

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale
2021

Soggetto erogatore: ECOLE

Codice corso: 2101/BE

**Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare
il benessere dei professionisti e l'efficacia delle
prestazioni sanitarie**

Piera Antonelli
Emanuela Maria Grazia Ghinaglia
Giovanni Maria Gillini
Carmen Tereanu

Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo



PROJECT WORK

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale

ECOLE

2101/BE

GLI AUTORI

Piera Antonelli, dirigente medico, Istituto Clinico Città di Brescia di Istituti Ospedalieri Bresciani Spa,
email: piera.antonelli@grupposandonato.it

Emanuela Maria Grazia Ghinaglia, dirigente medico, ASST Cremona, email:
emanuela.ghinaglia@asst-cremona.it

Giovanni Maria Gillini, dirigente sociologo, ATS di Brescia, email: giovanni.gillini@ats-brescia.it

Carmen Tereanu, dirigente medico, ATS Bergamo, email: carmen.tereanu@ats-bg.it

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Gianluca Vago, Professore Ordinario di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

INDICE

INDICE.....	5
INTRODUZIONE.....	7
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO	15
METODOLOGIA ADOTTATA	17
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	19
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	20
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	58
CONTRIBUTO PERSONALE	59
RISULTATI ATTESI.....	60
CONCLUSIONI	63
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	65
BIBLIOGRAFIA	67
SITOGRAFIA	69
ALLEGATO.....	71

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

INTRODUZIONE

I fenomeni di aggressività negli ambienti sanitari rappresentano preoccupanti manifestazioni di conflittualità, negativa sia per le conseguenze dirette sulle persone coinvolte, con rischi per la sicurezza degli operatori sanitari e degli utenti dei servizi, sia per le implicazioni relative alla organizzazione dei servizi stessi: da un lato, problemi strutturali e organizzativi possono aumentare i rischi di aggressioni, dall'altro, le aggressioni stesse possono generare ripercussioni negative sulle strutture del sistema sociosanitario, in termini di sofferenza personale degli operatori, vandalismi verso le strutture, stress organizzativo e danni per l'immagine dei professionisti e delle aziende.

Il Ministero della Salute ha riconosciuto la violenza sull'operatore sanitario un evento sentinella e nel 2007 ha emanato la Raccomandazione n. 8 in materia di "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari". Questa Raccomandazione intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi con lo scopo di anticipare gli atti di violenza e di diminuirne le conseguenze negative. Molto spesso l'evento violenza mette in evidenza possibili carenze culturali, organizzative e gestionali che devono essere affrontate e valutate con attenzione.

In una prospettiva più ampia, questa tipologia di eventi deve essere considerata sia come un problema di sicurezza delle cure e di gestione del rischio clinico che di sicurezza degli operatori, in una visione integrata del rischio nelle attività clinico-assistenziali e nelle strutture sanitarie. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano infatti anche un problema di sicurezza del lavoro, che va affrontato secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni e integrazioni, in materia di "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro". In questo contesto la valutazione del rischio deve individuare gli elementi relativi all'ambiente ed alle tecnologie con cui si svolge l'attività sanitaria, con gli aspetti più strettamente psicosociali collegati alle professioni sanitarie.

Considerata la netta prevalenza del sesso femminile tra le vittime di violenza nei contesti sanitari e la stretta relazione tra il fenomeno e i fattori legati al benessere organizzativo, la prospettiva deve comprendere anche l'ottica della parità e delle pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing. Tali aspetti rientrano tra le competenze dei Comitati Unici di Garanzia, istituiti ai sensi dell'articolo 57 del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 in materia di "Norme generali sull'Ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche". Si tratta di comitati paritetici costituiti all'interno delle amministrazioni pubbliche con compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di pari opportunità e di benessere organizzativo.

Si comprende pertanto come il contrasto alla violenza verso gli operatori sanitari rappresenti una questione strategica per le organizzazioni sanitarie e una sfida irrinunciabile per il funzionamento e lo sviluppo del nostro sistema sanitario.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Analizziamo gli aspetti generali, epidemiologici e normativi del problema, nonché alcuni aspetti emergenti per la prevenzione e la gestione del fenomeno.

1.1 Definizione e tipologie di violenza

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce violenza "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione" (World Health Organization, 2002). Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Per violenza si intendono "tutti quegli atti e quegli abusi che umiliano, degradano o danneggiano il benessere o la dignità di una persona". Il termine violenza è un'accezione generica, che richiama una forma di comportamento o azione negativa nelle relazioni tra due o più persone caratterizzata da aggressività, che a volte è ripetuta e talvolta inaspettata.

La violenza si manifesta in forma sia fisica sia psicologica e spesso le due modalità si sovrappongono, rendendo molto difficile definire i confini tra l'una e l'altra. Infatti violenza fisica e violenza psicologica sono correlate, poiché ogni azione o comportamento violento provoca conseguenze negative anche sul versante psicologico e viceversa. Nel parlare di violenza correlata al lavoro o violenza sul posto di lavoro, ci si riferisce a tutti gli episodi, sia alle molestie sia agli incidenti in cui gli operatori vengano fatti oggetto di abusi, minacce, aggressioni o comportamenti e azioni offensive in situazioni correlate al loro lavoro.

Per descrivere il fenomeno è utile considerare sia il ruolo delle vittime che quello degli aggressori. All'interno dei luoghi di cura, la violenza a danno degli operatori sanitari, in genere medici o infermieri, è messa in atto da parte di pazienti, familiari, caregiver o visitatori (violenza di terza parte). La violenza può essere inoltre commessa da altri operatori (bullismo, mobbing, eccetera).

Tabella 1.1: Tipo di violenza sul luogo di lavoro secondo il tipo di aggressore

	Descrizione	Esempio
I	Chi perpetra la violenza non ha legami con il luogo di lavoro o con i lavoratori	Persona con intenti criminali che esegue una rapina a mano armata
II	Chi perpetra la violenza è un paziente o un visitatore o un fornitore o un lavoratore	Un paziente intossicato prende a pugni un'infermiera
III	Chi perpetra la violenza è un lavoratore o un ex lavoratore di quella struttura	Un dipendente licenziato di recente assale il suo capo
IV	Chi perpetra la violenza ha una relazione personale con il lavoratore ma nessun legame con il luogo di lavoro	Un ex marito assale la ex moglie sul suo luogo di lavoro

Fonte: Maria Rosa Valetto, Antonella Cappabianca (FNOMCeO).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

L'OMS e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) hanno convenuto su una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: "Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute" (OIL, 2019).

Vengono distinti due aspetti del fenomeno: violenza fisica e violenza psicologica, quest'ultima per molto tempo sottostimata come rilevanza e frequenza.

La violenza fisica si identifica con "l'uso della forza fisica contro una persona o un gruppo che esiti in una lesione fisica, sessuale o psicologica". La violenza psicologica comporta "l'impiego intenzionale della forza, comprese le minacce del ricorso alla forza fisica, contro una persona o un gruppo che esiti in un danno fisico, mentale, spirituale, morale o sociale" (OIL, 2019).

OIL fa anche una distinzione tra violenza esterna, che si verifica tra i dipendenti e qualsiasi altra persona presente sul posto di lavoro (pazienti, familiari, visitatori, fornitori) e violenza interna, che si verifica tra i lavoratori, compresi i dirigenti. OIL distingue inoltre bullismo e mobbing. Il bullismo costituisce un comportamento offensivo attraverso atteggiamenti che mirano a danneggiare un individuo o gruppi di dipendenti. Bullismo è il termine utilizzato in situazioni in cui c'è un solo esecutore, mentre mobbing è il termine utilizzato per descrivere situazioni in cui qualcuno è trattato negativamente da un gruppo di persone. Il mobbing coinvolge quindi un gruppo di lavoratori che si coalizzano contro un dipendente, sottoponendo quella persona a molestie psicologiche.

Per atti di violenza si devono intendere perciò tutte le seguenti forme:

- Violenza fisica, intesa a danneggiare o ferire
- Violenza verbale, intesa ad offendere o criticare
- Molestie, anche di tipo sessuale
- Danni a cose.

I fenomeni di aggressività sul lavoro risaltano solo quando si verificano con azioni di particolare gravità, mentre passano in secondo piano atteggiamenti dall'impatto immediato più contenuto, ma rilevanti per gli effetti di medio lungo periodo sia per l'individuo che per l'organizzazione, che sono rappresentati fondamentalmente dal tono della voce, dalla gestualità, dalle minacce implicite o dal sarcasmo, e che possono essere premonitori di fenomeni molto più gravi.

Nella tabella 1.2 vengono schematizzati alcuni termini comunemente utilizzati per riferirsi agli atti violenti e le loro definizioni:

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tabella 1.2: Termini utilizzati in tema di violenza e definizione

	Definizione
Abuso	Comportamento caratterizzato da un uso illegittimo e/o eccessivo della potenza fisica e psicologica che umilia, degrada o indica comunque una mancanza di rispetto per la dignità e il valore di una persona. Comprende molestie, bullismo e mobbing.
Aggressione/ attacco	Comportamento intenzionale che provoca un danno fisico. Comprende anche l'aggressione sessuale.
Bullismo/ mobbing	Comportamento ripetitivo e offensivo che si avvale di tentativi vendicativi, crudeli o malevoli di umiliare o ferire una persona o un gruppo di lavoratori. Si configura come una forma di molestia psicologica continua attuata attraverso osservazioni o critiche ingiustificate, costanti e negative, isolamento della persona dai contatti sociali, pettegolezzo o diffusione di informazioni false.
Minaccia	Avvertimento del ricorso alla forza fisica o psicologica che determina la paura di lesioni fisiche, sessuali, psicologiche o di altro tipo.
Molestia	Comportamento rivolto contro aspetti della persona come età, disabilità, stato HIV, situazione domestica, sesso, orientamento sessuale, cambiamento di sesso, etnia, colore della pelle, lingua, religione, orientamento politico, adesione a sindacati, o altra opinione o credo, nazionalità o provenienza sociale, appartenenza a una minoranza, patrimonio, nascita o altro status che sia non gradito o indesiderato e che comprometta la dignità di un uomo o di una donna sul luogo di lavoro.

1.2 Diffusione del fenomeno a livello internazionale e nazionale

Dai numerosi dati disponibili emerge che qualsiasi luogo di lavoro può essere sede di episodi di violenza, ma i contesti sanitario e sociosanitario sono quelli più a rischio.

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense (Bureau of labor statistics, 2009) indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3:10.000, contro un valore di 2:10.000 per i lavoratori delle industrie del settore privato. Molti di questi episodi avvengono all'interno di ospedali e strutture territoriali, in primo luogo nei servizi per la tossicodipendenza, nei centri di salute mentale, nelle strutture residenziali e sociali.

Uno degli studi più ampi disponibili sull'argomento è un lavoro del 2014 (Spector et al., 2014) che ha analizzato i dati su oltre 150.000 infermieri appartenenti a centosessanta Centri sanitari nel mondo. Da questo studio è emerso che in media circa un terzo degli infermieri ha subito violenza fisica, e circa due terzi violenza psicologica o verbale; nessun contesto lavorativo è esentato da atti di violenza, anche se esistono situazioni a rischio più elevato. In questo studio si evidenzia una notevole differenza per area geografica, con una maggiore frequenza nei paesi anglosassoni ed una frequenza minore in Europa.

Joint Commission è una organizzazione non governativa attiva da oltre settantacinque anni nel campo del miglioramento della qualità e della sicurezza nei servizi sanitari; rappresenta l'ente di accreditamento in sanità più grande e con più esperienza al mondo. Joint Commission riporta dal gennaio 1995 al dicembre 2006 un numero complessivo di centoquarantuno eventi sentinella legati ad aggressione, violenza ed omicidio (Joint Commission, 2006).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Anche in Italia il fenomeno è sempre più diffuso. Il quinto ed ultimo rapporto sul "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella" (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2009) del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), pubblicato ad aprile 2015 raccoglie i dati relativi agli eventi segnalati dalle strutture sanitarie e validati dalle Regioni e dal Ministro della Salute dal 2005 fino al 31 dicembre 2012: gli atti di violenza a danno di operatori sanitari sono al quarto posto, con un numero di casi pari a centosessantacinque, che rappresentano il 8,6% di tutte le segnalazioni. Il numero assoluto suggerisce la presenza di una cospicua sottotitola.

Nel periodo 2015-2019, in Sanità e Assistenza Sociale sono stati quasi 11.000 i casi in occasione di lavoro accertati positivamente dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e classificati secondo la codifica European Statistics on Accidents at Work (ESAW) secondo i criteri dal numero ottanta (sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia) al numero ottantacinque (pericolo per sé o per altri), con una media di oltre 2.000 casi l'anno ed un andamento stabile, in particolare nell'ultimo triennio.

Secondo il rapporto Inail al 30 settembre 2020 (Inail, 2020), se in generale nella gestione Industria e Servizi l'incidenza degli infortuni da violenza ed aggressione è pari al 3% dei casi in occasione di lavoro accertati positivamente, in Sanità tale quota si triplica, raggiungendo il 9% del settore, praticamente un infortunio su dieci. Il 41% dei casi è concentrato nell'assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, ecc.), il 31% nei Servizi di Assistenza Sociale residenziale (case di riposo, centri di accoglienza, ecc.) ed il 28% nell'Assistenza Sociale non residenziale.

I dati delle indagini Nursind riportano rilevazioni effettuate nel 2013 (Nursind, 2013) e nel 2017 (Nursind, 2017) tramite un sondaggio cui hanno aderito spontaneamente quasi 1.700 operatori nella prima indagine ed oltre 5.000 nella seconda, per circa il 90% infermieri; le indagini mostrano un aumento delle aggressioni riferite, che sono passate in termini assoluti da 2.532 a 6.053 ed un incremento relativo del 30% circa negli ultimi due anni. Nell'ultima rilevazione l'aggressione è verbale nel 48,1% dei casi, verbale e fisica nel 45,5% e fisica nel 6,4%. Riguardo l'aggressore, la violenza è messa in atto da un paziente nel 40,1% dei casi, da un parente nel 34,3%, da entrambi nel 17% e da un utente casuale nel 8,6%.

In una indagine condotta da Anaa Assomed nel 2018 su 1.280 medici (Anaa Assomed, 2018), il 65% dei partecipanti ha dichiarato di essere stato vittima di aggressioni; di questi, il 66,2% riferisce aggressioni verbali mentre il 33,8% aggressioni fisiche, con dati ancora più alti nel Sud e nelle Isole. I medici più a rischio sono quelli che lavorano in Pronto Soccorso e 118 con violenze subite dall'80,2% dei rispondenti. Rispetto alle aggressioni fisiche, particolarmente colpiti sono i medici dei reparti di psichiatria e Sert (il 34,1% di tutte le aggressioni fisiche) ed i medici di Pronto Soccorso e 118 (il 20,3% di tutte le aggressioni fisiche). I dati si confermano in una successiva indagine effettuata nel 2020 (Anaa Assomed, 2020).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Un aspetto separato è quello della violenza tra colleghi, indicata anche con il termine di violenza interna. La frequenza riportata da alcuni studi è allarmante: intorno al 30% per gli episodi tra infermieri, al 40% per quelli di medici nei confronti di infermieri, con punte che arrivano al 70% secondo altri studi.

All'interno di questo campo è diffuso il bullismo, una particolare forma di violenza che si caratterizza per essere nascosta, reiterata e persistente e per il fatto di toccare elementi personali e professionali della vittima compresi giudizi sulle competenze. È esercitata in forma di insulti, pettegolezzi o calunnie. I dati del progetto europeo NEXT effettuato nel 2008 riportano una frequenza media in Europa del 3,6%, con il massimo in Polonia (8,9%) ed il minimo in Finlandia (1,6%) e Norvegia (1,0%). In Italia la frequenza registrata è del 3,7% (Inca, 2018).

I numeri riportati dai diversi studi, sia per la violenza esterna che per quella interna definita anche orizzontale, risentono sicuramente di una sottostima, di dimensioni verosimilmente rilevanti anche se difficili da definire con precisione. La mancata denuncia dell'episodio di violenza riguarda sia i medici (mancata notifica nel 75% dei casi) sia gli infermieri (mancata notifica nel 70%) e può arrivare secondo alcuni studi anche all'80% dei casi.

1.3 Alcuni riferimenti normativi e iniziative in corso in Regione Lombardia

L'attuale interessamento per il fenomeno della violenza verso gli operatori sanitari da parte delle istituzioni si è concretizzato con la legge regionale n. 15 del 8 luglio 2020 in materia di "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo". Questa legge pone in capo alla Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS) il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde, nonché funzioni di attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida.

Per rispondere a quanto predisposto dalla Delibera XI/1986 del 23 luglio 2019 in materia di "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019"- Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio", nonché alle indicazioni della Legge n. 113 del 14 agosto 2020 in materia di "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" che è entrata in vigore il 24 settembre 2020, l'ACSS ha predisposto una Survey che ha coinvolto Risk Manager e Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di libera scelta (PLS).

Attraverso una Survey (inviata alle strutture nel settembre 2021) sono stati indagati gli episodi di violenza negli anni 2019 e 2020 e le misure preventive e contenitive messe in campo nell'ultimo triennio in Regione Lombardia.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

I dati della survey sono stati presentati al Network Risk Management di Regione Lombardia nel corso di un incontro che si è tenuto nel novembre 2021 (Moscheni e Vitale, 2021). Da una prima analisi (i lavori sono ancora in corso) si è evidenziata una buona partecipazione e collaborazione totale da parte delle strutture coinvolte, sia pubbliche che private accreditate.

Sono emersi i seguenti aspetti:

- il numero più elevato di aggressioni si verifica nelle strutture socio-sanitarie e negli studi dei medici di assistenza primaria. Considerando il biennio, su un totale di 42.617 episodi oltre 30.000 episodi (oltre il 70%) sono stati segnalati da queste due categorie.
- Per quanto riguarda la tipologia, le violenze più rappresentate sono quelle verbali che riproducono oltre il 38% degli eventi, mentre sono molto meno frequenti le aggressioni fisiche, che rappresentano quasi il 15%.
- Sia per l'anno 2019 che per il 2020 le donne risultano avere un rischio di subire molestie ed aggressioni fisiche decisamente maggiore rispetto ai colleghi uomini. Considerando le aggressioni fisiche, possiamo vedere che il 73% hanno interessato operatrici donne mentre il 23% uomini.
- Nelle strutture non sempre è presente un sistema di raccolta e, quando presente, nell'80% dei casi è cartaceo. Per il 95% dei medici di medicina generale non è previsto un sistema di raccolta delle aggressioni.
- Considerando la percezione, da parte dei compilatori, dei fattori di rischio favorenti gli episodi aggressivi si è evidenziato che i fattori (in ordine decrescente di frequenza) sono:
 - fattori legati alla tipologia di utenza;
 - fattori connessi alla organizzazione del lavoro;
 - fattori legati alla formazione, informazione e sensibilizzazione;
 - fattori legati alle dotazioni tecnologiche ed ai requisiti strutturali.
- Considerando i costi per la gestione del rischio aggressione nell'ultimo triennio, si è visto che la maggior parte delle strutture ha investito denaro principalmente per interventi formativi, interventi procedurali ed interventi organizzativi.

1.4 Aspetti emergenti relativi alla prevenzione e gestione del fenomeno

La letteratura e l'esperienza insegnano che un sistema di gestione accorta del rischio, anche quello specifico delle aggressioni, può aumentare i livelli di sicurezza influenzando positivamente i risultati, oltre che in termini di costi umani e di immagine, anche in termini più squisitamente economicistici migliorando, altresì, il benessere organizzativo.

Tra le cause del fenomeno della violenza in ambito sanitario vi sono fattori di tipo esogeno, non controllabili direttamente dal datore di lavoro (come abuso di alcol o droghe), ma anche fattori organizzativi che possono stimolare fenomeni aggressivi e sui quali è possibile intervenire con una attività preventiva, agendo su pratiche al fine di coinvolgere i lavoratori ed attraverso comportamenti manageriali e multidisciplinari che facilitino un clima di collaborazione e di trasparenza.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Quanto riportato richiama la costante necessità di sensibilizzazione e diffusione della cultura dell'accoglienza nel rispetto della diversità come elemento di valorizzazione e contrasto di ogni forma di discriminazione e di violenza, anche di genere.

È necessario operare per evitare che lo stato d'animo e il benessere degli operatori siano colpiti generando un circolo vizioso di deterioramento delle condizioni psicologiche, con conseguente peggioramento delle performance cliniche e operative e aumento della probabilità di commettere errori, con ricaduta sulla salute dell'intera organizzazione.

Non da ultimo, la necessità di aggiornare l'analisi del rischio aggressioni diviene pressante in una prolungata fase emergenziale come quella che stiamo vivendo. Ad esempio, scrive Croce Rossa Italiana (CRI) nel suo recente report anno 2021 dell'osservatorio sulle aggressioni agli operatori CRI: "in base delle segnalazioni ricevute durante l'emergenza COVID-19, sono stati raccolti casi di aggressioni legati all'emergenza sanitaria, evidenziando casi di stigma nei confronti degli operatori impegnati nelle attività di risposta all'emergenza" (Cri, 2021). L'impatto della pandemia sul rischio aggressioni non è solo determinato dalle variate (e magari non comprese appieno) regole di accesso e di ingaggio, ma è stato acuito da un lato dal maggior isolamento e conseguente aggressività degli utenti e dei familiari, e dall'altro dalla diminuita serenità degli operatori.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare il fenomeno degli atti violenti contro gli operatori del servizio sociosanitario lombardo in diversi setting organizzativi sia pubblici che privati (Istituti Ospedalieri Bresciani, ASST Cremona, ATS Brescia, ATS Bergamo) per individuare strategie di prevenzione utili a migliorare il benessere organizzativo e a migliorare la qualità delle prestazioni.

