

Indice

<u>INTRODUZIONE</u>	3
<u>1. AGGRESSIONI SUI LUOGHI DI LAVORO</u>	4
<u>1.1 Descrizione del problema</u>	4
<u>1.2 Differenza fra “aggressività” e “violenza”</u>	5
<u>2. LE AGGRESSIONI SUI LUOGHI DI LAVORO SONO UN RISCHIO CLINICO</u>	7
<u>2.1 Cos’è il rischio clinico</u>	7
<u>2.2 Il rischio clinico: violenza verso gli operatori e sicurezza dei processi assistenziali</u>	8
<u>3. RILEVANZA DEL PROBLEMA NEL CONTESTO E PER LA PROFESSIONE</u>	9
<u>3.1 Contesto in cui si sviluppa il problema</u>	9
<u>3.2. Fenomeno in forte crescita negli ultimi anni, diventato fenomeno “globale”</u>	10
<u>3.3 Fenomeno delle aggressioni messo in relazione con la pandemia di COVID nel 2019</u>	12
<u>3.4 Strategie messe in atto dagli operatori</u>	14
<u>3.5 Risvolti emotivi</u>	16
<u>3.6 La formazione per contrastare il fenomeno delle aggressioni</u>	18
<u>3.7 Un Osservatorio dedicato al tema della sicurezza</u>	20
<u>4. OBIETTIVO DELLO STUDIO</u>	21
<u>5. DESCRIZIONE DELLO STUDIO</u>	21
<u>5.1 Contesto e periodo di studio</u>	22
<u>5.2 Strumenti</u>	22
<u>6. RISULTATI DELLO STUDIO</u>	23
<u>6.1 Descrizione casistiche suddivisa per anno</u>	23
<u>6.2 Rielaborazione grafica</u>	27
<u>7. DISCUSSIONE</u>	31
<u>8. CONCLUSIONI</u>	38
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	39
<u>SITOGRAFIA</u>	42

INTRODUZIONE

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

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". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato.

Molti di questi episodi avvengono all'interno di ospedali, strutture territoriali, in primo luogo servizi per la tossicodipendenza (Sert), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

Episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale.

Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una

condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali, la diffusione dell'abuso di alcol e droga, l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali, lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste, ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici), presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme, mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi e la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture. I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, potrebbe arrivare fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi ¹.

1. AGGRESSIONI SUI LUOGHI DI LAVORO

1.1 Descrizione del problema

La violenza sul luogo di lavoro è stata descritta dall'Unione Europea come un insieme di episodi nei quali "i lavoratori sono abusati, minacciati e assaliti in circostanze correlate al loro lavoro, anche quando si recano al lavoro, e che provocano un cambiamento alla loro sicurezza, al loro benessere e alla loro salute fisica e psichica".

¹ Ministero della salute, racc. novembre 2007, n. 8 – Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Gli episodi di violenza, quindi, si esprimono in forme differenti, fisiche, psicologiche o sessuali; si possono presentare come singolo episodio o avere carattere più frequente e sistematico; hanno conseguenze e durabilità nel tempo diverse su chi le subisce.

È importante chiarire che le aggressioni sul luogo di lavoro possono avere origine endogena, prodotte quindi da persone interne all'azienda nei confronti di colleghi, o possono essere messe in atto da soggetti esterni all'Organizzazione.

Il contrasto delle forme di violenza interna ai luoghi di lavoro, quali ad esempio mobbing, molestie sessuali, discriminazioni di genere, è stato oggetto di uno specifico Accordo Europeo recepito in Italia, nel gennaio 2016, dalle principali rappresentanze sindacali.

La violenza sul luogo di lavoro, legata invece alle aggressioni esterne, presenta caratteristiche tali da richiedere la realizzazione di un distinto strumento di valutazione e contrasto.

Le conseguenze della violenza subita sul luogo di lavoro (WPV – Workplace Violence) si riverberano tanto sullo stato psicologico della vittima quanto sulla qualità dell'ambiente di lavoro dell'impresa coinvolta. Le ripercussioni delle aggressioni esterne, soprattutto quando trascurate, sono trasversali, profonde e di lungo periodo.

Il dipendente soggetto alla violenza sul lavoro da parte soggetti terzi vede peggiorare drasticamente la qualità della sua vita, professionale e no.

