

## **Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità Senato della Repubblica**

### **Disegno di Legge n. 867 recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”**

*Illustre Presidente e illustri componenti della Commissione*, vi ringrazio per l’invito a partecipare a questa audizione. Come presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma, il più grande d’Europa con oltre 40 mila iscritti, nel maggio scorso, nel corso di un incontro con la stampa ho avuto modo di presentare dei dati relativi al fenomeno oggetto di questa audizione: il problema delle aggressioni ai medici e al personale sanitario in servizio.

Fenomeno che da medico, segretario di un sindacato di categoria (gli specialisti ambulatoriali), e presidente di Ordine, mi colpisce ancor di più in maniera particolare perché un atto di violenza va ad incidere sull’alleanza terapeutica facendo perdere quello che è il rapporto di cura con il paziente, che è il cardine della nostra professione.

#### **Come nasce un’aggressione ad un medico?**

Riprendendo i dati a cui facevo riferimento in premessa possiamo individuare 8 campanelli d’allarme:

- 1) lunghe attese nelle zone d’emergenza o aree cliniche, con aumento della frustrazione in pazienti e accompagnatori;
- 2) mancanza di formazione del personale medico-sanitario nel riconoscimento e controllo di comportamenti ostili e aggressivi;
- 3) diffusione del fenomeno di abuso di alcol e droga;
- 4) scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle infrastrutture;
- 5) accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- 6) aumento di pazienti con disturbi psichiatrici dimessi da strutture ospedaliere e residenziali;
- 7) servizi d’assistenza in luoghi isolati (es. presidi territoriali di emergenza) senza mezzi di segnalazione
- 8) personale ridotto nei momenti di maggiore attività (trasporto di pazienti, visite, esami diagnostici).

#### **I luoghi delle aggressioni - anno 2017**

Con riferimento all'anno 2017, dati Inail, i luoghi "preferiti" per le aggressioni sono i Pronto Soccorso, gli ambulatori, i 118 e via di seguito le altre strutture.

456 al Pronto soccorso;  
400 nei reparti di degenza;  
320 negli ambulatori;  
72 negli ambulatori SPDC;  
62 in terapia intensiva;  
41 aggressioni al 118;  
37 in assistenza domiciliare;  
20 in case di riposo;  
11 nei penitenziari.

### **Tipologia delle aggressioni**

Se andiamo a vedere la tipologia il 60% degli atti di violenza sono state minacce verbali, il 20% percosse, nel 10% si è fatto ricorso a corpi contundenti, coltelli, pistole, il restante 10% si è risolto in atti vandalici.

### **Chi è l'aggressore**

Nella maggior parte dei casi, il 49,28%, è un paziente, nel 30,62% un parente, nell'8,13% curiosamente un utente casuale e infine nel 11,96% è sia un parente che un paziente.

### **Percezione del fenomeno**

Il 72% degli interpellati ritiene che il fenomeno delle aggressioni è in aumento. Per l'8% degli interpellati è in forte aumento, per il 18% è stabile, mentre infine soltanto per il 2% è in regressione.

### **Prognosi dopo aggressione**

Per fortuna la frequenza maggiore, 32%, dei casi di aggressione si risolvono con prognosi di tre giorni. Ci sono poi prognosi di sette giorni, 25,3% dei casi e via via crescendo:

18,67% quindici giorni di prognosi  
10,67% trenta giorni di prognosi  
5,3% sessanta giorni di prognosi  
2% novanta giorni di prognosi  
6% oltre tre mesi di prognosi

### **Giornate lavorative perse**

le giornate lavorative perse per atti di aggressione sono in continuo aumento dal 2014 che ne segnate 1522 al 2017 che ne ha viste perse 3783, con relativo danno economico al Ssn.

2014 - 1522 g; 2015 - 2397 g; 2016 - 3140 g; 2017 - 3783 g.