Uno degli obiettivi prioritari deve essere quello di contribuire all'emersione del fenomeno della violenza contro il personale sanitario, al fine di individuare le misure più appropriate per prevenirlo. A tale scopo è necessario, pertanto, promuovere tra gli operatori la conoscenza del fenomeno, l'attenzione ai segnali precoci che possono permettere di individuare le situazioni a rischio e le dinamiche che portano alla progressione degli atti violenti. È inoltre opportuno che i lavoratori e le lavoratrici possano acquisire competenze per la gestione degli atti violenti (tecniche di *de-escalation*, comunicazione assertiva) e competenze di gestione post evento (*debriefing* e *defusing*).

Come richiamato nella raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 del maggio 2007, la formazione del personale rappresenta una strategia fondamentale per implementare una strategia di prevenzione del rischio specifico di aggressioni. L'obiettivo di prevenzione e gestione degli atti violenti rappresenta una strategia utile al miglioramento del clima organizzativo, che risente negativamente del fenomeno e che a sua volta può influenzarlo.

Altrettanto strategica per entrambi gli scopi (prevenzione della violenza e miglioramento del clima organizzativo) risulta l'attuazione di una efficace campagna di comunicazione volta alla valorizzazione del ruolo sociale delle professioni di cura. Una efficace gestione dei conflitti contribuisce in modo significativo al miglioramento del benessere organizzativo e quindi della resilienza della organizzazione e del sistema e della qualità delle cure erogate.

2.1 Obiettivi specifici del progetto

Gli obiettivi specifici del progetto sono di seguito elencati:

- primo obiettivo: analizzare lo *statu quo* nei quattro setting prescelti relativamente alle aggressioni (entità del fenomeno, cause, conseguenze ed azioni in atto);
- secondo obiettivo: identificare il *gap* rispetto alle buone pratiche in materia di prevenzione e controllo delle aggressioni, con modalità condivise;
- terzo obiettivo: proporre alle Direzioni Strategiche aziendali lo sviluppo di azioni di miglioramento, selezionate attraverso il presente project work, compreso un sistema di monitoraggio dell'efficacia delle azioni attraverso appositi indicatori.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

2.2. Obiettivi strategici del progetto

Gli obiettivi strategici del progetto possono essere così sintetizzati:

- favorire la crescita di una cultura del rispetto della persona, anche in situazioni di cura e di stress, per prevenire il rischio di aggressione per gli operatori;
- sostenere un percorso di *benchmarking* tra diversi setting aziendali sanitari, come valore aggiunto all'analisi ed alla gestione del rischio;
- includere in modo strutturato le necessarie occasioni di formazione degli operatori come previste dalle norme e dalle prassi, nel piano aziendale annuale, come occasione di formazione e sviluppo per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie.

METODOLOGIA ADOTTATA

Per raggiungere gli obiettivi specifici e strategici del project work è stato condotto uno studio preliminare multicentrico, descrittivo, di tipo qualitativo e quantitativo.

I setting oggetto del project work sono i seguenti: Istituti Ospedalieri Bresciani S.p.a; ASST Cremona; ATS Brescia: il servizio di continuità assistenziale; ATS Bergamo: il servizio di continuità assistenziale.

3.1 Strumento di lavoro

Dopo approfondimento della lettura della normativa e della letteratura specializzata aggiornata al 2021, è stata allestita *ad hoc* una griglia di analisi dei setting dal punto di vista delle aggressioni agli operatori sanitari, al fine di avere a disposizione uno strumento di lavoro comune. La griglia (allegata al presente lavoro) è composta da centoventicinque *items* raggruppati in tredici sezioni e prevede una raccolta di variabili di tipo quantitativo e qualitativo, come illustrato nella tabella 3.1.

Tabella 3.1: Lo strumento di analisi (griglia) e tipologia di variabili raccolte

	Variabile	
	Qualitativa	Quantitativa
1. Dati generali relativi al setting	x	x
2. Sede dell'attività	x	
3. Conoscenza del fenomeno: aggressioni accertate nel setting analizzato	x	x
4. Come viene misurato il fenomeno nel setting analizzato?	x	
5. Come avviene l'analisi e la gestione del singolo episodio di violenza?	x	
6. Quali sono le cause individuate nel vostro setting?	x	
7. Come vengono rilevate le cause nel vostro setting?	x	
8. Quali sono le conseguenze nel vostro setting?	x	
9. Come vengono rilevate le conseguenze nel vostro setting?	x	
10. Cosa fa la vostra azienda per la prevenzione il controllo?	x	
11. Quali ulteriori interventi intendete proporre alla vostra direzione aziendale per un piano di intervento?	x	
12. Quali i punti di forza in materia della vostra azienda, in materia di prevenzione e controllo nella vostra azienda?	x	
13. Quali le criticità su cui lavorare ancora nella vostra azienda?	x	

Come riassunto nella tabella 3.2, per la maggior parte degli *item* (81%) sono state previste risposte precodificate, dando la possibilità di scegliere una tra le seguenti possibilità di risposta: sì, no, non lo so, non applicabile. Per il resto degli *item* sono state previste risposte aperte, qualitative (16%) o quantitative (3%).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tabella 3.2: Lo strumento di analisi (griglia), con il numero di item per sezione e per tipologia di risposte

	Numero di item			Totale
	Risposta precodificata	Risposta aperta		
	<i>Si/No/Non so/Non Applicabile</i>	Qualitativa	Quantit.	
Sezione 1	0	2	2	4
Sezione 2	6	1	0	7
Sezione 3	0	5	2	7
Sezione 4	3	4	0	7
Sezione 5	15	0	0	15
Sezione 6	19	0	0	19
Sezione 7	3	1	0	4
Sezione 8	15	0	0	15
Sezione 9	3	1	0	4
Sezione 10	27	0	0	27
Sezione 11	10	0	0	10
Sezione 12	0	3	0	3
Sezione 13	0	3	0	3
Totale	101	20	4	125

La griglia ha il vantaggio di consentire il confronto tra strutture che altrimenti sarebbero difficilmente confrontabili. E' molto agile, avvalendosi in gran parte di risposte precodificate, ma al tempo stesso è anche rigorosa poiché gli *item* delle sezioni 5, 6, 8, 10,11 sono basati sulle buone pratiche, così come riportato da FNOMCeO (FNOMCeO, 2021).

La compilazione della griglia si è avvalsa della consultazione della documentazione aziendale disponibile e di colloqui con referenti della materia nella propria azienda, se necessari.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Sono individuati come destinatari diretti del progetto:

- gli operatori sanitari degli Istituti Ospedalieri Bresciani e di ASST Cremona;
- i medici del servizio di continuità assistenziale delle ATS di Bergamo e di Brescia;
- i dipendenti e i responsabili delle future Case delle Comunità e Distretti;
- le Direzioni strategiche delle strutture sopracitate, che ricevono la proposta di potenziamento delle azioni per prevenire e gestire le aggressioni.

Sono possibili beneficiari tutti i dipendenti delle aziende sopra citate, in ragione del miglioramento atteso sul clima di lavoro e sul benessere organizzativo; di converso lo è anche la popolazione del bacino d'utenza dei setting analizzati.

Elemento peculiare del project work è anche la sua possibile estensione ad altre aziende del Sistema Sociosanitario Regionale lombardo con organizzazione analoga, che ne divengono quindi potenzialmente anch'esse beneficiarie.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Gli autori intendono valorizzare la collaborazione tra di loro avviata in occasione dell'elaborazione del presente lavoro e continuarla per potersi confrontare anche sull'implementazione delle azioni comuni rivolte alla prevenzione e gestione delle aggressioni, che hanno individuato e descritto nel capitolo otto (risultati attesi). Pertanto sono state previste quattro fasi, che si sviluppano lungo l'anno 2022, come specificato nel crono programma sottostante. Le fasi due, tre e quattro dipendono dalla valutazione da parte dei Direttori Generali del Piano di Azioni Comuni, che rappresenta il principale output della fase uno e del project work.

5.1 Cronoprogramma

Nella tabella 5.1 si evidenzia il cronoprogramma:

Tabella 5.1: Cronoprogramma.

	12-21	1-22	2-22	3-22	4-22	5-22	6-22	7-22	8-22	9-22	10-22	11-22	12-22	1-23
FASE 1 STESURA DEL PROGETTO														
1.1 Creazione del gruppo di lavoro e collaborazione in remoto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2 Ricerca bibliografica e studio individuale	X	X												
1.3 Individuazione degli obiettivi e della metodologia del project work		X												
1.4 Compilazione della griglia di analisi			X											
1.5 Condivisione dei risultati griglia tra i membri del gruppo di lavoro			X											
1.6 Predisposizione del Piano Azioni comuni e degli indicatori per il monitoraggio			X											
1.7 Condivisione del Piano di azioni proposto con la Direzione strategica				X										
1.8 Inserimento del PW nel Piano annuale aziendale di Risk Management 2022					X									
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO AZIONI E MONITORAGGIO DEI RELATIVI INDICATORI						X	X	X	X	X	X	X	X	
FASE 3 VALUTAZIONE														X
FASE 4 RENDICONTAZIONE PARM 2022														X

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

La prima fase si identifica con la stesura del progetto e comprende diversi passaggi:

- creazione di un gruppo di lavoro e organizzazione della collaborazione. I componenti del gruppo hanno scelto liberamente di collaborare tra di loro per la stesura del project work previsto dal programma del corso di rivalidazione del certificato manageriale per i responsabili di strutture complesse.
- Studio individuale della letteratura aggiornata. Tra il 1° e il 15 gennaio 2022 i componenti del gruppo di lavoro hanno approfondito la letteratura e la normativa, con focus sulle fonti bibliografiche più aggiornate. Sono state passate in rassegna le *best practices* dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza in Sanità, sul sito della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) (Agenas, 2018). I dirigenti medici del gruppo hanno inoltre frequentato in modalità FAD il corso della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) sulla Piattaforma FADINMED, come aggiornamento continuo e per allinearsi tra di loro da un punto di vista dei contenuti utili allo sviluppo del PW (FNOMCeO, 2021).
- Individuazione degli obiettivi e della metodologia del project work. Nel periodo dal 15 al 25 gennaio 2022 sono stati individuati gli obiettivi specifici e strategici ed è stato allestito e condiviso lo strumento di lavoro (griglia di analisi comune).
- Compilazione della griglia di analisi. L'ultima settimana del mese di gennaio e la prima del mese di febbraio 2022 sono state dedicate alla compilazione della griglia, previa consultazione di fonti interne e colloqui formali e informali con le figure che in azienda sono direttamente coinvolte nel percorso di prevenzione e gestione delle aggressioni. (RSPP, Risk manager, responsabile ufficio tecnico, medico competente, Direzione Sanitaria, il Dipartimento di Cure Primarie, ecc).
- Condivisione dei risultati della Griglia tra i membri del gruppo di lavoro. Nelle pagine successive, sono presentate le quattro esperienze illustrate dagli autori del project work usando come strumento la griglia di analisi comune.
- Predisposizione del Piano Azioni comuni e degli indicatori per il monitoraggio.
- Condivisione del Piano di azioni proposto con la Direzione strategica aziendale.
- Inserimento del piano di azioni nel Piano Annuale Aziendale di Risk Management 2022. L'inserimento è facoltativo e dipende dalla decisione presa all'interno di ogni setting insieme alla Direzione strategica, responsabile della deliberazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2022, allestito e sottoposto per valutazione alla direzione da parte del Risk manager aziendale.

Il gruppo di lavoro si è riunito in modalità online (sulla piattaforma TEAMS) tutte le volte che è stato necessario, ovvero: una volta nel dicembre 2021, tre volte in gennaio, tre volte in febbraio e una volta nel marzo 2022. L'elaborazione collettiva del lavoro si è valsa anche di continui scambi via mail. Successivamente alla presentazione del project work saranno organizzati momenti di condivisione sull'avanzamento del progetto, una volta avviata la sua implementazione nei diversi setting.

Viene ora illustrata una sintesi delle informazioni raccolte durante lo studio dei singoli setting applicando la griglia di analisi comune (paragrafi 5.2, 5.3, 5.4, 5.5).

5.2 Istituti Ospedalieri Bresciani

In questa sezione saranno presentati i dati relativi agli Istituti Ospedalieri Bresciani, analizzati secondo la griglia presentata nella tabella 3.1.

5.2.1 Dati generali relativi al setting

Gli Istituti Ospedalieri Bresciani è una azienda ospedaliera privata ed accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale. L'Azienda è costituita da tre presidi (Istituto Clinico Città di Brescia, Istituto Clinico San Rocco ed Istituto Clinico S. Anna), dotati tutti di Pronto Soccorso e di Poliambulatorio posto all'interno.

L'Azienda conta in totale circa 1.700 operatori sanitari (personale dipendente e personale libero professionista) e svolge in media oltre 29.000 ricoveri all'anno.

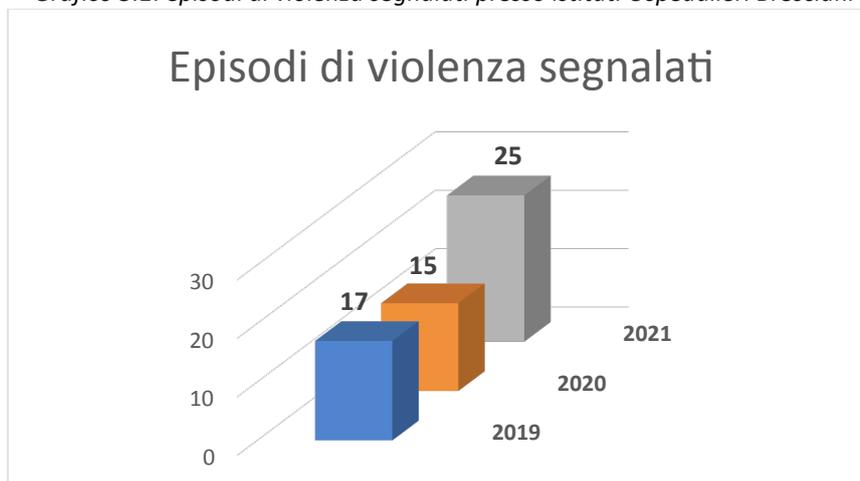
5.2.2 Sede dell'attività

L'attività sanitaria si svolge completamente all'interno delle tre strutture. Gli Istituti dispongono di settecentocinquantaquattro posti letto accreditati con il Servizio Sanitario Regionale e distribuiti nelle differenti specialità mediche, chirurgiche e riabilitative. Settori di rilievo degli Istituti sono il Centro di Fecondazione Assistita di III livello, il Centro di Ossigeno-terapia Iperbarica, la Breast Unit ed il Centro di Radioterapia. Ogni struttura dispone di un Servizio di Laboratorio Analisi con annesso un centro prelievi, di un Dipartimento di Diagnostica per Immagini e di una Terapia Intensiva.

5.2.3 Conoscenza del fenomeno: aggressioni accertate nel setting analizzato

Dal 2019 gli Istituti Ospedalieri Bresciani, tramite la procedura dedicata, chiede la segnalazione, mediante apposita scheda, degli episodi di violenza subiti dal personale durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, con lo scopo di mappare il fenomeno in coerenza a quanto stabilito dalla raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007. Gli episodi segnalati e la tipologia degli stessi sono indicati nei grafici sottostanti:

Grafico 5.1: episodi di violenza segnalati presso istituti Ospedalieri Bresciani

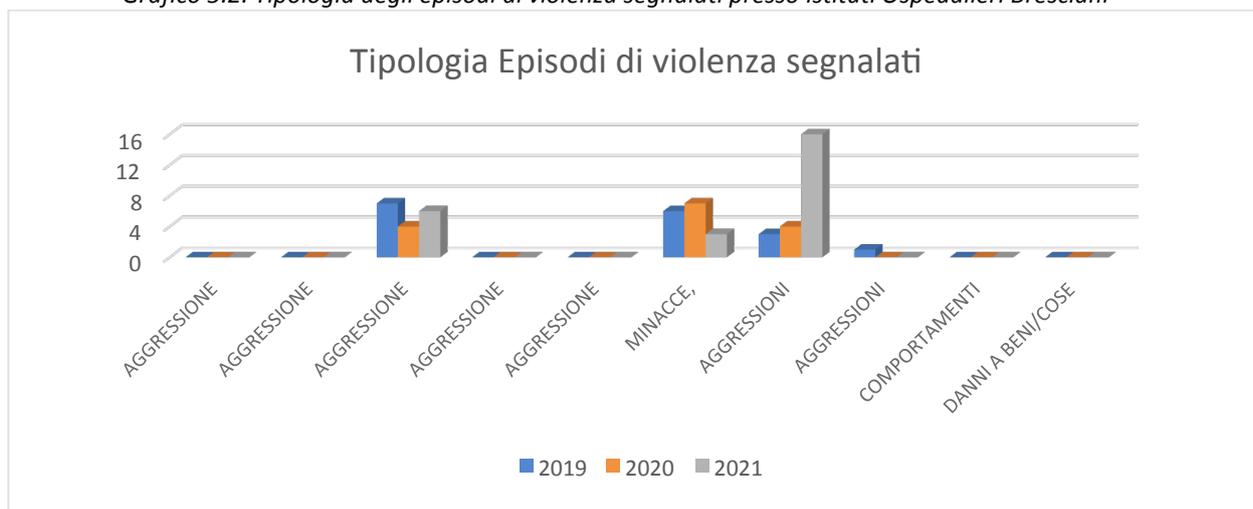


Fonte: Istituti Ospedalieri Bresciani

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Considerando il triennio 2019-2021, il numero delle segnalazioni totali pervenute sono state cinquantotto e nella grande maggioranza dei casi (oltre il 90%) chi subisce violenza è risultato essere un infermiere. È necessario sottolineare che delle cinquantotto segnalazioni oltre il 95% vedono come vittime operatrici di genere femminile. Soffermandoci sulla tipologia degli atti di violenza, i grafici sottostanti indicano come nella maggioranza dei casi si tratta di violenze verbali, minacce e intimidazioni mentre meno rappresentate sono le violenze fisiche. Solamente uno di questi episodi (violenza fisica) è scaturito in infortunio dell'operatore.

Grafico 5.2: Tipologia degli episodi di violenza segnalati presso Istituti Ospedalieri Bresciani



Fonte: Istituti Ospedalieri Bresciani

Si è evidenziato che la maggior parte degli episodi di violenza (50:58) si è verificata presso il Pronto Soccorso e le figure più colpite sono gli infermieri.

Grafico 5.3: ruolo delle vittime di violenza presso Istituti Ospedalieri Bresciani



Fonte: Istituti Ospedalieri Bresciani

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Considerando la tipologia dell'azienda ospedaliera, la numerosità degli operatori sanitari presenti e la stima del fenomeno violenza a livello nazionale ed internazionale, si può pensare che il numero di segnalazioni non rispecchi la realtà: sembra esserci cioè una sottostima del fenomeno violenza.

5.2.4 Come viene misurato il fenomeno nel setting analizzato?

A prescindere dalla natura e dalla gravità del danno, l'operatore vittima di episodio aggressivo deve tempestivamente (entro le ventiquattro ore) segnalare l'evento al Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione tramite la compilazione, in tutte le sue parti, dell'apposita scheda di segnalazione (Incident reporting). La scheda può essere imbucata nella cassetta dedicata posta in luogo accessibile a tutto il personale o consegnata direttamente al responsabile.

Se l'operatore a seguito dell'atto aggressivo non ha subito alcun danno informa il servizio attraverso la scheda, se invece l'operatore ha subito un danno dovrà recarsi in Pronto Soccorso per gli accertamenti clinici e per l'apertura della pratica infortunistica e successivamente trasmettere la documentazione (compresa di scheda dedicata) al Servizio di Prevenzione e Protezione della struttura. La segnalazione può essere effettuata anche da un testimone di evento aggressivo.

5.2.5 Come avviene l'analisi e la gestione del singolo episodio di violenza?

Presso l'Azienda, al fine di gestire gli episodi segnalati e di espletare od implementare i vari programmi, è stato costituito il Gruppo di Coordinamento Aziendale Multidisciplinare composto da: Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Risk Manager, Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente, Responsabile Pronto Soccorso, Ufficio Tecnico e Coordinatore Ufficio infermieristico.

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, che riceve la segnalazione direttamente o indirettamente, analizza l'evento segnalato e, se lo ritiene opportuno, organizza un audit con il coinvolgimento di altri membri del Gruppo di Coordinamento Aziendale.

Qualora l'evento violento abbia le caratteristiche di Evento Sentinella (usate armi o corpi contundenti, presente una componente razziale o sessuale oppure un esito grave dell'aggressione), lo stesso viene segnalato con la specifica modulistica al Risk Manager consegnando la scheda alla Direzione Medica della struttura. L'evento viene segnalato dal Risk Manager anche attraverso il flusso informativo SIMES. Sarà cura del Risk Manager coinvolgere il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e altre figure del Gruppo di Coordinamento per la gestione del caso.

Gli operatori vittima di violenza o traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza possono richiedere una visita straordinaria con il Medico Competente e segnalare il loro disagio. Il Medico Competente analizza il problema e se necessario prescrive un adeguato sostegno psicologico inoltrando la richiesta di attivazione dello sportello d'ascolto agli uffici competenti.

5.2.6 Quali sono le cause individuate nel vostro setting?

Dai dati soprariportati si evince che negli Istituti Ospedalieri Bresciani il fenomeno violenza agli operatori è presente e comporta la presenza di misure di prevenzione e controllo, compresa la valutazione del rischio.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

I fattori di rischio messi in evidenza variano da struttura a struttura, dipendendo fondamentalmente dalla tipologia e/o dalle caratteristiche dell'utenza (in modo particolare abuso di alcool e di sostanze stupefacenti), dai servizi erogati (servizi per l'emergenza, servizi di psichiatria, degenza di pazienti oncologici e terapia intensiva) dalla ubicazione della struttura, dalla dimensione della stessa, dal ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici) e dalle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, scarsamente illuminati, assenza di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro).

5.2.7 Come vengono rilevate le cause nel setting?

Il lavoro viene eseguito tramite interviste e sopralluoghi nei locali, sede di lavoro, e tramite l'analisi degli infortuni denunciati dai lavoratori o di segnalazioni anche verbali. L'analisi delle situazioni lavorative deve mirare ad individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza. L'analisi degli episodi segnalati consente di identificare la frequenza e la severità degli episodi.