Infatti, dopo tali episodi, alcune vittime iniziano a mostrare disturbi del sonno, una frequente stanchezza, la cronicizzazione di determinate patologie.

Tali fenomeni risultano direttamente correlati ad un crescente stato di depressione, soprattutto laddove il lavoratore che ha subito violenze non sia supportato attraverso un adeguato sostegno psicologico; gli effetti sono evidenti anche a livello aziendale².

Infatti, si osserva in poco tempo una significativa riduzione della capacità produttiva, determinata dall'aumento delle assenze per malattia, dal turn over del personale, dal pensionamento anticipato dovuto a disabilità, dall'alterazione del clima lavorativo oltre che dall'aumento degli oneri diretti e indiretti correlati a tali eventi (incremento degli oneri assicurativi, giornate perse di lavoro, oneri di gestione dei contenziosi, ecc.).

² A. Oliverio Ferraris *Piccoli bulli crescono*. BUR 2006, "i motivi del comportamento umano"

Le aggressioni sul lavoro, pertanto, coinvolgono l'intera organizzazione. Per questo motivo le aziende che si confrontano con tali eventi non devono minimizzarli, ma sono chiamate piuttosto ad affrontarli con prontezza, adottando misure preventive e in grado di ridurre il senso di solitudine vissuto dai lavoratori.

1.2 Differenza fra “aggressività” e “violenza”

Spesso si confonde violenza con aggressività, i due termini però non sono affatto intercambiabili ma indicano due diversi momenti e condizioni. Si può essere aggressivi e violenti, ma si può anche essere soltanto aggressivi e non violenti.

L'individuo aggressivo e non violento è una persona che controlla i propri impulsi e ricorre alla violenza solo se costretto, in casi estremi.

La violenza può essere definita come un atto contro l'altro con l'intenzione di provocare una sofferenza e/o una ferita.

L'aggressività, invece, è un impulso spontaneo, una manifestazione della forza vitale. Può trasformarsi in violenza oppure in grinta³.

Gli psicologi definiscono generalmente l'aggressività come *“quella serie di comportamenti volti ad arrecare un danno, fisico o psicologico, ad altri individui, indipendentemente dal raggiungimento o meno dell'obiettivo”*⁴. Tale definizione pone l'accento su due aspetti importanti: l'intenzionalità di arrecare un danno ad altri e l'aspettativa che tale atto provochi delle conseguenze in chi lo subisce.

In particolare, l'aggressività viene descritta mediante la contrapposizione al concetto di violenza. Quando si parla di aggressività, si tende a porre maggiormente l'accento sulla componente istintuale, dovuta alla percezione di un rischio o alla difesa di oggetti, persone o situazioni. Con il termine violenza, invece, si fa riferimento ad atteggiamenti antisociali, intenzionali, organizzati e finalizzati al raggiungimento di uno scopo preciso⁵.

Sono stati, però, gli autori della corrente etologica, ed in particolare Konrad Lorenz, ad aver ricondotto l'aggressività all'ambito della sopravvivenza. Secondo tali autori, i comportamenti aggressivi sono innescati da stimoli ambientali o sociali particolari e si rifanno a comportamenti territoriali di avvicinamento ed esplorazione.

³ Violenza e Società – 2. Aggressività e natura umana, Alberto Pellegrino *Sociologo*

⁴ Masala Carmelo, Preti Antonio, Petretto Donatella Rita, *L'aggressività, Psicologia e metodi di valutazione*, Roma, Carocci Editori, 2002, p. 22.

⁵ Meyers David G. *Psicologia sociale*, a cura di Elena Marta e Margherita Lanz, Milano, McGraw – Hill, 2008.

Anche l'etimologia stessa della parola evidenzia tale concezione. Il termine aggressione deriva dal latino *aggredior*, composto da *ad* + *gradior*, indicante l'azione di avvicinarsi a qualcuno o qualcosa, con azioni che possono essere benigne (tentare di accattivarsi) od ostili (attaccare, assalire, accusare)⁶. Dunque, secondo tale concezione, l'aggressività implicherebbe solo l'ingresso nello spazio territoriale altrui e può essere intesa come una pulsione innata in grado di esprimere funzioni necessarie alla sopravvivenza.

