accordi hanno riguardato le associazioni di volontariato esistenti (o create ad hoc come “Gli amici del Pronto soccorso”), per avere la presenza di volontari in Pronto soccorso o presso le sedi di Continuità assistenziale, per avere la presenza di volontari (o anche steward) capaci di informare, di fare da trait d’union tra l’attesa e l’area sanitaria, di gestire lo stress in sala.

Infine, in alcune zone sono stati organizzati incontri e accordi con gli Enti Locali per decidere la collocazione più adeguata e sicura della sede di continuità assistenziale.

Il senso di questi incontri della struttura sanitaria verso l’esterno è quello di una sorta di invito alla Comunità - dove insiste la struttura sanitaria - a responsabilizzarsi coinvolgendo che i vari soggetti che possono incidere sulla sua sicurezza.

Tale coinvolgimento deve essere parte di un processo di comunicazione che rende ragione di quanto si è costruito in questi 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale, di come Pronto soccorso e Guardia medica (cosiddetta) non sono solo luoghi fisici ma anche l’ancora di salvezza in situazioni di emergenza.

Luoghi a cui nessun cittadino, ormai, si sente di poter rinunciare e nei confronti dei quali ogni cittadino è tenuto a rivolgersi con educazione e rispetto.

3.2.4. Spiegare che a volte è possibile che si debba aspettare e che, per quanto eccellente, la sanità non può tutto.

Uno dei “miti” che si è costruito intorno alla sanità degli ultimi anni è che ormai essa può tutto. Per questo motivo qualcuno si stupisce anche del 99enne deceduto in Pronto Soccorso nonostante avesse fatto il vaccino anti-influenzale...

L’altro aspetto, collegato a questo, è che l’errore fa parte delle azioni: chi non fa non sbaglia e chi non tenta l’impossibile non può fare “il miracolo”. In sostanza, i fattori che determinano la buona riuscita di un atto sanitario sono molti ma spesso quello di cui si è convinti, in un eventuale contatto con la sanità, è che è certo che se uscirà assolutamente presto e guariti. E a volte questo non accade.

Occorre, quindi, ristabilire un po’ di verità sul fatto che anche in una sanità di eccellenza, con tutti i farmaci innovativi e i migliori macchinari, si può morire. Che, nonostante le capacità dei professionisti, ci sono condizioni di non ritorno che non sono attribuibili all’incapacità e/o all’incuria di un operatore sanitario.

Certamente per “sfatare il mito” occorre impegnarsi in un lavoro di comunicazione importante, in grado di rassicurare il cittadino sulle capacità del SSN e dei suoi professionisti ma anche di restituire a questi la loro funzione: la cura e, se possibile, la guarigione. I miracoli no, quelli appartengono ad altre sfere.

3.2.5. Prendersi cura dei professionisti vittime di violenza

La violenza contro gli operatori della sanità non è solo un evento sentinella di disagio e di malfunzionamento della relazione tra cittadini e servizi sanitari. Essa rappresenta anche un danno in termini innanzitutto umani, in seconda istanza anche professionali e sociali: spesso gli operatori che hanno subito violenza ne risultano in qualche modo traumatizzati e ancora troppo raramente le strutture sanitarie attivano percorsi specifici di recupero e di riabilitazione.

A parte i casi in cui la violenza comporta sequele fisiche e/o psicologiche (ad es. Sindrome da Stress Post-Traumatico) che richiedono trattamenti terapeutici tempestivi, i percorsi di recupero non devono essere immaginati per forza da subito “medicalizzati”: bisogna sperimentare ed individuare buone pratiche organizzative che attivino risorse anche interne finalizzate al prendersi cura del professionista vittima di violenza per ristabilire la fiducia e l’identificazione nel proprio lavoro, per riavere accesso al proprio patrimonio di competenze e conoscenze e riandare incontro al paziente e all’assistenza senza più paura.