Un'altra modalità utilizzata è l'analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati più a rischio con la collaborazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Molto importante è il sopralluogo, perché permette di:

- analizzare l'incidente nei suoi dettagli prendendo in considerazione le caratteristiche dell'aggressore e della vittima, la successione di eventi prima e durante l'incidente;
- identificare attività lavorative, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato;
- rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti, alle caratteristiche strutturali ed alle attività lavorative.

5.2.8 Quali sono le conseguenze nel setting?

Le conseguenze riscontrate nel setting sono:

- conseguenze fisiche e psichiche;
- ricadute sulla qualità dell'assistenza e sull'organizzazione sanitaria;
- danno economico e di immagine per l'Azienda;
- diminuzione del benessere organizzativo;
- perdita di motivazione, di fiducia e riduzione di autostima nell'operatore che ha subito violenza.

5.2.9 Come vengono rilevate le conseguenze nel setting?

Le conseguenze vengono rilevate mediante:

- analisi del sistema Incident Reporting;
- colloqui con la vittima;
- sopralluogo della sede di lavoro.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.2.10 Cosa fa l'azienda per la prevenzione e il controllo?

Per la valutazione e la gestione del rischio presso l'azienda si è stabilito un approccio a "ciclo di controllo" che prevede le seguenti fasi:

- azione preliminare alla valutazione del rischio: istituzione del gruppo aziendale che coordina e presidia il processo;
- sensibilizzazione dell'organizzazione attraverso la formazione e l'informazione;
- analisi del fenomeno e dei fattori di rischio: analisi delle situazioni operative al fine di identificare quelle a maggiore vulnerabilità;
- analisi dei risultati, esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- definizione delle azioni preventive e correttive;
- attuazione del programma di intervento;
- monitoraggio: verifica efficacia delle misure adottate;
- riesame: aggiornamento e rivalutazione del rischio in funzione di: andamento complessivo degli eventi, rivalutazione casi di eventi significativi, verifica dei risultati derivanti dall'attuazione delle misure preventive e correttive.

In particolare, sono stati attribuiti al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione:

- l'analisi e la valutazione del rischio, il calcolo dell'indice di rischio e la mappatura del rischio in base alla mansione e servizio di appartenenza;
- la revisione degli episodi segnalati e la redazione dei report annuali;
- la conduzione di indagini ad hoc anche con il coinvolgimento di altri membri del gruppo di coordinamento aziendale;
- l'analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio;
- la redazione del Documento di valutazione del rischio aggressioni, con la collaborazione dei Dirigenti, dei Preposti, dei Lavoratori (rappresentanti figure infermieristiche, mediche ed amministrativi addetti al front-office), del Medico Competente, del Responsabile Medico del Pronto Soccorso, dell'Ufficio Qualità, dell'Ufficio Legale e dei Rappresentanti dei Lavoratori in Materia di Sicurezza. Il documento è pubblicato in intranet aziendale per la dovuta consultazione.

Dal coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori in materia di sicurezza ci si attende una sensibilità particolare sul tema della prevenzione a tutela dei lavoratori ed una conseguente azione sinergica, allo scopo di raggiungere il maggior numero di lavoratori possibili. È necessario considerare e trattare questo tipo di rischio per la salute e per la sicurezza dei lavoratori al pari degli altri rischi usualmente riconosciuti e fronteggiati.

Il Gruppo di Coordinamento aziendale, convocato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, si riunisce per condividere ed analizzare gli eventi e le analisi condotte ed individuare le possibili azioni di miglioramento.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Presso gli Istituti Ospedalieri Bresciani sono state attuate le seguenti misure di prevenzione e controllo: misure strutturali e tecnologiche e misure organizzative.

Misure strutturali e tecnologiche:

- servizio di vigilanza esterna;
- impianti di allarme e pulsante antipánico nei luoghi dove il rischio è elevato (Triage del Pronto Soccorso, Ufficio Cassa e Centro Accettazione Ambulatoriale);
- impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore nelle aree ad elevato rischio (sale di attesa delle zone dedicate alla emergenza e urgenza), con priorità della sicurezza rispetto alla privacy, come indicato anche nell'articolo 2 comma 1 della legge n. 113 del 14 agosto 2020;
- accesso limitato e controllato in alcune aree a rischio;
- rimozione dalle aree a rischio di oggetti che possono essere utilizzati come arma;
- effettuazione, in caso di finestre o serrature rotte, della riparazione o della sostituzione con estrema urgenza;
- installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno che all'esterno della struttura;
- implementazione della segnaletica orizzontale e verticale di facile interpretazione al fine di rendere più facile, per l'utenza, l'accessibilità ai vari servizi.

Misure Organizzative:

- è prevista nelle aree a maggior rischio la presenza di almeno due figure professionali.
- Viene dissuaso il personale dall'indossare monili, che rappresentano un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso.
- Sensibilizzazione del personale affinché, a prescindere dalla natura e gravità del danno, l'operatore vittima di episodio aggressivo segnali tempestivamente l'evento al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione tramite la compilazione, in tutte le sue parti, dell'apposita scheda di segnalazione.
- Gli operatori vittima di violenza o traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza possono richiedere una visita straordinaria con il Medico Competente e segnalare il loro disagio. Il Medico Competente dell'Azienda analizza il problema e in caso di necessità può richiedere l'attivazione del sostegno psicologico, che deve essere offerta a prescindere dalla gravità del caso.
- All'interno della struttura (in modo particolare nelle aree ritenute più a rischio) è stato esposto materiale informativo sotto forma di poster rivolto a pazienti, accompagnatori e personale dove è dichiarato in modo semplice ed incisivo che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati.
- Coordinamento con le forze dell'ordine per garantire un tempestivo intervento in caso di necessità.

5.2.11 Quali ulteriori interventi intendete proporre alla Direzione Aziendale per un piano di intervento?

Dopo aver valutato, nel triennio considerato, i dati raccolti ed in modo particolare la dinamica degli eventi si può pensare, al fine di avere meglio sotto controllo il rischio e nello stesso tempo ridurre le conseguenze negative dello stesso, di valutare l'implementazione di alcuni aspetti del fenomeno aggressione da ricondurre fondamentalmente a due misure organizzative ed ad una misura strutturale.

Le misure organizzative che potrebbero essere implementate sono: la necessità di fornire competenze e conoscenze agli operatori per valutare, prevenire e gestire gli eventi aggressivi e la necessità di pensare a modalità per incoraggiare, vista la scarsa risposta, il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio.

Per tale motivo è stata approvata la valutazione di un percorso formativo da offrire a tutti gli operatori con iniziale priorità a coloro che lavorano presso le aree definite più a rischio. Nella attività di docenza sono stati inseriti professionisti con competenza in psicologia e tecniche della comunicazione.

L'organizzazione della formazione di tutto il personale è un obiettivo strategico trasversale, al quale devono contribuire tutti i Servizi (Ufficio Risorse Umane, Direzione Aziendale, Direzione Sanitaria, Ufficio Formazione, Ufficio Tecnico e le varie Unità Operative), ognuno per propria competenza, per far sì che possa essere concluso entro il 2022. Il corso proposto ha le seguenti peculiarità:

- è rivolto a piccoli gruppi di operatori;
- trasmette misure individuali e comportamentali;
- fornisce metodologie per la gestione dei pazienti e dei familiari aggressivi e violenti;
- prevede prove pratiche di gestione dell'aggressione;
- insegna a riconoscere le situazioni ad alto rischio ed ad adottare iniziative di sicurezza più opportune;
- sottolinea l'importanza della segnalazione di tutti gli eventi, anche quelli verbali;
- favorisce il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva.

Tra gli obiettivi di questa proposta progettuale rientra la valutazione dell'efficacia del corso di formazione frequentato dagli operatori da effettuarsi al completamento dello stesso mediante l'impiego di apposito questionario.

La seconda misura organizzativa contenuta nel progetto ha lo scopo di far emergere il fenomeno tra gli operatori ed aumentare la sensibilizzazione verso il problema, chiarendo che le aggressioni non devono essere considerate una parte del lavoro o un comportamento accettabile. Quanto sopra con l'aspettativa di un aumento del numero delle segnalazioni mediante la diffusione di materiale informativo e poster da esporre nelle varie aree. Questo materiale rivolto a tutti gli operatori sanitari ha lo scopo di declinare la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tali strumenti devono essere in grado di esprimere in modo sintetico, semplice ed efficace la volontà dell'azienda di tutelare i propri collaboratori dagli atti di violenza e la necessità, per tale scopo, di avere la segnalazione di ogni episodio.

Oltre alle misure organizzative sopraindicate, viene proposta anche una manovra strutturale che consiste nell'attivazione di un apparato di segnalazione "chiamata panico" e relativo servizio di gestione segnalazioni nella situazione in cui gli operatori, per forze di causa maggiore, non sono nei pressi del pulsante di sicurezza (già esistente).

È stata formulata una proposta costituita da due moduli operativi:

- servizio di fornitura, installazione e collaudo di tre *pocket* (per i tre operatori presenti in Pronto Soccorso ad ogni turno) di segnalazione "Anti Aggressione da collo". Tale apparecchiatura è composta da un *pocket* portatile che attiverà una segnalazione silenziosa direttamente alla Centrale Operativa del Servizio di Sorveglianza Esterna. La Centrale Operativa del Servizio di sorveglianza si occuperà di gestire la segnalazione a seconda del protocollo che verrà concordato con la azienda e nel quale saranno contenute le modalità di segnalazione ai presidi fissi e reperibili della struttura. Tali apparati possono essere utilizzati in tutte quelle situazioni e circostanze dove vi sia la necessità di salvaguardare l'incolumità della persona e localizzare la loro corretta posizione in caso di necessità, oppure nelle attività di prevenzione infortuni in tutte quelle aree in cui sarebbe difficile individuare un operatore colto da malore, infortunio o aggressione con tempestività. Operativamente questo sistema invierà alla centrale operativa del Servizio di Sorveglianza esterna i segnali di: allarme "uomo a terra" con angolo d'inclinazione programmabile e pulsante di "pre-allarme" o di allarme immediato.
- Servizio di gestione segnalazioni *pocket* "Uomo a terra". Tale servizio è necessario al fine di gestire le segnalazioni ricevute dal ponte radio. Al ricevimento della segnalazione da parte della centrale operativa del servizio di sicurezza esterno, verrà attivato il protocollo di chiamata verso i presidi fissi che saranno specificati dalla azienda i quali dovranno gestire la problematica.

Questa proposta consentirebbe di segnalare in pochi secondi eventuali episodi di violenza o aggressione con ricezione in tempo reale da parte delle strutture proposte, anche in quei casi in cui gli operatori non sono nelle vicinanze del pulsante antiaggressione già presente nelle aree più a rischio. Il sistema consente l'invio volontario da parte del personale dell'allarme alla centrale operativa. Inoltre nel caso in cui il sistema rilevi una posizione anomala dell'utente (esempio allarme uomo a terra), attiva automaticamente un allarme ed informa in tempo reale il personale deputato ad intervenire.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.2.12 Punti di forza in materia presenti in azienda

I punti di forza sono:

- sistema di rilevazione e monitoraggio;
- sistema di vigilanza;
- presenza di un Gruppo di Coordinamento Aziendale Multidisciplinare.

5.2.13 Criticità su cui lavorare

I punti critici su cui lavorare sono:

- segnalazioni molto ridotte; si ritiene necessario sensibilizzare gli operatori alla segnalazione degli eventi anche se non gravi.
- Processi formativi e informativi non sufficienti, è necessaria una implementazione della formazione specifica a tutto il personale.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.3 ASST Cremona

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona rappresenta una delle tre aree distrettuali della ATS Valpadana. I residenti della ASST di Cremona sono 196.502 (al 31 dicembre 2018). Si tratta dell'area con la minore presenza di giovani (gli *under 19* sono il 15,9 % della popolazione residente) e con la maggiore presenza di anziani (gli *over 65* rappresentano il 25.4 % della popolazione residente).

5.3.1 Dati generali relativi al setting

L'azienda si compone di 2.461 unità di personale (numero teste a tempo determinato e indeterminato) tra Dirigenza (18,6%) e Comparto (81,3%). I posti letto complessivi attivi al 31 dicembre 2020 sono cinquecentocinquantadue, di cui il 64 % presso il presidio ospedaliero di Cremona e il 35,9 % presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

ASST di Cremona, per effetto delle restrizioni imposte e per rispondere in modo adeguato all'emergenza epidemiologica, ha provveduto a riorganizzare tutti i servizi e le attività, in funzione del trattamento dei pazienti affetti dalla patologia covid19. Tale situazione emergenziale ha inevitabilmente avuto delle ripercussioni negative: riduzione dei posti letto per separazione pazienti covid da covid free; riduzione di circa centoventi posti letto al fine di garantire il distanziamento; contrazione sedute operatorie; sospensione dell'attività ambulatoriale in piena pandemia; dilazione dei tempi di attesa; ripresa graduale dell'attività ambulatoriale, nettamente ridotta rispetto agli anni precedenti, al fine di garantire il distanziamento imposto dai protocolli nazionali e regionali.

5.3.2 Sede dell'attività

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona risulta costituita da due presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Oglio Po - Presidio Ospedaliero di Cremona) già parte della ex Azienda Ospedaliera di Cremona e dai servizi socio-sanitari provenienti dagli ambiti territoriali della ex ASL di Cremona, identificati nelle seguenti strutture/attività: Consultori (tre sedi); Attività territoriali (una sede): protesica maggiore e minore, gestione trasporti dializzati, attività del servizio di Medicina Legale (di polizia mortuaria, visite fiscali, commissioni medico legali, rilascio di certificazioni medico legali e abilitazioni), farmaceutica, attività distrettuali di cura del paziente (pazienti con patologie rare), valutazione multidimensionale e Assistenza Domiciliare Infermieristica diretta al netto del costo del personale dipendente.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche comprende due Unità Operative di Psichiatria (Cremona e Oglio Po) con due reparti nei poli ospedalieri, due sedi territoriali, due sedi riabilitative residenziali e semiresidenziali.

La Neuro Psichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza ha due sedi territoriali nell'ambito cremonese, una sede territoriale nell'ambito casalasco.

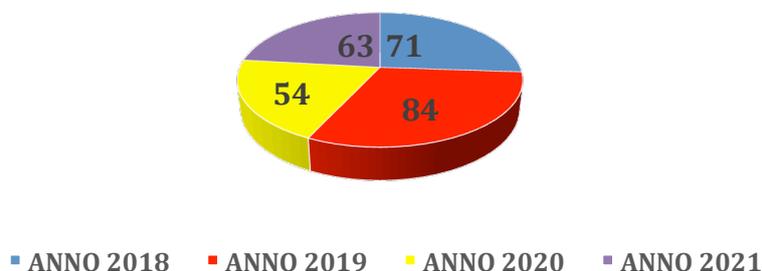
Il servizio dipendenze patologiche (SERD) ha due sedi.

Le attività si svolgono nelle sedi sanitarie, a domicilio, in carcere.

5.3.3 Conoscenza del fenomeno: aggressioni accertate nel setting analizzato

Nel periodo considerato (dal 2018 al 2021) sono stati registrati duecentosettantuno casi di violenza contro gli operatori. Nel grafico 5.4 la distribuzione dei casi nel quadriennio.

Grafico 5.4: Segnalazioni di atti violenti nella ASST di Cremona dal 2018 al 2021.



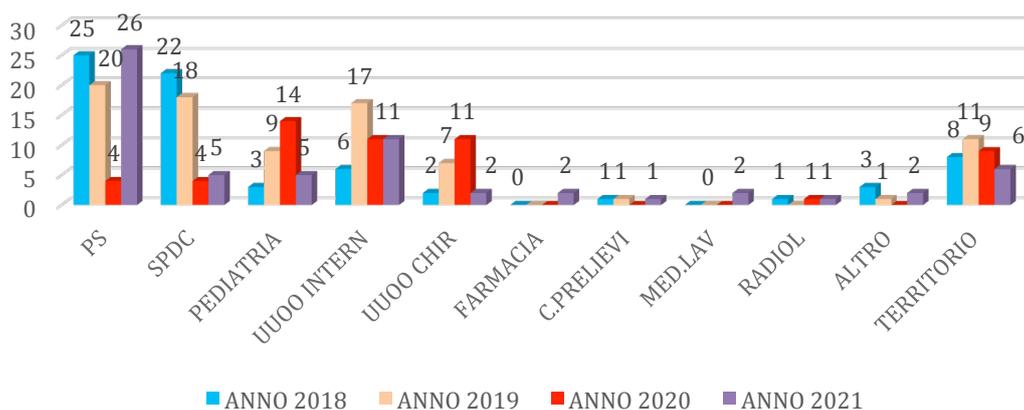
Fonte: ASST Cremona.

Le caratteristiche demografiche delle vittime vedono una ampia prevalenza del sesso femminile (sessantacinque uomini e duecentosette donne). Riguardo il ruolo delle vittime: centoquarantotto infermieri; settantacinque medici; ventiquattro operatori sciosanitari; undici amministrativi; sedici in altro ruolo. Gli aggressori in centoottantuno casi sono pazienti; in quarantatre casi si tratta di familiari e congiunti; trentacinque sono genitori; in dodici casi l'aggressione è agita da altri operatori sanitari; un dipendente di una ditta di consegne. La violenza è avvenuta per duecentoquarantuno eventi in ospedale; trentaquattro sul territorio; tre in carcere.

Nei grafici che seguono si evidenzia la distribuzione nelle unità operative (la sigla SPDC comprende tutta l'area della salute mentale adulti) e secondo il tipo di aggressione (verbale, fisica, sulle proprietà, mista).

In accordo con la letteratura sul tema, il grafico 5.5 evidenzia che le aree più colpite sono le aree di emergenza e i servizi per la salute mentale:

Grafico 5.5: Aggressioni registrate per unità operative nella ASST Cremona:

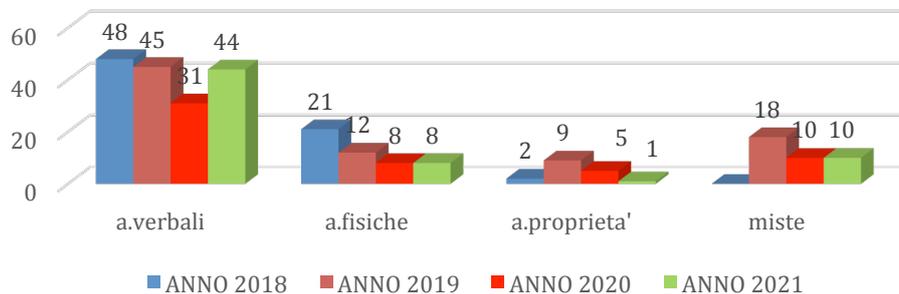


Fonte: ASST Cremona

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Il grafico 5.6 riporta il tipo di aggressioni: sono più frequenti le aggressioni verbali.

Grafico 5.6: Tipo di aggressione nella ASST Cremona.



Fonte: ASST Cremona

5.3.4 Come viene misurato il fenomeno nel setting analizzato?

Presso la ASST di Cremona i dati relativi alle aggressioni a danno degli operatori sono monitorati dal 2013 in modo retrospettivo, e dal 2018 in modo prospettico. Nel periodo 2013-2017 il monitoraggio è stato eseguito con i dati raccolti dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) come infortuni sul lavoro, dal Risk Manager con Incident Reporting e dal Medico competente con segnalazioni verbali o dallo Spazio d'ascolto (gruppo multidisciplinare della ASST che, su richiesta degli operatori dell'Azienda, ascolta i loro reclami o segnalazioni legati a criticità nel rapporto con l'utente o con i colleghi). Nel periodo 2013-2017 i casi rilevati sono stati in tutto settantotto e le aree maggiormente a rischio sono risultate: il Dipartimento di salute mentale, il Pronto Soccorso per gli adulti, il Pronto Soccorso pediatrico e la UO di Medicina Legale (soprattutto correlati all'attività territoriale della Commissione medica locale per la valutazione della idoneità alla patente di guida). Nel 2018 le segnalazioni raccolte sono state settantuno (quasi tutte nelle medesime aree a rischio). Tale aumento può naturalmente indicare un effettivo aumento degli agiti aggressivi contro gli operatori, ma potrebbe essere legato anche ad una maggiore sensibilizzazione degli operatori: nei primi mesi del 2018, infatti, è stato somministrato un questionario relativo alla percezione del fenomeno ad un gruppo di operatori della ASST afferenti alle aree più a rischio. Inoltre, sempre a partire dal 2018, si è concordato con la UO Medicina del Lavoro e con il SPP che tutte le segnalazioni per questo evento avverso fossero veicolate al Risk Manager, al fine di non disperdere i dati e tenere monitorato il fenomeno con parametri omogenei. A partire dal 2018 presso la ASST sono vengono effettuati corsi di formazione sul tema rivolti agli operatori, con lo scopo di addestrare il personale al riconoscimento delle condizioni predisponenti gli agiti aggressivi e dei segnali di allarme. Nel 2019, inoltre, è stata introdotta una scheda specifica per la registrazione dell'evento e per la presa in carico della situazione. Alla registrazione dell'evento segue la segnalazione dell'evento al Risk Manager e alla Direzione Medica di Presidio da parte del personale che ha attivato l'intervento.

La scheda utilizzata per la segnalazione degli agiti violenti è composta di due parti. Nella prima parte si registrano i dati relativi a chi segnala e si indica l'eventuale ricorso a cure mediche, eventuale denuncia INAIL o all'autorità giudiziaria. Nella seconda parte della scheda devono essere riportati due indicatori: uno di processo (se siano stati individuati i segnali) e uno di esito (scala MOAS).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

L'indicatore di processo è rappresentato dalla rilevazione dei segnali premonitori: la scheda di segnalazione chiede cioè di indicare se sono stati colti o meno i segnali premonitori dell'innescò della spirale violenta, con la possibilità di scegliere tra tre tipologie di segnali di allarme di gravità crescente. Si rilevano anche i motivi più frequenti che portano ad un agito aggressivo dell'utente, con la possibilità di inserire altri motivi non previsti dalla scheda. Si riporta nella tabella 5.2 la parte della scheda di rilevazione degli agiti violenti relativa all'indicatore di processo.