La differenza tra le due definizioni, quella generale e quella proposta dagli etologi, sta nel fatto che la prima definizione esclude qualsiasi azione che può arrecare dolore o sofferenza in maniera non intenzionale, mentre la definizione offerta da Lorenz considera l'aggressività come una qualità innata dovuta allo spirito di sopravvivenza e alla necessità di conquistare o difendere un particolare spazio territoriale.

Le definizioni di aggressività, tuttavia, si distinguono ulteriormente, soprattutto sulla base delle correnti che si sono sviluppate, ma anche sulla base di quelle che ne sono ritenute le cause.

Ad esempio, se per Freud l'aggressività si rifà inizialmente a cariche istintuali per poi diventare espressione di un istinto di morte (*thanatos*), che si contrappone ad un istinto di vita (*eros*), per Melanie Klein (1935), che pure si rifà al concetto di istinto di morte, l'impulso aggressivo compare sin dalla prima infanzia, riflettendosi sul bambino sotto forma di angoscia e di immagini terrificanti.

Se per Alfred Adler l'aggressività è una pulsione innata primaria, non intesa come pulsione di morte o di distruzione, ma come una sorta di "volontà di potenza" e per Anthony Storressa riveste un ruolo fondamentale per spingere l'individuo alla ricerca dell'autonomia, gli studiosi comportamentisti hanno invece concentrato il loro studio sul ruolo delle frustrazioni nell'innescare dei comportamenti aggressivi.

Dunque, la prima differenza tra le varie definizioni di aggressività riguarda le cause che la innescano. L'idea secondo cui l'aggressività abbia una natura istintuale venne meno perché non fu in grado di spiegare i livelli di aggressività diversi da individuo a individuo e da cultura a cultura⁷. Infatti, non si è riusciti a spiegare perché popoli ritenuti pacifici prima di essere invasi siano diventati aggressivi ed ostili dopo l'invasione. I nostri antenati hanno

⁶ Valcarenghi Marina, "L'aggressività femminile", Milano, Bruno Mondadori, 2002, p.6-9

⁷ Ministero della salute, dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, ufficio III.

allora ipotizzato che l'aggressività avesse uno scopo adattativo, cioè, servisse per acquisire risorse o difendersi da attacchi.

2. LE AGGRESSIONI SUI LUOGHI DI LAVORO SONO UN RISCHIO CLINICO

2.1 Cos'è il rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”⁸. Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

Un'attività di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), individuazione e correzione delle cause di errore [Root Causes Analysis (RCA), analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)], monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente⁹.

2.2 Il rischio clinico: violenza verso gli operatori e sicurezza dei processi assistenziali

Come descritto, all'interno del rischio clinico trova spazio una particolare tipologia di condizione negativa che è quella data dagli episodi e i rischi di aggressività e violenza nei

⁸ (Kohn, IOM 1999).

⁹ Campagna di comunicazione contro la violenza verso gli operatori sanitari e socio-sanitari, 10 Marzo 202, Ministero della Salute.

confronti degli operatori sanitari vanno considerati problemi prioritari nella gestione del rischio clinico tanto da essere definiti dal Ministero della Salute “eventi sentinella” e, come tali, oggetto di un attento monitoraggio.

La Raccomandazione numero 8 del 2007, emanata dal Ministero della Sanità è finalizzata in maniera specifica alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari¹⁰.

Nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione e ha inserito la “morte o grave danno in seguito a violenza su operatore” fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati, tramite appropriate procedure, alle Regioni e al Ministero della Salute.

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 D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i, noto come Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.

In questo contesto la valutazione del rischio deve individuare gli elementi relativi all’ambiente e alle tecnologie con cui si svolge l’attività sanitaria, con gli aspetti più strettamente psicosociali collegati alle professioni sanitarie.

È evidenza riconosciuta che per governare l’alta complessità delle Aziende Sanitarie e le attività che vi si svolgono sia necessario utilizzare il metodo del miglioramento continuo

¹⁰ Istruzione operativa “Gestione del paziente (potenzialmente) aggressivo e violento”. Servizio Sanitario Regionale Emilia – Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena, SPDC. 13/12/2010

della qualità, in linea con le evidenze scientifiche ed in sintonia con le aspettative dei pazienti, sempre più consapevoli dei loro bisogni.