## **Costi annui aggressioni**

Ovviamente anche le aggressioni a danno degli operatori sanitari hanno un costo che si riverbera sulla collettività in particolare, sempre l'Inail ha registrato che nel 2014 il costo a carico SSN è stato di 11.981.184,00,  
2015 costo a carico SSN 18.869.450,00  
2016 costo a carico SSN 24.718.080,00  
2017 costo a carico SSN 30.056.750,00. Quindi possiamo dire che nel periodo 2014-2017 le spese sono quasi triplicate passando da oltre 11 milioni arrivando a superare i 30 milioni di euro

Ultimo elemento che a mio avviso può essere utile alla comprensione del fenomeno per prevedere idonei strumenti di prevenzione è la **fascia oraria delle violenze**. Il momento più pericoloso va dalla mezzanotte alle 6 del mattino, in quella fascia si registra il 65% delle aggressioni, a seguire dalle 20:00 – 0.00 con il 20% di aggressioni e infine dalle 6:00 – 20:00, dove gli atti di violenza sono stati il 15%.

In ordine al provvedimento oggetto di questa audizione, ovvero il disegno di legge n. 867 recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”, come considerazione preliminare valuto positivamente l’iniziativa del ministro della Salute, on. Giulia Grillo, in quanto dimostra interesse e sensibilità verso quella che per noi medici è diventata vera e propria emergenza.

Il fenomeno però, come dall’illustrazione dei dati ho cercato di dimostrare, è decisamente complesso perché generato da problemi di carattere organizzativo quali possono essere le lunghe attese, che generano frustrazione nei pazienti e negli accompagnatori, la mancanza di formazione del personale medico-sanitario nel riconoscimento e controllo di comportamenti ostili, ma anche l’alleanza medico-paziente che è saltata perché quest’ultimo, il paziente, ha delle aspettative, che a volte si scontrano con la realtà, e che se deluse possono generare sentimenti di dolore, frustrazione e rabbia che purtroppo in alcuni soggetti vengono canalizzate in atti di violenza sugli operatori.

## **Osservazioni e proposte**

Il problema delle aggressioni agli operatori sanitari avrebbe bisogno di una risposta complessa con investimenti importanti, su tutto il territorio nazionale, perché dovrebbe prevedere guardie giurate preparate nelle strutture che siano i Pronto Soccorso, piuttosto degli ambulatori, o del 118 e via dicendo; ma dovrebbe prevedere anche interventi di edilizia sanitaria per fare in modo che non ci siano zone cieche o buie, in grado di diventare possibili scenari per aggressioni, come parcheggi, corridoi poco illuminati. Allo stesso modo i presidi

di guardia medica dovrebbero stare in ambienti protetti per garantire l'incolumità del personale che vi lavora e via dicendo.

Misure efficaci dovrebbero prevedere la procedibilità d'ufficio da parte delle Aziende Sanitarie. Questa misura sarebbe vista come strumento di tutela nei confronti del sanitario che spesso, per paura, non denuncia. Inoltre le Aziende sanitarie dovrebbero costituirsi parte civile nei processi di aggressione con il proprio personale in quanto le aziende sanitarie sono le responsabili della sicurezza dei propri dipendenti.

Per questo ritengo che l'Articolo 2 del ddl (Circostanze aggravanti) sia insufficiente se prevede la semplice aggravante integrazione dell'art. 61 del codice penale per chi commette violenza o minaccia operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni.

Di maggior efficacia, ripeto, sarebbe la procedibilità d'ufficio da parte delle Aziende Sanitarie. In questo modo le vittime verrebbero sollevate dall'onere di denunciare i loro aggressori. Elemento questo che può rappresentare un pesantissimo condizionamento psicologico per la paura di subire ritorsioni. Il più delle volte infatti, il medico aggredito non denuncia per vergogna, per rassegnazione, ma anche per paura, se minacciato dagli aggressori.

Grazie per l'attenzione che mi avete riservato

**Antonio Magi**, *Segretario generale Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana e professionalità dell'area sanitaria (SUMAI Assoprof), Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma.*