Tabella 5.2: Scheda di rilevazione agiti violenti – indicatore di processo.

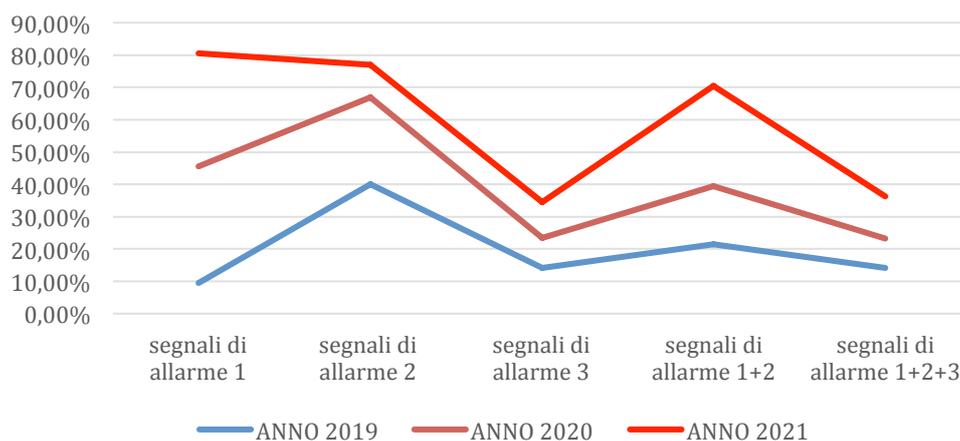
Segnali di allarme 1:	Segnali di allarme 2:	Segnali di allarme 3
<input type="checkbox"/> espressione di rabbia o frustrazione <input type="checkbox"/> gesti minacciosi <input type="checkbox"/> presenza di armi	<input type="checkbox"/> sudorazione profusa <input type="checkbox"/> alzarsi in piedi o alzare la voce <input type="checkbox"/> respiro rapido <input type="checkbox"/> viso paonazzo <input type="checkbox"/> contatto visivo diretto e prolungato	<input type="checkbox"/> attivazione psicomotoria con cambiamenti emotivi, fisici, psicologici <input type="checkbox"/> l'organismo si prepara all'attacco o alla fuga <input type="checkbox"/> attivazione psicomotoria con cambiamenti emotivi, fisici, psicologici <input type="checkbox"/> l'organismo si prepara all'attacco o alla fuga

Fattori che hanno contribuito all'aggressione
<input type="checkbox"/> aspettative familiari/paziente <input type="checkbox"/> tempi attesa <input type="checkbox"/> ambienti/spazi non idonei <input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> intossicazione droghe/alcool/psicofarmaci <input type="checkbox"/> scarsa formazione operatori gestione eventi aggressivi <input type="checkbox"/> rifiuto di prestazione <input type="checkbox"/> altro:

Fonte: ASST Cremona.

Il grafico 5.7 sottostante evidenzia come nel corso degli anni sia migliorata la capacità di individuare i segnali di allarme (dato rilevato solo a partire dal 2019):

Grafico 5.7: Rilevazione dei segnali di allarme negli anni 2019, 2020, 2021 presso ASST Cremona



Fonte: ASST Cremona

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

L'indicatore di esito è rappresentato dalla Scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale). Tale strumento di valutazione viene elaborato nel 1988 dalla precedente OAS, sviluppata appena due anni prima dallo psichiatra statunitense Yudofsky (Yudofsky et al, 1986); è stata sviluppata originariamente per valutare gli episodi in ambiti di psichiatria e disabilità intellettiva, ma è stata successivamente estesa anche ad altri settori.

La validazione in vari paesi, tra cui l'Italia, ha permesso di riscontrare un ottimo grado di sensibilità e affidabilità. La scala si compone di quattro categorie: aggressività verbale; aggressività verso oggetti; aggressività verso sé stessi; aggressività verso altri. Ogni sezione è valutabile in base alla gravità con punteggio da zero a quattro.

Nella tabella 5.3 si riporta la parte della scheda di segnalazione utilizzata presso ASST Cremona, con i punteggi della scala MOAS.

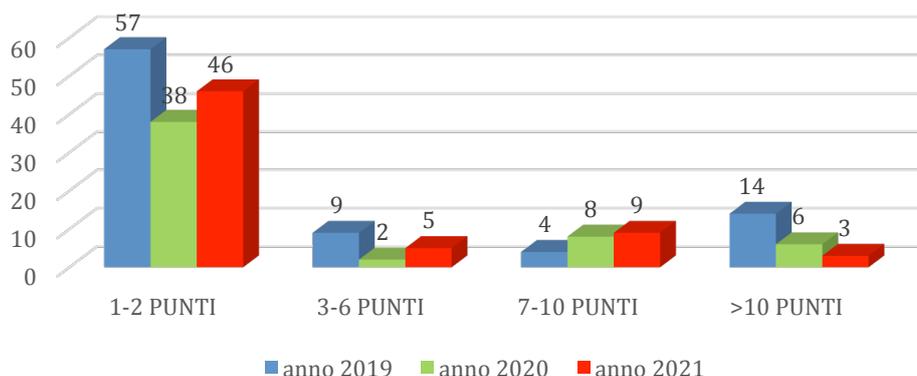
Tabella 5.3: Scheda di rilevazione agiti violenti – indicatore di esito.

SCALA MOAS	PUNTEGGIO SCALARE	COEFFICIENTE DI PONDERAZIONE	PUNTEGGIO PONDERATO
AGGRESSIONE VERBALE		X 1 =	
AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETA'		X 2 =	
AGGRESSIONE CONTRO SE' STESSI		X 3 =	
AGGRESSIONE FISICA		X 4 =	
Punteggio complessivo			

Fonte: ASST Cremona

Il grafico 5.8 sottostante illustra i punteggi alla scala MOAS rilevati nel triennio 2019 – 2021 nel corso del monitoraggio degli agiti violenti nei confronti degli operatori della ASST di Cremona. Gli eventi vengono raggruppati in quattro livelli di gravità crescente secondo il punteggio riportato alla scala MOAS.

Grafico 5.8: Gravità degli eventi nel triennio 2019-2021 secondo il punteggio alla scala MOAS.



Fonte: ASST Cremona

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

La procedura definita prevede anche l'intervento della Psicologa del Lavoro. L'attivazione dell'intervento della Psicologa del Lavoro avviene da parte del Risk Manager. L'operatore viene contattato entro settantadue ore dalla segnalazione per offrire la possibilità di effettuare un colloquio psicologico, con rivalutazione a due e tre mesi dal primo colloquio.

La presenza di sofferenza psichica è rilevata mediante la somministrazione della Scala di Impatto dell'evento (IES-R), una intervista semistrutturata (Weiss et al, 1996). Vengono utilizzate inoltre la Scala Beck Anxiety Inventory (BAI) per la valutazione dell'ansia (Beck e Steer, 1990) e la Scala Beck Depression Inventory - II (BDI - II) per la valutazione della depressione (Beck et al., 1996).

La Scala Impatto dell'evento IES-R consente di valutare sia l'impatto degli eventi più gravi, sia forme meno gravi di eventi stressanti; è costituita da ottantotto items suddivisi in tre sottoscale: Evitamento, Intrusività, Iperarousal. Un punteggio totale alla IES-R maggiore o uguale al *cut off* di trentatré indica la probabile presenza di un disturbo post traumatico da stress (PTSD). La scala IES-R viene somministrata subito dopo l'evento e per valutare l'andamento dei sintomi nel tempo.

La Beck Depression Inventory (BDI-II) è un questionario autosomministrato costituito da ventuno items che indagano i sintomi cognitivi, affettivi, motivazionali e somatici della depressione su scala Likert da zero a tre punti. La Beck Anxiety Inventory – second edition (BAI-II) è uno strumento autosomministrato che permette di valutare la gravità della sintomatologia ansiosa.

5.3.5 Come avviene l'analisi e la gestione del singolo episodio di violenza?

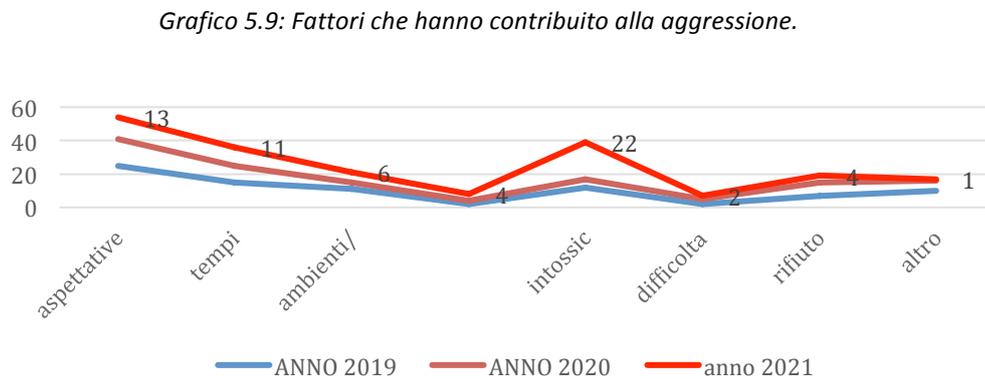
La procedura ASST "Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori" si applica a tutto il personale dell'ASST di Cremona; la procedura è accompagnata da un modulo per facilitare la raccolta omogenea dei dati e un albo Incident Reporting per il monitoraggio degli eventi. Per analizzare il fenomeno viene utilizzata la definizione NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health): ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro. L'organizzazione sanitaria si attiva rapidamente anche per gli aspetti legali (compresa la mediazione), infortunistici e assicurativi. Nei casi in cui è ritenuto necessario, l'analisi dell'evento comporta un sopralluogo nell'ambiente. Viene registrata la eventuale contemporanea denuncia inail o rapporto all'autorità giudiziaria. È garantito il trattamento medico e il sostegno psicologico agli operatori vittime di violenza.

5.3.6 Quali sono le cause individuate nel vostro setting?

Tra i fattori di rischio individuati, oltre al generale fenomeno di carenza di risorse, particolarmente presente nelle realtà territoriali di provincia, si evidenzia che i fattori più frequentemente implicati nei casi di violenza riguardano le caratteristiche dell'utenza (soprattutto l'intossicazione da alcool e sostanze) e i setting di maggiore rischio (servizi per l'emergenza, psichiatria), nonché le circostanze che favoriscono lunghi tempi di attesa e aspettative inadeguate da parte dell'utenza. Riguardo i fattori di rischio per la violenza interna, è possibile ipotizzare un ruolo dello stress pandemico associato allo stress derivante dalla protratta condizione di carenza di organico.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Il grafico 5.9 evidenzia i fattori rilevati nel triennio 2019-2021.



Fonte: ASST Cremona

5.3.7 Come vengono rilevate le cause nel vostro setting?

La scheda specifica per la rilevazione degli eventi comprende una parte specifica di rilevazione dei fattori che possono favorire le aggressioni.

5.3.8 Quali sono le conseguenze nel vostro setting?

Dai colloqui e dalle somministrazioni delle scale di valutazione sopra riportate risulta che dieci operatori presi in carico dallo Psicologo del Lavoro avevano un punteggio considerato fisiologico alla scala dell'impatto dell'evento e alle scale per rilevare l'ansia e la depressione. Gli agiti aggressivi avevano in comune il fatto che il paziente era agitato, disorientato e non collaborante o che l'aggressione verbale era esercitata da un familiare che non voleva seguire le procedure di ingresso in reparto. Il vissuto aggressivo in questi casi è stato elaborato dall'operatore, razionalizzato nel contesto di lavoro e non ha lasciato traccia a livello emotivo. Si segnala però una difficoltà dell'operatore nel gestire il conflitto a livello comunicativo, e che dall'analisi effettuata è emerso che talvolta è l'operatore stesso a generare la spirale aggressiva, comunicando con l'utenza in modo tale da stimolare i fattori trigger del paziente o del familiare. In cinque casi, invece, gli operatori avevano valori superiori al *cut off* significativo a livello clinico. In quattro su cinque di questi casi l'aggressione è avvenuta tra operatori che lavorano nel medesimo contesto, con ovvie difficoltà relazionali proseguite anche dopo l'agito. In queste situazioni particolari è stata necessaria una presa in carico dell'operatore, attraverso la programmazione di più incontri, volti a elaborare il vissuto e strutturare strategie e risorse orientate a gestire il confronto e incontro tra colleghi nel tentativo di ripristinare per quanto possibile un dialogo collaborativo.

5.3.9 Come vengono rilevate le conseguenze nel setting?

Le conseguenze vengono rilevate mediante analisi del sistema Incident Reporting e colloqui con la vittima.

5.3.10 Cosa fa la vostra azienda per la prevenzione e il controllo?

La Procedura aziendale "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori" si applica a tutti i lavoratori. Dal punto di vista strutturale, sono in corso lavori di ristrutturazione degli spazi per migliorare il comfort degli spazi di assistenza e per l'attesa. Generalmente inoltre sono predisposti di bagni e luoghi separati per il ristoro degli operatori. Dal punto di vista operativo, nei servizi per l'emergenza i cartellini identificativi riportano il solo nome. Dopo l'attivazione della procedura interviene il sistema di pronto intervento. In caso venga ritenuto opportuno, il Risk Manager attiva il supporto psicologico. Sono stati realizzati e sono previsti per il futuro programmi di formazione continua sull'argomento.

Il monitoraggio del fenomeno dal 2018 ad oggi consente di formulare alcune considerazioni:

- nell'anno 2021 si osserva un aumento delle segnalazioni rispetto al 2020, che rimane comunque inferiore alle segnalazioni registrate nel 2019, che rappresenta il picco di eventi registrati.
- L'attivazione della Psicologa del Lavoro, iniziata dal 2019, è in costante aumento.
- Un dato significativo e preoccupante è la presenza di agiti violenti tra gli operatori, fenomeno che si evidenzia nel 2020 e si ripresenta nel 2021. In quattro casi si è arrivati alla aggressione fisica. Tale dato potrebbe essere correlato allo stress conseguente alla pandemia, al depauperamento di risorse, alla difficoltà nella gestione dei conflitti.
- In alcuni casi, dove sono stati coinvolti più operatori, gli operatori stessi hanno richiesto di strutturare gruppi di *defusing* per gli operatori dei servizi coinvolti.
- Nel corso dell'anno 2021 sono state eseguite diverse edizioni formative in tema di aggressioni, rivolte agli operatori dei servizi più esposti.
- Si ritiene necessario proseguire per tutte le Unità Operative momenti formativi di training e di retraining sulle tecniche comunicative di de-escalation e di gestione del conflitto.

L'esperienza pandemica ha insegnato l'importanza di affrontare le nuove solitudini anche all'interno dei reparti di degenza. L'assenza delle visite di familiari ed amici è per i pazienti la privazione di un conforto; allo stesso modo per i familiari e amici l'impossibilità di entrare in ospedale e condividere con il malato e i sanitari ciò che accade rappresenta elemento che induce ansia e incertezza.

Nel corso del 2020 è nato il progetto "Ti ascolto io" gestito dall'area sociale aziendale. Questo progetto consiste nell'offrire un supporto telefonico ai familiari/caregiver dei pazienti affetti da covid-19. Lo scopo è quello di fornire informazioni pratiche e, ove necessario, creare un ponte con altri servizi facilitando la relazione e la comunicazione. Tale servizio non fornisce informazioni cliniche sullo stato di salute dei pazienti, ma può dare indicazioni pratiche e favorisce la comunicazione. Nel "Piano Triennale delle performance 2021-2023" si prospetta il consolidamento di tale progetto e l'integrazione di tale progetto con un protocollo aziendale che estende la metodologia di comunicazione pensata in epoca pandemia a tutta la casistica trattata, in quanto è plausibile pensare che sarà necessario convivere a lungo con l'alternanza di presenza e distanza. Questi nuovi criteri univoci di comunicazione andranno ad integrarsi in modo contestuale nei progetti di telemedicina e telesorveglianza.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.3.11 Quali ulteriori interventi intendete proporre alla vostra Direzione Aziendale per un piano di intervento?

Si raccomanda la revisione periodica della procedura e la condivisione con i dipendenti, con l'aggiornamento periodico del DVR e il coinvolgimento del CUG.

5.3.12 Punti di forza in materia presenti in azienda

Presso ASST Cremona si possono evidenziare i seguenti punti di forza:

- sistema di rilevazione e monitoraggio presente dal 2018;
- formazione continua per i dipendenti, per favorire la rilevazione e la prevenzione del fenomeno;
- intervento della Psicologa del Lavoro a supporto delle vittime di aggressione.

5.3.13 Criticità su cui lavorare

Si evidenziano le seguenti criticità:

- maggiore intensità e durata dei tempi di lavoro per carenza di risorse (pre-covid) e grave peggioramento dovuto alla pandemia;
- miglioramenti strutturali già deliberati ma in tempi lunghi (nuovo ospedale e nuove strutture territoriali); le opere di ristrutturazione in itinere si effettuano su strutture poco funzionali;
- criticità nella gestione delle intossicazioni con agitazione psicomotoria (mancanza di area critica di tossicologia attrezzata per le emergenze comportamentali).

5.4 ATS Brescia, servizio di continuità assistenziale.

In questo lungo periodo di emergenza pandemica, ognuno ha avuto modo di riflettere sul proprio luogo di lavoro. Si è dibattuto anche sul “non luogo” di lavoro, con modalità a distanza, connessa o agile, che non è oggetto di questa analisi, ma aiuta a focalizzare che non è data una presunta neutralità dello spazio fisico in cui si esercita, ma che anzi è un elemento essenziale che coadiuva la possibilità di accogliere la persona che ha bisogno di cure, con risultato soddisfacente. Un luogo di lavoro adeguato è una sorta di protesi utile anche al contenimento del rischio aggressioni per l'operatore.

5.4.1 Dati generali relativi al setting

ATS di Brescia, ed in particolare l'unità operativa di prevenzione e protezione, il RSPP aziendale, ha avviato un'azione di sviluppo del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) master, con progressiva attenzione a tutte le sedi di erogazione, anche quelle più periferiche, come quelle di erogazione del Servizio di Continuità Assistenziale, giungendo ad un vero e proprio Documento di Valutazione dei Rischi specifico: ultimo aggiornamento (quinta edizione, quarta revisione) adottato a novembre 2021. Questo documento è stato ovviamente redatto secondo i principi del decreto legislativo n. 81/2008, in particolare con riferimento all'articolo 17, comma 1 lettera A che definisce gli obblighi del datore di lavoro; all'articolo 28 oggetto di valutazione dei rischi nonché all'articolo 29 comma 3 rivalutazione della gestione dei rischi.

Del resto, la normativa è via via divenuta più chiara ed esplicita: è definito nell'interpello 15/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, protocollo 19859 del 25 ottobre 2016, che i medici di continuità assistenziale, rientrando nella definizione di lavoratore di cui all'articolo 2, comma 1, lettera A, ricadono nel campo di applicazione del decreto legislativo 81/2008, ed hanno l'obbligo di sottoporsi a sorveglianza sanitaria ex articolo 41 del decreto legislativo 81/2008, ed alle attività di formazione sui rischi. Inoltre, la Delibera della Giunta Regionale n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 in materia di “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2019”, al punto 7.2.1 stabilisce che “L'ATS è responsabile dell'individuazione e della gestione delle postazioni di continuità assistenziale [...] in quanto Datore di Lavoro dei Medici di Continuità Assistenziale”.

La Medicina Generale rappresenta la componente del SSN più vicina ai cittadini costituendo, altresì, un filtro per l'accesso agli altri servizi. In quest'ambito una funzione fondamentale è assolta dai Medici della Continuità Assistenziale che hanno i compiti “non differibili” dei Medici di Assistenza Primaria (MMG) in ore e giorni diversi al fine di assicurare l'assistenza sanitaria per 24 ore e per 365 giorni l'anno. Il medico di continuità assistenziale, qualora ne ravvisi la necessità, deve direttamente allertare il servizio di emergenza territoriale per l'intervento del caso. L'esito favorevole dell'intervento è influenzato nella maggior parte dei casi:

- dall'intervallo di tempo che intercorre fra il verificarsi dell'evento e la qualità ed efficacia dei primi soccorsi, minimizzando tempo di arrivo dei soccorsi;
- dall'adeguatezza dell'intervento sanitario, portando sul luogo dell'evento le migliori risorse assistenziali disponibili.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

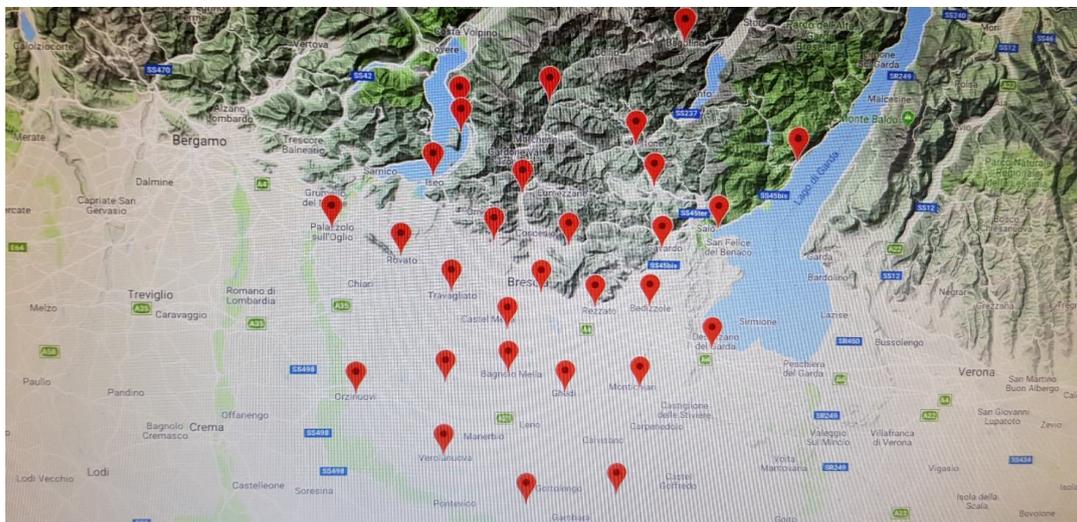
In relazione alle necessità dell'assistito, gli interventi del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) possono, dunque, essere espletati tramite consigli telefonici, visite ambulatoriali, laddove sia stato istituito un apposito ambulatorio in relazione alle necessità espresse sul territorio, oppure, più tradizionalmente, visite domiciliari. Le attività descritte possono esporre i professionisti a diversi rischi specifici, ma per l'economia dell'analisi si riferirà esclusivamente al rischio aggressioni, in particolare in sede ambulatoriale.