Il miglioramento della qualità richiede necessariamente l'attenzione ai temi della sicurezza dei pazienti e quindi pone in particolare risalto le azioni rientranti nella gestione del rischio clinico.

La “gestione del rischio clinico” rientra nell’ambito del “governo clinico” per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che si avvale di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori¹¹.

3. RILEVANZA DEL PROBLEMA NEL CONTESTO E PER LA PROFESSIONE

3.1 Contesto in cui si sviluppa il problema

Il NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) definisce la violenza nei luoghi di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro”¹². Questo fenomeno è documentato da diversi anni ed è in crescita in buona parte del mondo¹³.

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention/NIOSH Current intelligence bulletin 57: Violence in the workplace 1996 www.cdc.gov/niosh/violcont.html.

¹² Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*.

¹³ Grottoli E, Ciriello S, Gabriele M, et al. Aggressioni e molestie nelle attività sanitarie. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007.

Con il termine aggressioni non si intende soltanto l'aggressione in senso strettamente fisico ma anche tutte quelle situazioni in cui l'operatore subisce molestie sessuali, aggressioni o intimidazioni verbali¹⁴.

Inoltre, non si intendono solo le aggressioni da parte dei pazienti o dei familiari di questi, ma anche quelle da parte di colleghi e altro personale in genere. Già nel 2001 la terza Survey Europea sulle condizioni di lavoro metteva in luce che tra la popolazione lavorativa europea la percentuale di individui che avevano subito un atto di violenza fisica si aggirava intorno al 4%. Nella Survey Europea sulle condizioni di lavoro (EWCS) condotta nel 2015 la percentuale di lavoratori europei che segnala di dover "gestire clienti/pazienti/ alunni arrabbiati" è del 16% in media, con percentuali che variano dal 3% al 4% in Danimarca, Finlandia e Norvegia al 37% in Albania e 30% in Spagna. Questo indicatore è in aumento dal 2010; la percentuale di lavoratori che ha questo problema è raddoppiata tra il 2010 e il 2015.

Secondo un rapporto OSHA (Occupational Safety and Health Administration) il tasso d'infortunio a seguito di violenze subite nel periodo compreso tra il 2002 e il 2013 è mediamente quattro volte maggiore nei lavoratori in ambito sanitario rispetto a quello dei lavoratori nel settore industriale. Per far fronte al fenomeno della violenza nel settore sanitario l'International Labour Office (ILO) congiuntamente all' International Council of Nurses (ICN), al World Health Organization (WHO) e al Public Services International (PSI) lanciarono nel 2000 un programma per la prevenzione della violenza negli operatori sanitari. L'OSHA, ha emanato nel 2015 le "Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare". Queste Linee Guida riportano, tra gli esempi di prevenzione, un'esperienza condotta nel Lazio. In questo studio eseguito all'interno di una unità psichiatrica gli operatori avevano riferito 167 eventi violenti da parte di pazienti nel periodo dal 1995 al 2009. Al completamento del programma il tasso di aggressione era significativamente ridotto. Nelle ASL del Lazio sono riportati tassi annui di incidenza annua attorno al 10% per la violenza fisica e superiore al 30% per quella verbale. I costi associati al fenomeno non sono trascurabili sia per i trattamenti e le cure a seguito di aggressione sia per il calo della produttività ed eventuali dimissionari.

¹⁴ Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F et al. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. Clin Ter. 2017.

Le aggressioni sul luogo di lavoro sono infatti anche una delle principali cause di abbandono del posto da parte del personale sanitario. Infermieri e personale sociosanitario sono a rischio più alto di aggressione rispetto ad altre categorie di lavoratori in quanto sono a contatto diretto con il paziente e con il suo nucleo familiare¹⁵. Tra questi il personale dei reparti psichiatrici, quello della medicina di urgenza e quello di servizio in ambulanza sembrano i più esposti al fenomeno.

Soltanto una minima parte delle aggressioni viene denunciata alla pubblica sicurezza o agli organi interni del servizio sanitario, per molti individui l'aggressione viene ancora considerata come parte integrante del lavoro nonostante vi sia un marcato impatto negativo sulla produttività e sulla psiche della vittima con un concomitante aumento dei livelli di stress lavorativo.