Il Dipartimento delle Cure Primarie coordina l'attività di Continuità Assistenziale, che al 31 dicembre 2020, vedeva centottantasette Medici in ventinove postazioni.

5.4.2 Sede dell'attività

I luoghi di lavoro di cui si tratta, le postazioni dei Servizi di Continuità Assistenziale afferenti l'ATS di Brescia, sono ben ventinove. Anche la figura 5.1 sotto riportata rende l'idea della diffusività e dell'importanza per i cittadini.

Figura 5.1 - Sedi dei medici di continuità assistenziale dell'ATS BRESCIA



Fonte: sito istituzionale <https://www.ats-brescia.it/continuita-assistenziale>

È importante annotare che la maggior parte delle strutture che ospitano il Servizio di Continuità Assistenziale non sono di proprietà dell'ATS, ciò rende ancor più complessa l'analisi e la strategia di intervento.

5.4.3 Conoscenza del fenomeno: aggressioni accertate nel setting analizzato

Il Risk Manager monitora costantemente le aggressioni verbali o fisiche attraverso le segnalazioni, utilizzando un sistema di Incident Reporting interno. Il sistema di Incident Reporting implementato ormai da parecchi anni nell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, rappresenta uno strumento, da ritenere indispensabile, teso ad aumentare i livelli di conoscenza delle cause e dei fattori che hanno contribuito al verificarsi di un evento avverso, in base al principio dell'imparare dall'errore.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Richiamiamo come nell'anno 2018 le segnalazioni, in venti casi sui ventisei registrati, derivano dall'attività dei Medici della Continuità Assistenziale. In questo ambito sono stati segnalati in sette casi, eventi di natura tecnica (guasti, problemi impiantistici, etc.) e, in tredici casi, eventi da classificare nell'area aggressioni o minacce (le segnalazioni riguardano minacce verbali).

Il sistema ha poi registrato, nel corso del 2019, diciassette eventi (in due casi le segnalazioni sono pervenute da diversi operatori ma per lo stesso evento). Il dato, che indica una riduzione superiore al 30% rispetto al dato 2018 (anno in cui sono stati segnalati ventisei eventi), è da ritenersi comunque significativo considerando che le segnalazioni hanno riguardato in undici casi (73%) l'attività dei Medici della Continuità Assistenziale. In questo ambito sono stati segnalati in tre casi eventi di natura tecnica (guasti, problemi impiantistici, etc), in quattro casi eventi da classificare nell'area aggressioni o minacce (le segnalazioni riguardano esclusivamente minacce verbali) e in altri quattro casi eventi da classificare come molestie sessuali (solo telefoniche). In due casi sono state coinvolte le forze dell'ordine. Le restanti quattro segnalazioni pervenute al Risk Manager, fatte da operatori di vari assetti dell'Agenzia, sono da riferire in tre casi a situazioni conflittuali con l'utenza, che hanno portato a minacce verbali e in un caso a problemi tecnici.

Nel 2020 il servizio di Incident Reporting ha ricevuto venti segnalazioni. Di queste, tredici sono riferite alle postazioni di continuità assistenziale; in particolare, otto sono riferite ad aggressioni verbali e cinque ad altri eventi (di cui uno di natura tecnica, una constatazione di decesso, una al domicilio del paziente e due effrazioni). Delle otto aggressioni, in due casi è stata fatta denuncia alle autorità locali. Solo in un caso, delle otto aggressioni, è stato coinvolto un medico uomo.

Nella tabella 5.4 sono riportate le segnalazioni pervenute nei tre anni:

Tabella 5.4 - Segnalazioni pervenute al sistema incident reporting e relative alle sedi dei medici di continuità assistenziale dell'ATS BRESCIA

	Eventi totali	Eventi di natura tecnica	Altro	Aggressioni	Aggressioni fisiche
Anno 2018	20	7	0	13	0
Anno 2019	11	3	0	8	0
Anno 2020	13	1	4	8	0

Fonte: DVR MCA ATS Brescia, 2021 (fonte interna).

5.4.4 Come viene misurato il fenomeno nel setting analizzato?

Rispetto alla sede di MCA, la valutazione del rischio è partita dalla compilazione (a seguito di sopralluogo) della scheda sotto riportata nella tabella 5.5 che tiene conto delle caratteristiche della postazione, dell'organizzazione del lavoro, dell'ambiente esterno, della presenza o meno di sistemi di allarme e della formazione/informazione in possesso dei MCA. Ad ogni voce è stato assegnato un punteggio che permette di elaborare un risultato finale. Infine, viene aggiunto il coefficiente relativo al rischio effrazione così come specificato nel paragrafo di riferimento. In questo modo si ottiene un valore che individua il livello di rischio di ogni sede.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tabella 5.5: Scheda di valutazione rischio aggressione Sede MCA ATS Brescia

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO AGGRESSIONE SEDE MCA				
Sede MCA di _____	SI	NO	Punteggio	NOTE
L'illuminazione ESTERNA è adeguata?				Se SI = 5
Il percorso di accesso è sicuro?				Se SI = 5
La postazione è isolata o adiacente ad altre abitazioni, o all'interno di una piazza?				se ISOLATA = 0; se ADIACENTE altre abitazioni = 5; se in una piazza = 3
Sono presenti in prossimità della postazione sedi di forze dell'ordine (polizia, carabinieri)?				Da 1 a 7 in funzione dei possibili tempi di intervento delle forze dell'ordine
Nell'edificio sono presenti altre attività pubbliche o private che comportano la presenza di operatori la notte e nei giorni festivi?				Se SI = 8
Esiste un servizio di portineria (esempio, all'interno dell'ospedale con accesso controllato)?				Se SI = 7
Il locale di lavoro è inserito all'interno di una struttura frequentata di notte e nei giorni festivi (ospedale, Croce Rossa, RSA)?				Se SI = 10
L'ambulatorio è dotato di doppia uscita verso l'esterno o verso un locale adiacente sicuro?				Se SI = 5
La postazione è dotata di videocitofono?				Se SI = 7
Esiste in prossimità dell'ambulatorio, un sistema di allarme antincendio che potrebbe essere utilizzato come strumento di allerta?				Se SI = 3
Esiste possibilità di attivare una sirena acustica interna/esterna?				Se SI = 8
La disposizione dei mobili è tale da consentire, in caso di pericolo, al medico di rifugiarsi nel locale adiacente?				Se SI = 4
I Medici di Continuità Assistenziale partecipano a corsi di formazione specifici sulla gestione delle aggressioni e dei conflitti?				Se SI = 6
È stata predisposta e distribuita a tutti i MCA la procedura Prevenzione atti di violenza nei luoghi di lavoro?				Se SI = 2
Sullo smartphone del MCA è stata scaricata l'applicazione WHERE ARE U collegata al 112?				Se SI = 8
È contemporaneamente presente un numero di medici superiore a uno?				Se SI = 10
TOTALE parziale				
Coefficiente correttivo rischio effrazione				-4 oppure -2 oppure 0
TOTALE SEDE				

Fonte: DVR MCA ATS Brescia, 2021 (fonte interna).

Si è cercato quindi di analizzare tutti i sistemi di sicurezza attivi e passivi che possono essere messi in atto per evitare l'effrazione. Alcune strutture sono più a rischio di subire un furto con scasso rispetto ad altre. I sistemi di sicurezza utilizzati si dividono in due categorie: quelli passivi e quelli attivi.

Ciò ha consentito di assegnare a ciascuna sede un coefficiente correttivo da inserire nella tabella di valutazione del rischio aggressione. Il coefficiente correttivo (che vale -4 per le sedi più esposte a rischio effrazione; -2 per le sedi a rischio medio e 0 per quelle ritenute meno esposte a questo rischio) andrà a sommarsi al valore ottenuto al termine della valutazione del rischio aggressione.

5.4.5 Come avviene l'analisi e la gestione del singolo episodio di violenza?

Ad ogni episodio segnalato in una sede MCA, consegue un sopralluogo del servizio di protezione e prevenzione. Inoltre, quando necessaria viene effettuata una visita della persona coinvolta da parte del Medico Competente.

5.4.6 Quali sono le cause individuate nel vostro setting?

Tra le cause solo apparentemente meno dirette per quanto riguarda il rischio di aggressioni, un breve cenno merita nell'economia del discorso il rischio connesso al lavoro in solitudine. Il lavoro in solitudine, in quanto fonte di pericolo, è sostanzialmente ignorato nel decreto legislativo n. 81/2008: esso è infatti esplicitamente vietato soltanto in casi eclatanti di ambiente o di lavorazione altamente pericolosi (lavoro su scale; obbligo di assistente a terra; lavoro in spazi confinati; soggetto a normativa specifica, ecc.) mentre, al di fuori di detti casi, viene implicitamente considerato come rischio residuo o accettabile. La solitudine è una situazione particolare, che deve essere considerata come potenziale fattore di rischio, e pertanto i rischi associati eventualmente individuati devono essere valutati e gestiti alla pari di ogni altro rischio lavorativo. Il lavorare in solitudine può essere sostanzialmente affrontato in base a due possibili ricadute sulla salute di chi lo compie: da un lato il rischio vero e proprio derivante dalla mancata possibilità di venire soccorsi (in caso di infortunio, malore, aggressione, ecc.) e, dall'altro, le conseguenze, meno dirette ma da non trascurare, che hanno a che vedere con gli aspetti psicologici e sociali che possono avere delle ripercussioni sullo stato di benessere del lavoratore. Ancor più quando connesse a dinamiche riferibili a differenze di genere in quanto possano comportare un rischio diverso di esposizione o di danno tra i lavoratori. Su quest'ultimo aspetto si interverrà con la terza azione presentata per il setting ATS Brescia.

Rispetto alle aggressioni fisiche e verbali violente, le attenzioni sessuali indesiderate, fino allo stupro, sulla base dei dati, al momento reperiti sulla stampa non specialistica, si configurano come un significativo rischio per la sicurezza del medico di continuità assistenziale, in particolare di sesso femminile. Un problema noto da tempo, la sicurezza dei MCA, per ridurlo negli anni sono stati organizzati, a seguito di contatti tra l'ATS e la Prefettura di Brescia, alcuni incontri dei MCA con Funzionari della Polizia di Stato, che hanno fornito alcune informazioni e indicazioni anche comportamentali per abbassare il livello di rischio.

Per le postazioni MCA, il maggior rischio si presenta durante le ore notturne, in particolare se è presente un solo operatore, sia quando il paziente, malintenzionato o no, accede alla struttura, sia durante una prestazione domiciliare; in questi casi, infatti, gli operatori sanitari possono essere particolarmente vulnerabili. Un ulteriore aspetto importante, collegato all'attività dei MCA, e strettamente correlato al rischio aggressione, riguarda l'eventualità che un ladro si introduca all'interno di una postazione e che venga a contatto, anche casualmente con il medico di turno. Tale eventualità negli ultimi anni si è verificata in due sedi. In entrambi i casi il malvivente, trovandosi al cospetto con il medico di turno, ha scelto fortunatamente come reazione all'incontro quella di darsi alla fuga. Nella valutazione del rischio aggressione si è considerata, come aspetto migliorativo, la possibilità di avere una doppia uscita (o un'uscita sul retro) nelle postazioni MCA. È necessario prima di tutto fare una distinzione tra postazioni in stabili in comune con altre utenze e in case isolate o semi isolate.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.4.7 Come vengono rilevate le cause nel vostro setting?

Principalmente tramite il Sistema di Incident reporting (procedura aziendale), comprensivo dei *near miss*. Vengono eseguiti colloquio e sopralluogo a cura del SPP. L'analisi degli episodi segnalati consente di identificare la frequenza e la severità degli episodi.

5.4.8 Quali sono le conseguenze nel vostro setting?

Come sopra evidenziato negli ultimi anni non vi sono state segnalazioni di aggressioni fisiche in MCA, ed anche per quanto riguarda le minacce verbali e le molestie sessuali, non si è a conoscenza di ricadute dirette per il personale coinvolto. Diversamente, se si allarga lo zoom all'impatto diretto sul benessere organizzativo e in ultima analisi sulla qualità dell'assistenza. La eco di un episodio di aggressione è spesso immediata sia all'interno dell'Agenzia che nei media locali: alcuni luoghi e lavori vengono emotivamente classificati come difficili, con conseguenze sulla disponibilità operativa (capacità di resilienza) degli operatori in servizio e sulla acquisizione di nuovi operatori. Sedi periferiche, logisticamente svantaggiate o non adeguatamente percepibili come sicure, possono rimanere nel breve-medio periodo vacanti con grave danno per la fruibilità e l'accesso dell'utenza.

5.4.9 Come vengono rilevate le conseguenze nel vostro setting?

Le informazioni sulle conseguenze sono raccolte in modo il più possibile prossimo all'evento, già quindi in sede di sopralluogo del SPP o di visita del medico competente. In alcune situazioni ripetute, sono stati organizzati *focus group* con psicologi aziendali e il personale coinvolto.

5.4.10 Cosa fa la vostra azienda per la prevenzione e il controllo?

Si sono sviluppate negli anni alcune azioni di prevenzione che possiamo considerare stabilizzate, anche se per questo non meno importanti o non monitorate, come la formazione e informazione sui rischi per i nuovi operatori, il monitoraggio degli infortuni e dei cosiddetti *near miss* e la procedura gestione e monitoraggio aggressioni, indicata nel *DVR Master*. Al momento, fine anno 2021, il rischio aggressione nelle sedi MCA è ritenuto accettabile. Resta comunque valida una ulteriore azione di miglioramento legata alla possibilità di dotare, le postazioni più problematiche, di una sirena interna all'ambulatorio, ad alta suoneria acustica e azionabile dal medico in caso di immediato pericolo.

5.4.11 Quali ulteriori interventi intendete proporre alla vostra Direzione Aziendale per un piano di intervento?

Si intende proporre alla direzione aziendale un piano di intervento con tre azioni innovative.

La prima azione è strutturale, sia nel senso di costante e già avviata, sia nel senso specifico che richiede di programmare interventi sulle sedi, in base alla valutazione del rischio effettuata con la scheda presentata e degli interventi edilizi conseguenti alla verifica in loco dei punti di debolezza emersi. Ovviamente il costo degli interventi, comunque programmabile anche con previsione pluriennale, discende dalle condizioni di ogni singola sede.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Qui si propone di aggiungere un'azione di confronto multi azienda o agenzia, che permetterebbe di ridurre il rischio di auto referenzialità non solo nella valutazione, ma anche nella scelta e nella pesatura degli indicatori. Un'azione a costo ridotto (ore di lavoro del personale individuato), di confronto tra operatori del servizio di prevenzione e protezione di altre aziende, permette nello specifico di allargare il campione delle sedi, riconoscere ulteriori variabili in gioco o affinarle, e standardizzare il processo, magari stabilendo a ricaduta un minimo livello di rischio accettabile e un *benchmark* di riferimento. I tempi di realizzazione possono essere medio brevi, sei mesi o un anno, dall'avvio. Non richiede necessariamente spostamenti aggiuntivi di operatori, anzi vista la materia specifica di lavoro, la video registrazione dei sopralluoghi e una visione condivisa a distanza, potrebbero essere uno strumento efficace, oltre che efficiente.

La seconda azione è di *governance*, la rilevanza e la pregnanza sono noti e non richiedono che un breve cenno: il Piano Nazionale di Ripartenza e Resilienza (PNRR) 2021-26 sta stimolando i territori regionali a utilizzare importanti risorse strutturali per l'individuazione, la realizzazione o la ristrutturazione delle Case di Comunità. Una eccezionale occasione di valorizzazione del patrimonio pubblico, indicata nei tempi e nei contenuti anche dalla recentissima legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 in materia di "Modifiche al Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

Tra gli elementi essenziali individuati da AGENAS per le Case di comunità vi è anche la continuità assistenziale; anche se altre sedi potranno verosimilmente permanere. L'azione che si propone alla Direzione Aziendale nell'ambito del presente project work, è di utilizzare i criteri strutturali ed organizzativi sopra riportati, per individuare fin da subito sedi che realizzino il miglior livello di contenimento strutturale del rischio aggressioni, con evidente risparmio di risorse per gli anni successivi se si scegliessero sedi non totalmente adeguate. Si propone di farlo in modo sistematico in collaborazione con i Sindaci e i loro organismi di rappresentanza come riformati con la stessa legge regionale 22/21 (Collegio dei Sindaci di ATS e Consiglio per le ASST).

È auspicabile la sinergia con le autorità competenti per la tutela del territorio, che ad esempio, potrebbero facilitare il raccordo con le forze dell'ordine. Riguardo la scelta delle sedi, quando presenti più alternative sarebbero da preferire quelle più vicine ai luoghi di vita dei cittadini, meno isolate. Questa azione si completa pensando di utilizzare l'inaugurazione di ogni sede, che molto probabilmente a suo tempo avverrà, con indubbio notevole richiamo mediatico, per una campagna di informazione e comunicazione sul rischio aggressioni e sull'importanza che queste sedi possono avere anche in quest'ottica. I tempi di realizzazione dovranno essere brevi per l'individuazione delle sedi e la progettazione degli interventi edilizi, in coerenza con i tempi di sviluppo del PNRR. La campagna di comunicazione e informazione può essere sostenuta con costi ridotti, anche con possibili sinergie tra più promotori.

La terza e ultima azione è di formazione rivolta agli operatori MCA (medici e figure di supporto) che hanno subito un'aggressione o interessati al percorso preventivo. La realtà quotidiana ci consente di individuare le aggressioni, il mobbing e lo stress lavoro correlato come fattori di rischio, presenti anche nelle postazioni di MCA; le donne risultano più esposte alle aggressioni verbali e fisiche, e, per ragioni costituzionali, possono subirne maggior danno. L'ATS di Brescia ha già avviato un percorso di

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

valutazione del clima organizzativo, di monitoraggio degli atti di aggressione, di prevenzione e formazione specifica. Nella nostra azienda i dati raccolti nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'Osservatorio aziendale permanente degli Indicatori di benessere e malessere e per le valutazioni dello stress lavoro-correlato, ci descrivono una popolazione di lavoratori stabilmente composta da una maggioranza di donne (74%), di età media compresa tra i quaranta e i cinquanta anni. La proposta innovativa è di operare in piccolo gruppo con supporto psicologico. La metodologia è già stata sperimentata in altri momenti e contesti emersi dall'analisi sul clima aziendale, con psicologo interno formato sulla gestione delle emergenze sanitarie. Si tratta di estenderlo in modo organizzato, potenzialmente anche nei momenti di crisi per i nuovi "sportelli" nati nel periodo emergenziale pandemico. Il piccolo gruppo, su base volontaria di partecipazione, può essere guidato dal collega psicologo con metodologia di *defusing* o di vero e proprio *debriefing* a seconda della situazione creata. Queste esperienze, nelle situazioni non di crisi e quindi nell'economia di questa proposta se non vi sono state particolari situazioni di aggressione, potrebbero essere lette in termini di formazione sul campo, e in tal senso introdotte nel Piano di Formazione Aziendale annualmente adottato (con relativi tempi e costi di realizzazione). L'ottica formativa per i partecipanti consentirebbe di rivalutare le direttive, le procedure e il bisogno formativo in occasione di un episodio di violenza e di sviluppare strumenti per la valutazione del rischio e istruire lo staff ad utilizzarli, anche con l'intento di introdurre graduali azioni di miglioramento.

5.4.12 Punti di forza in materia presenti in azienda

Come descritto, ATS Brescia vanta un costante investimento e particolare interesse per la prevenzione e la gestione del rischio aggressioni per il personale del servizio di continuità assistenziale. Si è registrato nell'ultimo anno un miglioramento dei valori relativi alla valutazione del rischio aggressione nelle postazioni rispetto alla precedente valutazione, che può essere ricondotto ad alcuni importanti interventi di salute e sicurezza messi in atto nel tempo.

In particolare, tramite azioni di miglioramento graduale, strutturale e tecnologico, anche con l'obiettivo di migliorare il decoro e l'accoglienza per l'utenza. Si sono favorite le postazioni in cui potessero essere presenti contemporaneamente più medici. Sono state avviate iniziative formative specifiche anche per i Medici di Continuità Assistenziale.

Conclusivamente, in ATS Brescia la Scheda di valutazione strutturale delle sedi di Continuità Assistenziale e la connessa procedura è divenuta base del processo di miglioramento continuo per il contenimento del rischio aggressioni per gli operatori che la utilizzano.

5.4.13 Criticità su cui lavorare

I punti critici su cui lavorare sono:

- segnalazioni molto ridotte: si ritiene necessario sensibilizzare gli operatori alla segnalazione degli eventi anche se non gravi, soprattutto per le aree di nuova attività inerente al Covid-19;
- processi formativi ed informativi non sufficienti: necessaria una implementazione della formazione specifica a tutto il personale.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.5 ATS Bergamo, il Servizio di Continuità Assistenziale

Il Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) rappresenta una parte importante delle cure primarie poiché offre una assistenza territoriale attiva per circa il 70% dell'arco temporale settimanale.

Prima della legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015 in materia di "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo", l'attività svolta nelle postazioni di Continuità Assistenziale era interamente di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Bergamo. Con la riforma introdotta dalla legge regionale 23/2015 il Dipartimento di Cure Primarie dell'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo ha stipulato convenzioni con le tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali della provincia per la gestione del servizio di Continuità Assistenziale.

Una procedura operativa comune viene quindi applicata da parte dell'Ufficio Convenzioni del Dipartimento Cure Primarie e da parte delle tre ASST, le quali garantiscono l'erogazione del servizio, osservando le indicazioni procedurali ed operative che l'ATS emana. Il servizio si avvale dell'attività svolta dai medici di continuità assistenziale, i quali lavorano in regime di lavoratori para subordinati dell'ATS.

In particolare, l'ATS garantisce, tramite l'unità operativa semplice (UOS) Continuità Assistenziale del Dipartimento Cure Primarie, le seguenti attività: la gestione degli Accordi Collettivi Nazionali (AACCNN), degli Accordi Integrativi Regionali e degli Accordi integrativi Aziendali ed applicazione di specifiche DGR per la Continuità Assistenziale; la programmazione della Continuità Assistenziale; la programmazione e la gestione di progetti innovativi e migliorativi per la Continuità Assistenziale; la rilevazione dei fabbisogni formativi dei medici di continuità assistenziale, la programmazione e la gestione della formazione obbligatoria e facoltativa; i controlli sugli obblighi previsti dall'art. 20 degli AACCNN della medicina generale (relativo alla formazione continua); l'elaborazione dei dati per la trasmissione dei flussi informativi al Ministero della Salute e alla Regione.

5.5.1 Dati generali relativi al setting

L'organico dell'ATS Bergamo prevede duecento Medici di Continuità Assistenziale, per un bacino d'utenza di 1.103.556 persone residenti nei duecentoquarantaquattro comuni della provincia.

Come riportato sul portale dell'ATS, durante la visita il medico di Continuità Assistenziale può: prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili nella quantità sufficiente a coprire un ciclo di terapia massimo di tre giorni a seguito di suo atto medico; rilasciare certificati di malattia, se necessario, per un periodo massimo di tre giorni; trascrivere su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale terapie non differibili per un ciclo massimo di tre giorni; effettuare visite domiciliari, ambulatoriali, consulti telefonici; prescrivere farmaci per terapie urgenti.

Il MCA durante la visita non può erogare: prestazioni infermieristiche che non seguano l'atto medico (es. iniezioni); vaccinazioni; prescrizione di esami diagnostico-strumentali o di visite specialistiche.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Si consiglia di contattare direttamente il Servizio di Emergenza e Urgenza componendo il numero telefonico 112 in caso di: grave malore; incidente stradale, domestico, sportivo, sul lavoro; ogni situazione certa o presunta di pericolo di vita.

5.5.2 Sede dell'attività

Di norma i medici di Continuità Assistenziale sono attivi in ventisette postazioni, di cui sedici dispongono di un ambulatorio strutturato a libero accesso. La maggior parte delle sedi non sono edifici di proprietà dell'ATS, ma delle ASST, dei Comuni, ecc. L'attività dei medici si svolge nella postazione di Continuità Assistenziale oppure a domicilio del paziente. Una parte dell'attività avviene per telefono, senza incontrare direttamente il paziente.

Durante l'emergenza COVID 19 l'accesso libero all'ambulatorio strutturato è stato sospeso. Inoltre, attraverso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), alcuni medici di Continuità Assistenziale sono stati attivamente coinvolti sia nell'effettuazione di tamponi nasofaringei per la ricerca del SARSCoV2, che nella somministrazione delle vaccinazioni anti SARSCoV2 a domicilio del paziente.

5.5.3 Conoscenza del fenomeno: aggressioni accertate nel setting analizzato

Nel biennio 2020-2021 sono state segnalate via mail al responsabile della UOS Continuità Assistenziale dell'ATS (e in copia alle rispettive ASST) undici incidenti avvenuti presso le postazioni periferiche di Continuità Assistenziale: quattro nel 2020 e sette nel 2021. In tre casi, la segnalazione era firmata da due medici di Continuità Assistenziale.

In totale i medici segnalatori sono stati tredici. Tre di loro sono attivi anche come medici di medicina generale (MMG). Alcuni medici hanno fatto più di una segnalazione. L'età media dei medici segnalatori era di 30 anni. I medici segnalatori erano nove donne e quattro uomini.

Durante lo stesso evento riportato si sono verificate più tipologie di aggressione, ad esempio: "uso di espressioni verbali aggressive" e "minaccia", oppure "uso di espressioni verbali aggressive" e "danni a beni", ecc. Nella maggior parte degli episodi si tratta di "uso di espressioni verbali aggressive", per nove episodi. In un caso il paziente aggressore era in stato di ebbrezza.

Le postazioni coinvolte sono sei. Cinque segnalazioni sono riferite alla stessa postazione. In due casi è stata effettuata anche una segnalazione dell'episodio alle Forze dell'Ordine.

Le segnalazioni sono state condivise con il Risk Manger dell'ATS e inserite nell'Albo dell'Incident Reporting aziendale.

Nella Tabella 5.6 sono riportati gli episodi di violenza segnalati dai MCA della ATS di Bergamo nel biennio 2020 - 2021.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tabella 5.6: Episodi segnalati dai MCA della ATS Bergamo

	2020	2021	Totale
N. episodi	4	7	11
N medici segnalatori	6	7	13
Sesso vittima			
donna	3	6	9
uomo	3	1	4
Età media vittima	29 anni	30 anni	30 anni
Turno			
diurno	0	3	3
notte	2	1	3
mattina	2	1	3
non specificato	0	4	4
Tipologia aggressione			
Uso di espressioni verbali aggressive	3	7	10
Minaccia	1	0	1
Danno a beni/cose	1	1	2
Paziente ubriaco	0	1	1
Impiego di gesti violenti	0	1	1
Inconvenienti igienico-sanitari	0	1	1
Topologia di aggressore			
paziente	2	7	9
famigliare di paziente	1	0	1
non specificato	1	1	2
Effettuata segnalazione alle FFOO	1	1	2

Fonte: ATS Bergamo

Ad integrazione della tabella, si precisa che nel 2019 è stato segnalato nel sistema SIMES da parte dell'ATS di Bergamo un evento sentinella con lesioni fisiche lievi, relativo ad un episodio di aggressione che ha coinvolto due colleghe di SCA, per problematiche legate alla organizzazione del lavoro.

5.5.4 Come viene misurato il fenomeno nel setting analizzato?

Nell'ATS di Bergamo il fenomeno viene misurato e valutato con strumenti qualitativi e quantitativi di routine (Incident Reporting) e con strumenti *ad hoc* interni e esterni.

Anzitutto, come modalità di registrazione passiva abbiamo il Sistema Incident Reporting. A partire dal 2020, gli episodi segnalati per iscritto al responsabile del Servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS con una mail, sono registrati anche nell'Albo dell'Incident Reporting dell'ATS, da parte del Risk Manger dell'ATS. Eventuali segnalazioni da parte dei medici pervenute soltanto alle ASST e non segnalate anche all'ATS sfuggono a questo sistema di raccolta.

Il numero delle segnalazioni rilevate con questo strumento in maniera retroattiva *ex post* non necessariamente rispecchia il numero di episodi che si sono verificati, ma la volontà del singolo medico di segnalare gli episodi di aggressione. Pertanto le informazioni emerse non hanno una valenza epidemiologica, in quanto manca un denominatore per costruire indicatori più robusti come

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

ad esempio proporzioni, tassi, ecc. L'apposito modulo per le segnalazioni degli incidenti dell'ATS non viene utilizzato da parte dei medici di CA che, come evidenziato sopra, utilizzano una modalità di segnalazione diversa. Malgrado le limitazioni sopra evidenziate, il sistema Incident Reporting presenta alcuni vantaggi. La segnalazione di aggressioni verbali minori aiuta la prevenzione di aggressioni maggiori, in quanto fa emergere le cause e possibili soluzioni degli episodi segnalati. Inoltre il sistema consente il monitoraggio nel tempo delle cause e dell'efficacia delle soluzioni.

Si è pertanto pensato a modalità attive di raccolta, utilizzando un questionario interno preparato *ad hoc* e un questionario proposto dalla Survey della ACSS.

Nel 2019, nell'ambito di un progetto sperimentale più ampio condotto nel servizio di Continuità Assistenziale e promosso dall'ATS (Tereanu, 2019; Tereanu, 2021), ben 117 medici hanno compilato il questionario Safety Attitude Questionnaire (SAQ). In questa occasione sono state raccolte, grazie ad una apposita voce aggiunta al questionario originale, una serie di proposte da parte dei medici su come si può migliorare la sicurezza.

Il SAQ (Sexton, 2006) è un questionario incentrato sulla percezione della sicurezza dell'utente (non del medico stesso), creato in Usa e tradotto e validato in italiano. La sua sperimentazione nella realtà bergamasca presenta alcuni aspetti interessanti. Il tasso di risposta è stato medio-alto e nella sezione dedicata alle soluzioni per migliorare la sicurezza, diversi medici hanno formulato proposte concrete circa la prevenzione delle situazioni e delle cause che generano conflitto con l'utenza, aumentando la probabilità del medico di rimanere vittima di aggressioni da parte dell'utenza. Il questionario ha fornito anche informazioni preziose circa la percezione del rischio di *burnout* da parte dei Medici di Continuità Assistenziale.

Nell'estate 2021, in vista degli adempimenti alla legge regionale 15/2020, l'Agenzia di Controllo del Sistema Sanitario regionale (ACSS) ha allestito un questionario per la raccolta di informazioni sulle aggressioni agli operatori sanitari. Le ATS lombarde hanno collaborato attivamente con ACSS per quanto riguarda i contenuti e le modalità di applicazione, soprattutto per la parte relativa al territorio: Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ecc. (ACSS, 2021).

ACSS ha richiesto che la parte relativa alle aggressioni ai Medici di Continuità Assistenziale fosse compilata dalle ATS con le informazioni in loro possesso, senza che i singoli medici di Continuità Assistenziale avessero la possibilità di compilare direttamente il questionario. Tuttavia, dando la possibilità di compilare direttamente la *survey* a tutti i MMG e PLS della provincia di Bergamo, si sono ottenute indirettamente informazioni anche da parte di alcuni singoli medici che svolgono il doppio ruolo: Continuità Assistenziale e MMG oppure PLS.

A titolo informativo, i risultati della *survey* rispecchiano quanto illustrato nella tabella 5.6, nel senso che le principali tipologie di aggressioni riferite dai MMG o PLS della provincia nel 2019 sono: aggressioni verbali minori (media 3.7), aggressioni verbali (2.7), minacce e intimidazioni (1.6), molestie e comportamenti molesti (0,5). Nel 2020 è stato riferito un aumento considerevole della media degli episodi di aggressioni verbali minori (21.5) (ACSS, 2021).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Inoltre nel 2018 la Direzione Generale e il Risk Manager dell'ATS di Bergamo hanno inserito nel Piano Aziendale di Risk Management il "Progetto sperimentale di applicazione del metodo dei giri per la sicurezza o *Safety Walk Round* (SWR) presso il servizio di Continuità Assistenziale della provincia di Bergamo", con la collaborazione delle tre ASST della provincia (durata triennale).

Il metodo *Safety Walk Round* (Frankel, 2003) consente di identificare ed analizzare i rischi di eventi avversi per il paziente, al fine di proporre misure correttive per ridurre e eliminare il rischio. Strumento strutturato, principalmente basato su interviste a piccoli gruppi di medici, il metodo SWR può essere altrettanto utilizzato per raccogliere informazioni sui rischi per gli stessi medici, per poi prevedere azioni di contenimento dei rischi individuati (Tereanu, 2018).

L'obiettivo principale dichiarato della sperimentazione era raccogliere informazioni circa la sicurezza del paziente, mentre la raccolta delle informazioni sulla sicurezza dei medici di Continuità Assistenziale era obiettivo secondario. Tuttavia, durante le interviste con gli ottantuno medici di Continuità Assistenziale partecipanti al progetto sono emersi diversi fattori che possono portare al conflitto con il paziente e aumentare il rischio dei medici di subire aggressioni, nonché le relative soluzioni formulate dai medici stessi. Purtroppo nel 2020 il progetto è stato interrotto a causa della pandemia COVID-19, pertanto le azioni di miglioramento pianificate sono state implementate solo in parte.

5.5.5 Come avviene l'analisi e la gestione del singolo episodio di violenza?

La procedura in uso nell'ATS di Bergamo definisce l'evento avverso come "qualsiasi accadimento che ha causato o aveva la potenzialità di causare un danno a pazienti, utenti, visitatori, operatori, medici di Continuità Assistenziale o all'ATS". È una definizione ampia e per questo si declina in modo differente, secondo il contesto in cui viene utilizzata. Nell'ATS di Bergamo l'evento avverso può comportare un rischio per la sicurezza fisica di operatori e utenti o un danno pecuniario o di immagine all'ATS (o un rischio di incorrere in tali danni) o implicare una responsabilità civile, penale e amministrativa.

Le strutture aziendali che hanno attribuzioni specifiche in materia di monitoraggio e gestione degli eventi avversi spaziano dal Risk Manager (per le valutazioni attinenti al rischio clinico) al Medico Competente (attribuzioni professionali in materia di stesura del Documento di Valutazione dei Rischi), all'Area Affari Legali e Assicurativi (ALA) che si occupa del trattamento dei sinistri aziendali, all'Ufficio Sistema Qualità Aziendale (SQA) che gestisce le non conformità secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015, all'Ufficio Relazioni col Pubblico e Comunicazione Istituzionale per segnalazioni e reclami, al Dipartimento Cure Primarie (DCP) per segnalazioni riguardanti i medici convenzionati. In particolare, la procedura operativa dell'ATS relativa agli infortuni sul lavoro e la malattia professionale prevede che il Medico Competente debba essere avvisato di tutte le denunce di infortunio a rischio biologico, come pure di tutte le denunce di infortuni relativi al personale convenzionato della Continuità Assistenziale.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

L'evento sentinella è un evento di particolare gravità, prevenibile, che può comportare grave danno o la morte. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione. Gli atti di violenza (aggressione estrema) a danno degli operatori sanitari sono considerati eventi sentinella.

In tal caso la presa in carico dell'infortunio presuppone l'analisi dell'evento, con un sopralluogo nell'ambiente in cui si è verificato l'episodio di aggressione per identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni favorevoli. Il sopralluogo raccoglie elementi sui dettagli rilevanti dell'evento (caratteristiche di autore e vittima, meccanismi e sequenza degli accadimenti, eventuale presenza di testimoni). Viene acquisito il rapporto e le indicazioni delle forze dell'ordine o di inquirenti. All'analisi dell'evento segue un adeguato *follow up*.

Le istruzioni operative per il medico di Continuità Assistenziale del Dipartimento Cure Primarie dell'ATS richiamate in premessa riportano specifiche relative alla "sicurezza e sistemi di allarme" nelle sedi periferiche e riferimenti al rischio biologico, ma non vi è un raccordo specifico con le istruzioni operative relative alla gestione degli eventi avversi e al relativo Modulo di Segnalazione degli Eventi Avversi dell'ATS. La conseguenza è che i MCA di norma non utilizzano il modulo, ma segnalano gli episodi ricorrendo ad altri canali. Il modulo attualmente in uso non ha campi aperti per riportare gli aspetti emotivi e psicologici della vittima dell'aggressione. La valutazione e l'assistenza psicologica (per esempio con tecniche di *debriefing*, *counseling*, ecc), non è attualmente offerta a prescindere, ma solo nei casi ritenuti più gravi. Non in tutte le postazioni sono presenti condizioni ambientali tali da garantire una percezione di sicurezza.

5.5.6 Quali sono le cause individuate nel vostro setting?

Nel setting si rilevano fattori di rischio generale. A causa della scarsità di medici da assegnare al servizio di Continuità Assistenziale è difficilmente ipotizzabile che possa essere garantita la presenza di almeno due medici per turno in tutte le postazioni del SCA, come deterrente di aggressioni da parte dell'utenza, senza una riprogettazione e riorganizzazione dell'intero servizio di Continuità Assistenziale. L'età giovane e il sesso femminile sono fattori di rischio aggressione molto ricorrenti nelle segnalazioni pervenute, così come il fatto che in Italia, a differenza di altri Paesi, l'attività dei medici di continuità assistenziale venga svolta in assenza di altro personale come infermiere, assistente di segreteria, personale di vigilanza (Demurtas et al., 2020). L'eventualità di intervenire anche a domicilio del paziente è sicuramente un ulteriore fattore di rischio aggressioni.

Esistono inoltre fattori di rischio per la violenza di terza parte. La collocazione delle postazioni di Continuità Assistenziale è dettata dalla necessità di coprire tutti i Comuni della provincia. Giocoforza il bacino d'utenza comprende anche aree degradate (come ad esempio il quartiere di Zingonia, diviso sotto il controllo di cinque comuni differenti, Osio Sotto, Boltiere, Verdello, Verdellino e Ciserano), che aumentano il rischio aggressione. Per la maggior parte del tempo i medici operano con orari

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

notturni, e ciò costituisce un fattore di rischio non indifferente. A volte, a causa della non conoscenza della carta dei servizi da parte di tutta l'utenza che vi accede, si ha un'immagine sociale del servizio non coerente con le prestazioni offerte. Un altro fattore di rischio importante è l'organizzazione dei servizi che tal volta predispone l'utenza all'attesa, mentre si è impegnati in un'altra visita oppure in una consultazione telefonica.

Infine, le caratteristiche dell'utenza e precedenti esperienze negative (malattia, dolore prolungato e non adeguatamente trattato, abuso di alcol e droghe, ansia, aspettative inappropriate) sono un'ulteriore fattore che predispone ad aggredire i medici, in linea con quanto riportato nella letteratura (Valetto e Capabianca, 2021).

Si sono inoltre analizzati i fattori di rischio per la violenza interna. La violenza interna è riferita alle aggressioni in cui sia la vittima che l'aggressore sono operatori. Si confermano anche nella realtà bergamasca gran parte dei fattori contribuenti riportati nella letteratura, ovvero: l'organizzazione del lavoro non adeguata (mancata definizione di ruoli e responsabilità), inadeguata allocazione delle risorse e sovraccarico di lavoro, incapacità di gestire situazioni di crisi, clima interno caratterizzato da conflittualità anche non espressa, mancato coinvolgimento del personale nelle decisioni che lo riguardano e mancata esplicitazione dei criteri di valutazione e incentivazione; comunicazione carente e relazioni interpersonali difficili (Valetto e Cappabianca, 2021).

Nel 2019, durante le rilevazioni *ad hoc* da parte dell'ATS (Tereanu, 2018; Tereanu, 2019), i medici di Continuità Assistenziale hanno riferito come potenziali cause di rischio aggressioni anche:

- la mancanza di un accesso a database sui pazienti e di informazioni condivise con i MMG;
- la dimissione di pazienti psichiatrici senza indicazioni chiare a chi rivolgersi sul territorio;
- richieste inappropriate dovute alla scarsa conoscenza da parte dell'utenza della tipologia di servizi erogati dai medici di Continuità Assistenziale;
- mancato rispetto della privacy del paziente a causa di spazi inadeguati;
- mezzi per garantire l'incolumità dei medici mancanti o mal funzionanti;
- formazione insufficiente dei medici neo-assunti;
- gestione inadeguata di alcuni aspetti culturali relativi all'utenza.

5.5.7 Come vengono rilevate le cause nel vostro setting?

La rilevazione delle cause avviene grazie all'integrazione del sistema Incident Reporting con altri strumenti di identificazione e analisi del rischio. Nel passato è stata utilizzata la metodologia Root Causes Analysis e più recentemente il Safety Attitude Questionnaire e la metodologia SWR.

5.5.8 Quali sono le conseguenze nel vostro setting?

A causa delle violenze verbali subite, i medici in servizio, soprattutto i più giovani, sono suscettibili di perdere la motivazione per svolgere l'attività di continuità assistenziale. Il passaparola e gli episodi più gravi ripresi dalla stampa hanno un potenziale non indifferente nello scoraggiare i neolaureati ad

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

approcciarsi allo svolgimento di questa attività, con ulteriore deficit nella copertura del servizio. Il disagio psicologico del singolo, anche quando non si tratta di lesioni fisiche, è un fardello che il medico si porta per lungo tempo se non viene tempestivamente e opportunamente gestito, rischiando di essere somatizzato e predisponendo ad assenteismo.

5.5.9 Come vengono rilevate le conseguenze nel vostro setting?

Le informazioni sulle conseguenze sono raccolte dal contenuto delle stesse segnalazioni dei medici (il sistema Incident Reporting) e con un colloquio individuale con i medici. Il progetto SWR ha fatto emergere ulteriori informazioni non solo sulle cause delle aggressioni ma, in alcuni casi, anche sulle conseguenze delle stesse. I risultati dell'applicazione del SAQ hanno evidenziato che circa due ogni dieci dei Medici di Continuità Assistenziale che hanno partecipato alla survey si sentivano esauriti o frustrati nel loro lavoro (Tereanu, 2019).

5.5.10 Cosa fa la vostra azienda per la prevenzione e il controllo?

Nel 2020, con il passaggio della gestione delle chiamate alla continuità assistenziale (ex guardia medica) al nuovo numero unico regionale (NUR), che in futuro diventerà europeo, sono stati fatti diversi passi avanti. E' stato sicuramente migliorato il triage dei pazienti. L'identificazione dell'utente da parte degli operatori del NUR 116117 è fondamentale, nell'interesse dell'utente e di tutto il servizio. Inoltre, l'accesso all'ambulatorio, se vi è stata precedentemente la chiamata al NUR 116117, è molto rapido e sicuro, sia per gli operatori che per i pazienti. Il passaggio al NUR ha coinciso con un investimento sull'informatizzazione delle postazioni e con lo sviluppo di una cartella informatizzata condivisa con il MMG (ATS Bergamo, 2020).

Inoltre ATS Bergamo è parte attiva nella definizione e diffusione delle informazioni sull'attività del servizio alla popolazione, attraverso il sito aziendale, canali di socializzazione e mass media.

ATS Bergamo ha potenziato la formazione dei medici di Continuità Assistenziale su temi collegati alle aggressioni, come ad esempio la gestione del paziente difficile, elementi e strumenti di risk management, ecc., che ha programmato ed erogato come parte integrante del Piano di Formazione Aziendale specifico del Dipartimento di Cure Primarie. Come polo didattico per il corso triennale di formazione in medicina generale, ATS contribuisce attivamente allo sviluppo delle competenze dei giovani medici di assistenza primaria, trasmettendo loro conoscenze sulle cause e la prevenzione del rischio aggressione.