Gli atti di violenza nei luoghi di lavoro richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione e di protezione non solo per le ricadute di salute sul lavoratore stesso ma anche i costi associati al fenomeno e le ripercussioni sulla qualità dell'assistenza. A questo scopo la Raccomandazione n.8 del 2007 del Ministero della Salute ("Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari") si prefigge lo scopo di favorire l'analisi dei rischi collegati al luogo di lavoro e l'adozione di iniziative e programmi per prevenire episodi di violenza o per attenuarne le conseguenze negative qualora si fossero già verificate.

¹⁵ Articles from La Medicina del Lavoro are provided here courtesy of Mattioli 1885, PubMed central

3.2. Fenomeno in forte crescita negli ultimi anni, diventato fenomeno “globale”

Gli episodi di aggressioni a operatori sanitari e sociosanitari, soprattutto, nei pronto soccorso, sono un fenomeno in crescita. Nel triennio 2019-2021 sono stati più di 4.800 i casi codificati dall'INAIL come violenze, aggressioni, minacce e similari nei confronti del personale sanitario e sociosanitario, con una media di circa 1.600 l'anno, ma sono sicuramente di più, dato che a volte non vengono denunciati dalle vittime. La maggior parte avviene in case di cura e ospedali e a essere più colpite sono le donne.

Gli episodi di aggressione e di violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari sono stati oggetto, anche recentemente, di numerosi articoli di cronaca, che ne hanno evidenziato la pericolosità anche dal punto di vista sociale.

Per sensibilizzare la popolazione al problema è stata indetta il 12 marzo (decreto del Ministro della salute del 27 gennaio 2022), la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari.

L'articolo “State approaches to stopping violence against Health Care Workers”, pubblicato su Jama il 22 febbraio scorso, mette in evidenza, pur riferendosi ad un'analisi sulla peculiare situazione e legislazione statale statunitense, quanto il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari sia globale, sia sempre ritenuto inaccettabile al di là della sua crescente incidenza e sia doveroso affrontarlo per proteggere il personale sanitario. Seppure il contesto sanitario sia culturalmente diverso e il sistema giudiziario preveda pene più severe, l'analisi degli autori potrebbe essere utile per trovare strategie efficaci anche nel nostro Paese, poiché risulta che gli operatori sanitari sono sproporzionatamente a rischio di violenza sul posto di lavoro, rispetto ad altre categorie di lavoratori, in tante parti del mondo. Sarebbe interessante analizzare pertanto come anche la legge italiana intenda adattarsi per tutelare i professionisti della salute.

Un'indagine nazionale ha dimostrato che negli Stati Uniti i sanitari hanno cinque volte in più la probabilità di subire violenza rispetto ad altre categorie professionali, rappresentando il 73% di tutti gli infortuni non mortali dovuti alla violenza.

Registrando che nell'ultimo decennio gli attacchi ai sanitari sono complessivamente in preoccupante aumento, si rileva un incremento del 119% di infermieri che hanno segnalato un peggioramento della violenza sul posto di lavoro tra marzo 2021 e marzo 2022.

In America si stanno registrando sparatorie persino negli ospedali. In risposta a questi fatti di violenza e alle continue minacce, molte strutture sanitarie hanno provveduto ad installare meta-detector all'ingresso e vetri rallenta-proiettili, procedono a perquisizioni di borse e hanno assunto agenti di sicurezza con pistole stordenti.

Queste modalità di approccio aggressive e violente nei confronti degli operatori sanitari (Health Care Worker/ HCW) risultano essere particolarmente frequenti e di forte rilevanza in tutto il mondo con episodi segnalati in molti contesti internazionali. La violenza contro gli operatori sanitari (HCW), in alcuni paesi, si presenta con un indice di prevalenza superiore all'87%. La World Medical Association (WMA) ha recentemente affermato come la violenza contro il personale sanitario rappresenta un'emergenza internazionale (WMA, 2020).

Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), organo del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), definisce la violenza sul posto di lavoro (Workplace Violence/WPV) come: "atti violenti, comprensivi di aggressioni fisiche e minacce di aggressione, diretti a persone al lavoro o in servizio"¹⁶.

¹⁶ (Jenkins, 1996, p. 1).