Altre azioni intraprese dall'ATS Bergamo insieme alle ASST sono: i sopralluoghi *ex ante* per la prevenzione delle aggressioni come previsto dal piano di controllo, le verifiche sulle misure strutturali (es. pulsanti, video citofoni), l'accordo con le forze dell'ordine per eventuale intervento in caso di bisogno da parte del medico, il monitoraggio con raccolta passiva ed attiva di informazioni circa le aggressioni.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.5.11 Quali ulteriori interventi intendete proporre alla vostra direzione aziendale per un piano di intervento?

L'ATS Bergamo ha ideato e promosso presso il Gruppo di Lavoro regionale dei Risk Managers delle ATS lombarde il progetto "Prevenzione e Gestione delle Aggressioni sugli Operatori della Sanità" (PEGASO-S), che intende inserire nel proprio Piano Aziendale di Risk Management 2022. Il progetto si propone di agire su diversi target (dipendenti dell'ATS, MCA, MMG) e prevede una serie di ulteriori migliorie:

- approfondire la conoscenza del fenomeno delle aggressioni con una raccolta di eventuali segnalazioni pervenute alle ASST da parte dei medici di Continuità Assistenziale;
- predisporre una cartellonistica per l'utenza in cui richiamare il fatto che la violenza al personale sanitario è perseguibile per legge;
- formazione sulla prevenzione e gestione degli episodi di aggressione soprattutto da un punto di vista emotivo, ed in particolare da parte del personale neo-assunto;
- mappatura del processo e delle figure che in azienda collaborano per la gestione del fenomeno e definizione delle modalità di collaborazione tra di loro;
- aggiornamento delle procedure interne oppure produrre una nuova procedura esclusivamente dedicata agli eventi avversi da aggressione agli operatori;
- vademecum sulle aggressioni per i target sopracitati con riferimenti normativi, cause, prevenzione, gestione delle aggressioni;
- istituire un percorso con colloqui-post aggressione effettuati da personale specializzato (psicologo/psicoterapeuta);
- aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio in merito al rischio di aggressione (ATS-ASST);
- benchmarking con altre ATS lombarde.

Con la creazione delle Case della Comunità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è imprescindibile rinforzare la collaborazione tra ATS e ASST per garantire la sicurezza in generale e la prevenzione delle aggressioni in particolare, attraverso interventi di tipo:

- strutturale: migliorie sull'architettura e l'impiantistica delle sedi di Continuità Assistenziale;
- organizzativo: definizione del ruolo dei medici di Continuità Assistenziale nella rete territoriale e messa a punto delle risorse umane, materiali ed economiche e degli strumenti tecnologici per svolgere la loro attività nelle migliori condizioni;
- gestionale: definizione della programmazione, del coordinamento e del controllo dell'attività (chi, come, quando).

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.5.12 Punti di forza in materia presenti in azienda

I punti di forza nella ATS di Bergamo sono:

- ricerca attiva sulle cause delle aggressioni, soprattutto da un punto di vista organizzativo-gestionale;
- utilizzo (prima nazionale) dello strumento SWR applicato al Servizio di Continuità Assistenziale (Tereanu, 2018);
- forte volontà di investire nella prevenzione delle aggressioni e di promuovere il Progetto PEGASO-S.

5.5.13 Criticità su cui lavorare

I punti critici su cui lavorare sono:

- le procedure in uso necessitano di ulteriore revisione e migliorie, così come la formazione dei MCA che va ampliata per tenere il passo con la riforma in corso e il PNRR;
- la presa in carico di tutti i casi di aggressione verso gli operatori a 360 gradi, a prescindere dalla gravità;
- la collaborazione con le ASST per fare emergere meglio il fenomeno e per una gestione più condivisa .

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Lo studio preliminare descritto nei paragrafi 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 ha permesso il confronto tra i vari setting anche per quanto concerne le azioni in corso e/o in programmazione per contrastare il fenomeno delle aggressioni verso i sanitari. I costi di implementazione e di realizzazione delle azioni riportate nel capitolo dei risultati attesi devono includere tutti gli aspetti implicati: strutturali, organizzativi, formativi.

Riguardo le modifiche strutturali, i costi degli interventi, programmabili anche in più anni, dipendono dalle condizioni di ogni singola sede. A volte, specialmente nelle ATS o nelle ASST, le sedi lavorative non sono di proprietà dell'azienda: in tali casi, i costi sono da concordare con il proprietario dell'immobile. Sarebbe auspicabile a tale riguardo cogliere le opportunità offerte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ambito del quale si intendono avviare anche investimenti strutturali importanti sugli edifici se ritenuti necessari.

Tra i costi strutturali rientrano anche l'installazione e gestione di sistemi di segnalazione "anti aggressione da collo": il canone per la fornitura, l'installazione ed il collaudo del pocket di segnalazione, da fornire al personale ad inizio turno, è pari a 180,00 euro + iva cadauno mentre il canone per il servizio di gestione segnalazione Pocket "Uomo a terra" è pari a 40,00 euro + iva al mese. Il preventivo ottenuto comprende, nella tariffa considerata, un numero di tre interventi mensili; dopo il terzo intervento è previsto un addebito di 20,00 euro ad intervento. Questo costo è da moltiplicare per ogni sede considerata.

In tutti gli studi e in tutte le esperienze viene evidenziata l'importanza di investire in campagne di comunicazione rivolte all'utenza e al personale, allo scopo da un lato di sensibilizzare verso il problema della violenza e dall'altro di favorire un clima culturale positivo con valorizzazione del ruolo sociale delle professioni di cura. A tale riguardo si segnala la campagna elaborata da Regione Lombardia per la sicurezza degli operatori sanitari (allegato 4 al Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"). I costi per la realizzazione di poster o vademecum dedicati agli operatori sanitari ed alla utenza esterna sono relativamente modici e variano in funzione delle diverse dimensioni necessarie.

L'ambito strategico per assicurare sia la corretta gestione che l'emersione del fenomeno e la sua prevenzione è quello della formazione, che deve essere rivolta a tutti i dipendenti (operatori sanitari, sociosanitari e amministrativi) e al management. I costi per l'organizzazione e l'accREDITAMENTO dei corsi di formazione sono di volta in volta quantificati in base al numero ed alle competenze dei docenti, interni o esterni, al numero di crediti riconosciuti, al numero delle edizioni e dei partecipanti ed alla modalità di esecuzione FAD, residenziale o mista. Nel caso si decidesse di affidare la formazione a società esterne il costo orario, per ogni discente, può variare dai 20,00 euro ai 150,00 euro in base alla tipologia della didattica, alla presenza o meno di una componente pratica (prove pratiche di fuga e di divincolamento) ed al coinvolgimento di più figure professionali specializzate.

CONTRIBUTO PERSONALE

Il lavoro presentato è nella sua essenza l'esito della comparazione di contesti lavorativi eterogenei sia in ordine ai luoghi di cura, ospedale o territorio, sia rispetto alla gestione, pubblica o privata; è stato quindi pensato e sviluppato come un contributo di gruppo. Si riconosce alla dr.ssa Carmen Tereanu l'impostazione metodologica, con i relativi strumenti di analisi: griglia di analisi e confronto e indicatori di monitoraggio, di processo e di esito.

Restano nella responsabilità individuale, come contributo personale, i paragrafi relativi alla descrizione e all'analisi dei contesti lavorativi di ognuno: dr.ssa Piera Antonelli per Istituti Ospedalieri Bresciani Spa; dr.ssa Emanuela Maria Grazia Ghinaglia per ASST di Cremona; dr. Giovanni Maria Gillini per ATS di Brescia; dr.ssa Carmen Tereanu per ATS di Bergamo.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

RISULTATI ATTESI

A seguito dell'analisi eseguita nel proprio setting dagli autori del project work, è emerso che le azioni comuni possono essere elencate in un "Piano comune di prevenzione e contrasto delle aggressioni", da proporre per valutazione e approvazione alle proprie Direzioni.

Il Piano elenca le azioni individuate come strategiche nella analisi effettuata e viene illustrato nella tabella 8.1:

Tabella 8.1: Piano delle azioni comuni

	Setting promotori
Azione 1: Formazione agli operatori	tutti
Azione 2: Vademecum per gli operatori	tutti
Azione 3: Percorso di accompagnamento psicologico post-evento	tutti
Azione 4: Revisione/aggiornamento procedure che trattano delle aggressioni	tutti
Azione 5: Revisione DVR (ATS-ASST)	tutti
Azione 6: Gruppo di Lavoro ATS-ASST- altri stakeholders	tutti
Azione 7: Interventi strutturali	tutti
Azione 8: Interventi organizzativo-logistici	tutti
Azione 9: Campagna di comunicazione all'utenza	tutti
Azione 10: Ricerca (approfondimento relativo ad aggressioni, benessere e clima organizzativo)	ATS BG e BS

Per i tempi di realizzazione, si rimanda alla valutazione strategica propria di ogni azienda, in base anche alla disponibilità di risorse umane ed economiche da impiegare.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Nella tabella 8.2 sono proposti alcuni indicatori di processo e di output per la valutazione delle azioni individuate.

Tabella 8.2: Piano azioni, indicatori e valori attesi

	Di Processo		Di Output	
	Indicatore	Valore atteso	Indicatore	Valore atteso
Azione 1: Formazione agli operatori	-corpo docenti multidisciplinare; -discenti: tutte le professioni (e ruoli)	Si/NO	-N. docenti -N. ore -% partecipanti/totale per professione	>=4 >=4 >=75%
Azione 2: Vademecum per gli operatori	-chiarezza e completezza contenuti (cause aggressioni, cosa fare...) -invio agli operatori x mail e caricato in intranet	Si/NO	Survey per verifica del ricevimento, della lettura, e feedback sui contenuti	Tasso risposta: >=70%
Azione 3: Percorso di accompagnamento psicologico post-evento	individuare almeno 2 operatori psicologi per garantire il percorso	Si/NO	N. operatori che hanno usufruito del percorso/ N. operatori segnalati	>=80%
Azione 4: Aggiornamento procedure che trattano delle aggressioni	chiarezza e completezza contenuti	Si/NO	N. aggiornamenti	>=1
Azione 5: Revisione DVR (ATS-ASST)	chiarezza e completezza contenuti	Si/NO	N. aggiornamenti	>=1
Azione 6: Gruppo di Lavoro ATS-ASST- altri stakeholders	-gdl multidisciplinare e multiaziendale -pertinenza contenuti trattati rispetto alle priorità emergenti	Si/NO	-% partecipanti alle riunioni/N. invitati -% Verbali riunioni	>=80% 100%
Azione 7: Interventi strutturali	valutare la priorità in rapporto alle risorse e fissare una scadenza	Si/NO	N. effettuati/N. programmati	>=50%
Azione 8: Interventi organizzativo-logistici	valutare la priorità in rapporto alle risorse e fissare una scadenza	Si/NO	N. effettuati/N. programmati	>=50%
Azione 9: Campagna di comunicazione all'utenza	-chiarezza e completezza contenuti -utilizzo di strumenti e canali di comunicazione diversi (post sui social, video, conferenze, comunicati stampa, poster)	Si/NO	Survey per la verifica della conoscenza dei contenuti e feedback sullo strumento/canale	Tasso risposta: >=70%
Azione 10: Ricerca (approfondimento sulle aggressioni, benessere e clima organizzativo)	validità dello studio (risultati generalizzabili almeno a livello di Dipartimento o Azienda)	Si/NO	N. rapporto finale ricerca	>=1

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Dalle azioni attuate e da quelle in via di implementazione, le quattro organizzazioni considerate si prefiggono di conseguire i seguenti benefici, intesi come vantaggi per i pazienti, per i professionisti, l'organizzazione sanitaria ed il sistema sanitario:

- corretta quantificazione del fenomeno nei diversi contesti dell'attività ospedaliera e, nello stesso tempo, una riduzione del rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari.
- Maggiore sicurezza strutturale dei luoghi di lavoro che permette agli operatori di svolgere il proprio lavoro tranquillamente e senza timori e, nello stesso tempo, supporta il contenimento dello stress dell'utente (ad esempio sale d'attesa più confortevoli) o riduce qualitativamente e quantitativamente gli eventuali danni conseguenti all'evento violento.
- Evidenza del piano di analisi dei rischi compresa mappatura e presenza dell'elenco dei rischi articolati per priorità di intervento.
- Cambiamento nel modo di segnalare e di gestire gli episodi di violenza mettendo in pratica le competenze e le conoscenze ottenute con i corsi di formazione e con l'impiego dei metodi, gli strumenti e le tecniche apprese.
- Maggiore consapevolezza del personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre i rischi.
- Miglioramento della capacità degli operatori di riconoscere, prevenire e gestire le situazioni a rischio di aggressione a danno dei pazienti e degli stessi operatori, mettendo a loro disposizione strumenti conoscitivi e di valutazione.
- Costruzione di una occasione di sostegno per evitare che lo stato d'animo e il benessere degli operatori siano colpiti ed evitare di entrare in un circolo vizioso di peggioramento delle condizioni psicologiche con conseguenti performance cliniche scadenti e successive maggiori probabilità di commettere errori.
- Miglioramento della cura e della presa in carico dei professionisti vittime di violenza. La violenza contro gli operatori della sanità rappresenta un danno in termini innanzitutto umani e, in seconda istanza, anche professionali e sociali: spesso gli operatori che hanno subito violenza ne risultano in qualche modo traumatizzati ed è necessario individuare pratiche organizzative finalizzate a prendersi cura del professionista per ristabilire la fiducia nel proprio lavoro, per riavere accesso alle proprie competenze e riandare incontro al paziente ed all'assistenza senza più paura.
- Aumento della fiducia da parte degli operatori verso la propria azienda in quanto la stessa si è prodigata per salvaguardare la sicurezza e il benessere dei propri operatori.
- Miglioramento del benessere fisico, psichico e sociale degli operatori coinvolti; riduzione delle possibili conseguenze quali demotivazione, svilimento del lavoro svolto o stress. Il miglioramento della salute del singolo operatore porta al miglioramento della salute dell'intera organizzazione.
- Predisposizione di materiale informativo per la sicurezza da distribuire agli operatori ed all'utenza esterna.
- Ricadute positive anche per l'utenza, in quanto la qualità delle prestazioni, in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza, è direttamente proporzionale allo stato di salute fisica e mentale degli operatori.

CONCLUSIONI

Lo scopo del project work è quello di analizzare la problematica delle aggressioni agli operatori in setting diversi (struttura di degenza, azienda socio-sanitaria territoriale, servizio di continuità assistenziale) e di formulare azioni *ex ante*, per poter prevenire e riconoscere precocemente la situazione potenzialmente aggressiva e *ex post*, per gestire in modo adeguato il fenomeno.

Un tema che potremmo osare definire pandemico, sia per la diffusione subdola, pervasiva e spesso culturalmente misconosciuta, sia per il rischio crescente in una situazione emergenziale come quella degli ultimi due anni, con cittadini maggiormente in difficoltà ed aggressivi ed operatori stressati e con ridotte possibilità di accoglienza.

Si è realizzato uno studio multicentrico in luoghi di cura della Lombardia orientale Nord e Sud, eseguito da un team pluridisciplinare (due igieniste, una psichiatra e un sociologo). Una vera sfida metodologica, avendo come target setting molto diversi tra di loro, per il volume e la tipologia di servizi e prestazioni erogate (ospedale, ASST, ATS), per il regime di erogazione delle prestazioni (privato accreditato e pubblico) e anche per la tipologia di contratto del personale (dipendenti e personale convenzionato). Lo studio, accompagnato da rigore metodologico, ha reso possibile una analisi strutturata e il *benchmarking* della problematica studiata e delle soluzioni individuate.

Gli autori del project work hanno elaborato uno strumento di analisi *evidence-based*, che poi hanno utilizzato come griglia di lettura e di analisi comune, rendendo confrontabili i diversi setting. La metodologia utilizzata, basata su uno strumento agile e rigoroso, è sicuramente replicabile e porta ad azioni comuni concrete e misurabili, raccolte in una proposta di piano di intervento. La sua adozione richiede tuttavia che l'Azienda assuma uno sguardo progettuale e pluriennale, facendo propria una pianificazione che assume rilevanza strategica per poter essere implementata.

Nel merito del contenuto del lavoro, l'epidemiologia del fenomeno nei setting partecipanti allo studio è in linea con quanto riportato nella letteratura specializzata: i servizi più a rischio di aggressione agli operatori sono i Pronto Soccorso e la Continuità Assistenziale, soprattutto in sedi periferiche; si riscontra una maggiore frequenza delle segnalazioni effettuate da donne rimaste vittime di aggressioni, così come una maggiore proporzione delle aggressioni verbali minori e delle minacce rispetto agli episodi di aggressioni con lesioni fisiche.

Nel percorso di analisi si è dato rilievo alle azioni già realizzate negli ultimi anni dalle aziende, intese come punti di partenza, ma spesso anche veri e propri punti di forza dei setting analizzati. Si sottolineano tra questi: il possesso di una procedura specifica e la dotazione con dispositivi antipanico e sistema di video sorveglianza nel gruppo Istituti Ospedalieri Bresciani; una procedura specifica, colloquio approfondito e attenta valutazione da parte della Psicologa del Lavoro per attenuare le conseguenze psicologiche sulla salute delle vittime di aggressione nell'ASST di Cremona; l'aggiornamento del DVR e le conseguenti verifiche di tutte le sedi di continuità assistenziale nell'ATS di Brescia, in vista di investimenti strutturali per la prevenzione delle aggressioni; la sperimentazione di metodi innovativi per individuare le cause del conflitto tra il Medico di Continuità Assistenziale e i

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

pazienti e i famigliari in vista di soluzioni organizzative, gestionali e logistiche per la prevenzione nell'ATS di Bergamo.

In risposta alle criticità che ovviamente permangono, è stato predisposto per tutte le quattro aziende coinvolte un programma di azioni mirate, come la formazione del personale e dell'utenza, l'aggiornamento delle procedure, azioni di ricerca sul fenomeno e indicazioni per un miglioramento strutturale, a partire dalle iniziative sperimentate positivamente negli altri contesti.

In tal modo, è questa la sintesi della proposta manageriale, la maggior parte delle azioni di miglioramento individuate trova naturale collocamento nel Piano di Formazione Aziendale 2022 (PFA) e nel Piano Annuale di Risk Management 2022 delle aziende coinvolte. Attraverso un auspicato coinvolgimento attivo del CUG (Comitato Unico di Garanzia), alcune azioni possono essere tenute in considerazione come proposte migliorative inseribili nel Piano Triennale delle Azioni Positive allegato al Piano delle Performance, che in futuro potrebbe essere inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) previsto dalla legge 113/2021. Risulta infatti concreta la ricaduta della prevenzione e la gestione delle aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie e indi sul benessere e sul clima organizzativo aziendale.

Si ritiene, conclusivamente, che il progetto sia esportabile in altre aziende simili, al netto dei necessari aggiustamenti contestuali.

Non da ultimo, riteniamo importante evidenziare un valore aggiunto del percorso intrapreso: la prospettiva di una continuazione della collaborazione tra gli autori del project work per l'implementazione delle azioni comuni di contrasto alle aggressioni e per il loro monitoraggio anche in ottica valutativa dell'efficacia.

L'argomento del project work è di indiscutibile attualità e gli interventi per prevenire le aggressioni al personale sanitario sono improcrastinabili. Ne dà evidenza anche il Ministro della Salute, opportunamente di concerto con il Ministro dell'Istruzione ed il Ministro dell'Università e della Ricerca, che ha decretato il 12 marzo di ogni anno, come la giornata della prevenzione delle aggressioni ai lavoratori con decreto ministeriale del 27 gennaio 2022 in materia di "Indizione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari".

Restiamo convinti che: "una macchina può fare il lavoro di cinquanta persone comuni, ma nessuna macchina può fare il lavoro di una persona eccezionale." (Elbert Hubbard)

Un patrimonio da tutelare.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto legislativo n.165 del 30 marzo 2001 in materia di "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

Raccomandazione n°8 del Ministero della Salute "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari" del 2007.

Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e successive modificazioni e integrazioni in materia di "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella, 2009. "Protocollo per il Monitoraggio degli eventi Sentinella".

Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 in materia di "Linee guida sulla modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

Delibera Giunta Regionale n. XI/1046 del 17 dicembre 2018: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2019".

Direttiva n. 2 del 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".

Delibera XI/1986 del 23 luglio 2019. "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'esercizio 2019"- Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio".

Legge regionale n. 15 del 8 luglio 2020, in materia di "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario".

Legge n. 113 del 14 agosto 2020 in materia di "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

Regione Lombardia- DG Welfare "Linee Operative Risk Management in Sanità- Anno 2021".

Legge n. 13 del 6 agosto 2021 in materia di "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

Legge regionale n 22 del 14 dicembre 2021 in materia di "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Decreto Ministeriale del 27 gennaio 2022 in materia di "Indizione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari".

Regione Lombardia- DG Welfare "Linee Operative Risk Management in Sanità- Anno 2022".

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

BIBLIOGRAFIA

ACSS (2021) Nota: adempimenti legge regionale 15/2020 - avvio survey e allegati (prot ingr ATS.0083315.20-08-2021).

ASST Cremona (2021). *Monitoraggio e valutazione degli agiti violenti nei confronti degli operatori della ASST di Cremona nel quadriennio 2018-2021*. A cura di Margherita Fornaciari. (documento interno)

Beck A.T., Steer R.A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck A.T., Steer R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Bureau of labor statistics (2009). *Case and demographic characteristics of work-related injuries and illnesses involving days away from work*. 10, Washington DC, US Department of Labor.

Demurtas J., Marchetti P., Vaona A., Veronese N., Celotto S., Deilkås E.C., Hofoss D., Bondevik G.T., (2020). *Patient safety culture in Italian out-of-Hours primary care service: a national cross-sectional survey study* BJGP Open 2020; DOI: 10.3399/bjgpopen20X101098 1 of 10.

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (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*.

Frankel A. (2003). *Patient Safety leadership walkrounds* . Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26

Ministero della Salute (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*.

Moscheni M., Vitale V. (2021). *Legge regionale 15/2020: i primi risultati della "Survey sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del Sistema Sociosanitario Regionale lombardo"*. Presentazione personale, webinar del Network Risk Management in Sanità, organizzato da Direzione Generale Welfare Lombardia il 25 novembre 2021.

National institute for occupational safety and health (2002). *The changing organization of work and the safety and health of working people-knowledge gaps and research directions, Department of health and human services, Center for disease control and prevention/Niosh, Pub No. 2002-116, pp 1-32*.

Organizzazione Internazionale del Lavoro (2019). *Eliminare la violenza e le molestie nel mondo del lavoro. Convenzione n. 190 e raccomandazione n. 206*.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B., Rowan K., Vella K., Boyden J., Roberts P.R., Thomas E.J. (2006). *The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research*. BMC Health Services Research 2006;6:44.

SIMES (2015). *Quinto rapporto di Monitoraggio degli Eventi Sentinella*.

Spector P.E., Zhou Z.E., Che X.X. (2014). *Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review*. International journal of nursing studies. Elsevier.

Tereanu C. (2018). *Progetto sperimentale di applicazione del metodo dei Giri per la Sicurezza (SWR) presso le postazioni del Servizio di Continuità Assistenziale della Provincia di Bergamo*. In: Federsanità ANCI e SHAM Assicurazioni: 3° Premio per la prevenzione dei rischi 2018 13° Forum Risk Management in Sanità, 27-30 novembre 2018, Firenze (abstract, pag. 24).

Tereanu C. (2019). *Il Progetto IRIDE -2*, in: SHAM Assicurazioni, ARIS, AIOP, Federsanità, ANCI, 4° Premio per la prevenzione dei rischi 2019, 14° Forum Risk Management in Sanità, 26-29 novembre 2019, Firenze (abstract, pag 114).

Tereanu C., Cremaschini M., Roncali J., Tersalvi C.A. (2021). *La cultura della sicurezza dei pazienti dal punto di vista dei medici di continuità assistenziale nella provincia di Bergamo, Italia. Baseline assessment*. Conferenza Annuale dell'Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari (CALASS), 16-18 settembre 2021; Lugano, Svizzera.

Valetto M.R. e Cappabianca A. (2021). *FNOMCeO, Dossier Violenza nei confronti degli operatori sanitari*. Editore Zadig, Milano, Seconda edizione.

Yudofsky S.C., Silver J.M., Jackson W. et al (1986). *The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression*, Am J Psychiatry, 143: 35-39

Weiss D.S., Marmar C.R. (1996). *Impact of Event Scale – Revised*; Traduzione e adattamento di Michele Giannantonio.

World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*.

SITOGRAFIA

Anaa Assomed (2018). <https://www.anaao.it/content.php?cont=22939>

Anaa Assomed (2020). <https://www.anaao.it/content.php?cont=28487>

Ats Bergamo: www.ats-bg.it

CS ATS BG 2020-09-10 continuità assistenziale .doc - doc 98KB https://www.ats-bg.it/contenuto-web/-/asset_publisher/ddZS7DDgwQZZ/content/ex-guardia-medica-cosa-e-cambiato-con-il-numero-unico-116117

Bureau of Labor Statistics www.bls.gov/

Cri (2021). <https://cri.it/2021/12/10/aggressioni-sanitari-cri-pubblica-rapporto-osservatorio-non-sono-bersaglio/>

FNOMCeO (2021). <https://portale.fnomceo.it/online-il-nuovo-corso-fad-di-fnomceo-sulla-violenza-nei-confronti-degli-operatori-sanitari/>

INAIL (2020). Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-dati-inail-2020-ottobre-pdf.pdf>

Inca (2018).

<https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/554/Violenza%20personale%20sanitario%20da%20INCA.pdf>

JOINT COMMISSION (2006). Sentinel event policy and procedures. The sentinel event policy. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>

Ministero della Salute. Personale delle A.S.L e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2017. www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2870

Nursind (2013).

http://www.nursind.it/nursind2/pdf/Indagine_sulle_aggressioni_al_personale_sanitario.pdf

Nursind (2017).

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8522127.pdf>

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

Tereanu C. (2018). *Progetto sperimentale di applicazione del metodo dei Giri per la Sicurezza (SWR) presso le postazioni del Servizio di Continuità Assistenziale della Provincia di Bergamo*. In: Federsanità ANCI e SHAM Assicurazioni: 3° Premio per la prevenzione dei rischi 2018 13° Forum Risk Management in Sanità, 27-30 novembre 2018, Firenze (abstract, pag. 24) disponibile al sito <http://www.sham.com/it/Comunicazione/Attualita2/PREMIO-SHAM-SULLA-PREVENZIONE-DEI-RISCHI-2018>

Tereanu C. (2019). *Il Progetto IRIDE -2*, in: SHAM Assicurazioni, ARIS, AIOP, Federsanità, ANCI, 4° Premio per la prevenzione dei rischi 2019, 14° Forum Risk Management in Sanità, 26-29 novembre 2019, Firenze (abstract, pag 114) disponibile al sito <http://www.sanita360.it/dev/wp-content/uploads/2019/12/Premio-Sham-2019-Volume-Partecipanti.pdf>

Valetto MR, Cappabianca A. (Ed). *Violenza nei confronti degli operatori sanitari*. Corso FAD FNOMCeO. Zadig Milano. Edizione 2021.

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

ALLEGATO: STRUMENTO PER IL PROJECT WORK - GRIGLIA DI ANALISI COMUNE DEI SETTING	
SEZIONI E ITEMS	RISPOSTE
1. DATI GENERALI RELATIVI AL SETTING	
1.1 N. operatori	
1.2 Ruolo	
1.3 Tipo di attività erogate	
1.4 Quante sedi territoriali (se applicabile)	
2. SEDE DELL'ATTIVITÀ	
2.1 Ambulatoriale	Si/No/Non so/Non applicabile
2.2 Domicilio	Si/No/Non so/Non applicabile
2.3 Esercizi come bar, ristoranti (ATS – Servizio Igiene Sanità Pubblica)	Si/No/Non so/Non applicabile
2.4 Strutture ricettive (ATS – Servizio Igiene Sanità Pubblica)	Si/No/Non so/Non applicabile
2.5 Cantieri (ATS – Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro)	Si/No/Non so/Non applicabile
2.6 Allevamenti (ATS – Dipartimento Prevenzione Veterinaria)	Si/No/Non so/Non applicabile
2.7 Altro (specificare)	
3. CONOSCENZA DEL FENOMENO : AGGRESSIONI ACCERTATE NEL SETTING ANALIZZATO	
3.1 Quanti episodi documentati nel 2018-2019-2020-2021?	
3.2 Qual è la loro tipologia (verbale, molestia, ecc.)?	
3.3 Qual è la gravità (eventuale uso di scala)?	
3.4 Chi è la vittima (sesso, età, ruolo, ecc.)?	
3.5 Chi è l'aggressore (sesso, ruolo, ecc.)?	
3.6 Dove è successo?	
3.7 Quante di tipo I, II, III, IV (vedi legenda)?	
4. COME VIENE MISURATO IL FENOMENO NEL SETTING ANALIZZATO	
4.1 Sistema Incident Reporting (modalità passiva)	Si/No/Non so/Non applicabile
4.2 Quali i limiti e quali i vantaggi	
4.3 Questionario interno ad hoc (raccolta attiva)	Si/No/Non so/Non applicabile
4.4 Quali i limiti e quali i vantaggi	
4.5 Questionario esterno (raccolta attiva) – esempio la survey dell'ACSS	Si/No/Non so/Non applicabile
4.6 Quali i limiti e quali i vantaggi	
4.7 Altro strumento? Se sì quale, quali limiti e quali vantaggi	
5. COME AVVIENE L'ANALISI E LA GESTIONE DEL SINGOLO L'EPISODIO DI VIOLENZA?	
5.1 Sono state messe a punto procedure scritte, standardizzate e centralizzate (meglio se informatizzate) per riportare l'evento?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.2 Vi è un limite massimo temporale entro il quale inviare il documento (per esempio 72 ore) per favorire il ricordo dei dettagli?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.3 E' predisposto un modulo per facilitare la raccolta omogenea dei dati?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.4 Il modulo stesso ha campi aperti per riportare gli aspetti emotivi e psicologici?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.5 L'analisi dell'evento comporta un sopralluogo nell'ambiente in cui si è verificato l'episodio di violenza per identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni favorevoli?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.6 Il sopralluogo raccoglie elementi sui dettagli rilevanti dell'evento (caratteristiche di autore e vittima, meccanismi e sequenza degli accadimenti, eventuale presenza di testimoni)?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.7 Viene acquisito il rapporto e le indicazioni delle forze dell'ordine o di inquirenti?	Si/No/Non so/Non applicabile

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

5.8 All'analisi dell'evento segue un adeguato follow-up?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.9 L'organizzazione sanitaria si attiva rapidamente anche per gli aspetti legali (compresa la mediazione), infortunistici e assicurativi?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.10 Vi è un coinvolgimento di organizzazioni sindacali e/o delle federazioni professionali?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.11 È garantito un opportuno trattamento medico e di sostegno psicologico agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito a un episodio di violenza?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.12 La valutazione psicologica è offerta a prescindere dalla gravità del caso, per esempio con tecniche di <i>debriefing</i> , <i>counselling</i> , ecc?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.13 Il recupero dopo un'aggressione può richiedere un lungo periodo di riabilitazione. Il lavoratore è sostenuto, concedendo tutto il tempo necessario per la riabilitazione?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.14 E' incoraggiato a riprendere servizio, alla conclusione della riabilitazione?	Si/No/Non so/Non applicabile
5.15 Sono state realizzate condizioni ambientali tali da garantire una percezione di sicurezza?	Si/No/Non so/Non applicabile
6. QUALI SONO LE CAUSE INDIVIDUATE NEL VOSTRO SETTING?	
Fattori di rischio generali	Si/No/Non so/Non applicabile
6.1 Strutture con organico e/o risorse insufficienti	Si/No/Non so/Non applicabile
6.2 Contesto culturale nel quale la violenza è tollerata o accettata anche in virtù di stereotipi (per esempio genere, religione, disabilità, orientamento sessuale)	Si/No/Non so/Non applicabile
6.3 Attività svolta in assenza di altro personale	Si/No/Non so/Non applicabile
Fattori di rischio per la violenza di terza parte	
6.4 Collocazione della struttura in aree degradate	Si/No/Non so/Non applicabile
6.5 Caratteristiche dell'utenza/pazienti e precedenti esperienze negative (malattia, dolore prolungato e non adeguatamente trattato, abuso di alcol e droghe, ansia, aspettative inappropriate)	Si/No/Non so/Non applicabile
6.6 Immagine sociale della struttura non coerente con le prestazioni offerte	Si/No/Non so/Non applicabile
6.7 Servizi/aree di accesso dell'utenza alla struttura e particolari setting (servizi di emergenza o reparti psichiatrici)	Si/No/Non so/Non applicabile
6.8 Gestione e dispensazione di materiali particolari (farmaci, siringhe e dispositivi)	Si/No/Non so/Non applicabile
6.9 Organizzazione dei servizi (lunghe attese, affollamento, mancanza di informazioni, difficoltà nella comunicazione, orari non consoni).	Si/No/Non so/Non applicabile
Fattori di rischio per la violenza interna	
6.10 Organizzazione del lavoro non adeguata (mancata definizione di ruoli e responsabilità, inadeguata allocazione delle risorse e sovraccarico di lavoro, incapacità di gestire situazioni di crisi)	Si/No/Non so/Non applicabile
6.11 Stile di <i>leadership</i> basato sull'intimidazione o sul " <i>laissez faire</i> ", abuso di potere o mancato esercizio del potere	Si/No/Non so/Non applicabile
6.12 Clima interno caratterizzato da conflittualità anche non espressa	Si/No/Non so/Non applicabile
6.13 Mancato coinvolgimento del personale nelle decisioni che lo riguardano e mancata esplicitazione dei criteri di valutazione e incentivazione	Si/No/Non so/Non applicabile
6.14 Comunicazione carente e relazioni interpersonali difficili	Si/No/Non so/Non applicabile
6.15 Posizione sociale di particolare visibilità della vittima	Si/No/Non so/Non applicabile
6.16 Cultura dell'organizzazione che consente o ricompensa comportamenti violenti	Si/No/Non so/Non applicabile
6.17 Sottovalutazione del lavoro e dei risultati	Si/No/Non so/Non applicabile
6.18 Competizione e interessi personali e di carriera	Si/No/Non so/Non applicabile
6.19 Condizioni di particolare vulnerabilità del personale (preariato, lavoro occasionale, appalto, alto <i>turnover</i>)	Si/No/Non so/Non applicabile

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

7. COME VENGONO RILEVATE LE CAUSE NEL VOSTRO SETTING?	
7.1 Sistema incident reporting	Si/No/Non so/Non applicabile
7.2 Colloquio con la vittima	Si/No/Non so/Non applicabile
7.3 Sopralluogo	Si/No/Non so/Non applicabile
7.4 Altro strumento? Se sì quale, quali limiti e quali vantaggi	
8. QUALI SONO LE CONSEGUENZE NEL VOSTRO SETTING?	
Sulla persona	
8.1 Lesioni fisiche da lievi a gravi	Si/No/Non so/Non applicabile
8.2 Disabilità temporanee o permanente	Si/No/Non so/Non applicabile
8.3 Traumi psichici	Si/No/Non so/Non applicabile
8.4 Morte	Si/No/Non so/Non applicabile
Sull'organizzazione	
8.5 Disagio esistenziale degli operatori sanitari che hanno subito violenza e attività svolta in condizioni di paura, di stress, di disaffezione al lavoro	Si/No/Non so/Non applicabile
8.6 Aumento dell'assenteismo, aumento del <i>turnover</i> , scarsa fidelizzazione, sfiducia nel gruppo di lavoro e nel <i>management</i> , ostilità nei confronti dell'ambiente lavorativo	Si/No/Non so/Non applicabile
8.7 Propensione dell'operatore vittima di violenza ad abbandonare il lavoro	Si/No/Non so/Non applicabile
8.8 Tendenza a ridurre per intensità e durata la relazione con gli assistiti: le vittime comunicano meno, adottano atteggiamenti meno empatici e sono riluttanti a fornire l'assistenza	Si/No/Non so/Non applicabile
8.9 Svalutazione delle capacità professionali che danneggia la <i>performance</i> lavorativa e riduce l'efficienza della struttura sanitaria e la qualità dell'assistenza: gli operatori si sentono incerti in attività e compiti che prima dell'evento svolgevano con sicurezza	Si/No/Non so/Non applicabile
8.10 Ridotta concentrazione sul lavoro che può anche essere fonte di errori (come dimenticare la somministrazione di farmaci, prestare meno attenzione al rischio di cadute)	Si/No/Non so/Non applicabile
Danno economico	
8.11 Diminuzione della quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni	Si/No/Non so/Non applicabile
8.12 Aumento assenze e turnover con perdita di immagine della struttura sanitaria	Si/No/Non so/Non applicabile
8.13 Costi per l'assistenza alle lesioni fisiche e il supporto psicologico	Si/No/Non so/Non applicabile
8.14 Costi relativi all'aspetto previdenziale	Si/No/Non so/Non applicabile
8.15 Costi per i contenziosi legali	Si/No/Non so/Non applicabile
9. COME VENGONO RILEVATE LE CONSEGUENZE NEL VOSTRO SETTING?	
9.1 Sistema Incident Reporting	Si/No/Non so/Non applicabile
9.2 Colloquio con la vittima	Si/No/Non so/Non applicabile
9.3 Sopralluogo	Si/No/Non so/Non applicabile
9.4 Altro strumento? Se sì quale, quali limiti e quali vantaggi	
10. COSA FA LA VOSTRA AZIENDA PER LA PREVENZIONE IL CONTROLLO?	
Misure strutturali e tecnologiche	
10.1 Sono progettate nuove costruzioni o modificare le esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.2 Sono installati e mantenuti regolarmente in funzione impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato?	Si/No/Non so/Non applicabile

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

10.3 Viene assicurata la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.4 Dove ritenuto necessario, è assicurata la disponibilità di <i>metal detector</i> per rilevare la presenza di armi metalliche?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.5 Viene assicurata la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza per pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol/droga o con comportamenti violenti?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.6 È installato un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree a elevato rischio (priorità della sicurezza rispetto alla <i>privacy</i>), come indicato anche nell'articolo 2 comma 1 della legge n. 113 del 14 agosto 2020?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.7 I luoghi di attesa sono spaziosi, confortevoli e idonei a minimizzare fattori stressogeni	Si/No/Non so/Non applicabile
10.8 Viene garantita la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti)?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.9 Sono previsti, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, ambienti atti a garantire nello stesso tempo sicurezza e <i>privacy</i> (per esempio pareti mobili), la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possano essere usati come arma?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.10 Viene assicurata l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno sia all'esterno della struttura?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.11 Vengono sostituite e/o riparate, con urgenza, finestre e serrature rotte, mantenute in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e le stesse vengono chiuse sempre a chiave?	Si/No/Non so/Non applicabile
Misure organizzative	
10.12 Viene esposto chiaramente a pazienti, accompagnatori e personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.13 Viene stabilito un coordinamento con le forze dell'ordine e in caso di incidente fornisce loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.14 Viene sensibilizzato il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (per esempio, attraverso interviste confidenziali)?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.15 Viene regolamentato, se necessario, l'ingresso in alcune aree, assegnando un <i>pass</i> ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure; predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.16 Viene predisposta la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.17 Viene assicurato che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.18 Sono definite politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.19 Viene sempre assicurato, all'atto di una visita o di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (per esempio, medico e infermiere) ed è prevista, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.20 Il personale viene scoraggiato dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.21 È prevista la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.22 È assicurato che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.23 È previsto che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza?	Si/No/Non so/Non applicabile

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

10.24 Vengono sviluppate idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.25 Vengono fornite al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.26 Vengono registrati tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborate le informazioni raccolte al fine di definire ogni misura di prevenzione necessaria?	Si/No/Non so/Non applicabile
10.27 Viene evitata un'eccessiva pressione lavorativa (intensità e durata dei turni di lavoro, adeguate rotazioni) e garantito un organico adeguato in termini di numerosità e di qualifiche (specie nei turni serali o notturni, durante il trasporto del paziente, nelle situazioni di emergenza e nelle unità di terapia intensiva)?	Si/No/Non so/Non applicabile
11. QUALI ULTERIORI INTERVENTI INTENDETE PROPORRE ALLA VOSTRA DIREZIONE AZIENDALE PER UN PIANO DI INTERVENTO?	
11.1 Favorire la stretta collaborazione tra datori di lavoro (direzione aziendale) e operatori, basata sulla fiducia e sull'ascolto, per mettere in atto le misure necessarie e incontri periodici di valutazione dei piani introdotti	Si/No/Non so/Non applicabile
11.2 Revisione periodica delle linee guida/raccomandazioni/procedure, che devono recepire i suggerimenti e i commenti degli operatori sanitari	Si/No/Non so/Non applicabile
11.3 Osservare scrupolosamente le Raccomandazioni del Ministero della Salute, che sottolineano che l'evento sentinella "morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero	Si/No/Non so/Non applicabile
11.4 Generare maggiore consapevolezza e partecipazione di tutti i portatori di interesse, compresa la società civile	Si/No/Non so/Non applicabile
11.5 Riconoscere e potenziare il ruolo dei mezzi di comunicazione nel sensibilizzare al rischio della violenza e nel diffondere una cultura della tolleranza zero	Si/No/Non so/Non applicabile
11.6 Raccogliere dati statistici, sia attraverso la raccolta sistematica di informazioni sul singolo evento sulla base di procedure definite a priori, sia attraverso la creazione di commissioni o gruppi di lavoro dedicati (eventualmente un'attività di ricerca mirata)	Si/No/Non so/Non applicabile
11.7 Promuovere la cultura della tolleranza zero	Si/No/Non so/Non applicabile
11.8 Formare tutto il personale affinché conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi e i colleghi da atti di violenza erogando contenuti diversificati	Si/No/Non so/Non applicabile
11.9 Aggiornare periodicamente il Documento di Valutazione dei Rischi	Si/No/Non so/Non applicabile
11.10 Partecipare con i dati aziendali all'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie	Si/No/Non so/Non applicabile
12. QUALI I PUNTI DI FORZA DELLA VOSTRA AZIENDA, IN MATERIA DI PREVENZIONE E CONTROLLO NELLA VOSTRA AZIENDA?	
12.1	
12.2	
12.3	
13. QUALI LE CRITICITÀ SU CUI LAVORARE ANCORA NELLA VOSTRA AZIENDA?	
13.1	
13.2	
13.3	

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e
l'efficacia delle prestazioni sanitarie

LEGENDA: I quattro tipi di violenza sul luogo di lavoro

Tipo	Descrizione	Esempio
I	Chi perpetra la violenza non ha legami con il luogo di lavoro o con i lavoratori	Persona con intenti criminali che esegue una rapina a mano armata
II	Chi perpetra la violenza è un paziente o un visitatore o un fornitore o un lavoratore	Un paziente intossicato prende a pugni un'infermiera
III	Chi perpetra la violenza è un lavoratore o un ex lavoratore di quella struttura	Un dipendente licenziato di recente assale il suo capo
IV	Chi perpetra la violenza ha una relazione personale con il lavoratore ma nessun legame con il luogo di lavoro	Un ex marito assale la ex moglie sul suo luogo di lavoro

Fonte: Maria Rosa Valetto, Antonella Cappabianca (FNOMCeO) Violenza nei confronti degli operatori sanitari, 2° edizione, Maggio 2021, Editore Zadig via Ampère 59, 20131

Come prevenire e gestire le aggressioni per migliorare il benessere dei professionisti e l'efficacia delle prestazioni sanitarie