3.3 Fenomeno delle aggressioni messo in relazione con la pandemia di COVID nel 2019

Durante la Pandemia da COVID-19 i sistemi sanitari di tutto il mondo e i relativi professionisti sono stati messi a dura prova, colpendo inevitabilmente anche i pazienti e le loro famiglie.

In generale, gli effetti della Pandemia da COVID-19 hanno prodotto stress e paura, sia nel personale sanitario, sia nei pazienti ricoverati. Gli operatori sanitari hanno identificato come fonte di stress la paura di essere esposti al virus e di ammalarsi, la preoccupazione di affrontare l'infezione, la malattia e la morte di altri (es. pazienti, colleghi o persone care), sentimenti di inadeguatezza e impotenza verso le condizioni e il trattamento dei loro pazienti, l'assenza di una adeguata fornitura di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e una scarsa formazione. A loro volta, i pazienti ricoverati hanno riferito di provare paura circa l'incertezza della diagnosi ed il trattamento della malattia, riguardo allo sviluppo di sindromi gravi dovute a comorbidità, senso di colpa per il rischio potenziale della trasmissione del virus ai propri cari, nonché ansia per la conseguente discriminazione sociale.

La concomitanza di questi eventi, in una situazione di vulnerabilità già presente tra sistema e pazienti, può aggravare il già alto tasso di WPV e la sua sottostima.

Con il dilagare e il diffondersi del virus SARS-CoV-2 in tutto il mondo, sebbene nel primo periodo fosse emersa una visione degli operatori sanitari come eroi, successivamente si è osservato un aumento esponenziale degli episodi di maltrattamento contro gli HCW (WMA, 2020). Fin dagli albori di questa pandemia, i titoli dei mass media hanno catturato storie di personale sanitario vittima di atti di violenza e aggressione sul posto di lavoro. I rapporti descrivono, in taluni casi, HCW picchiati, lapidati, sputati, minacciati e sfrattati dalle loro case perché consideranti untori.

I motivi secondo i quali le persone aggrediscono gli HCW durante le emergenze sanitarie sono di varia natura e correlati al contesto culturale in cui avvengono.

Le principali cause, riconosciute dalla letteratura come fonti di amplificazione del fenomeno della WPV durante la pandemia da COVID-19, risultano essere la paura e le errate informazioni circolanti sulla diffusione del virus. Un'ulteriore possibile ragione alla base di questi attacchi è da ricercare anche nell'alto tasso di infezione da COVID-19 tra gli operatori stessi. Ciò ha portato intere comunità a percepire gli HCW come un forte rischio per il benessere della salute pubblica.

Ad oggi, in linea con studi precedenti condotti nel periodo non pandemico in tema WPV,

una delle aree cliniche maggiormente colpite da episodi di violenza sul luogo di lavoro, rimane il servizio di Pronto Soccorso.

Lo studio condotto da McGuire et al. (2021)¹⁷ presso un PS statunitense dimostra, infatti, come nel periodo pandemico il personale sanitario abbia subito un maggior numero di episodi di violenza da parte dell'utenza (2,53 incidenti per 1000 visite di pazienti), rispetto all'anno precedente (1,24 incidenti per 1000 visite di pazienti). Gli stessi intervistati hanno dichiarato un aumento delle aggressioni fisiche, in particolare, attraverso fluidi corporei. Il motivo di ciò potrebbe essere facilmente intuibile, in quanto è noto come il gesto di sputare e tossire direttamente verso una terza persona, in particolare nel periodo storico che si sta vivendo, rappresenti un atto molto forte, con lo scopo di causare un danno al personale.

Alti tassi di WPV si sono osservati anche nello studio condotto da Muñoz Del Carpio-Toia et al. (2021)¹⁸ che ha coinvolto numerose strutture sanitarie in Perù, dove circa l'85% del campione che ha partecipato ha dichiarato di aver subito un qualche tipo di WPV mentre assisteva pazienti affetti da COVID-19, di cui oltre il 75% ha subito violenza in più occasioni. La forma di WPV che ha maggiormente colpito il personale sanitario è risultato essere, però, l'aggressione verbale.

Lo stesso studio individua come setting a più alta frequenza di WPV l'area di triage. Il dato risulta essere in linea con quanto osservato da studi precedenti condotti prima della diffusione di SARS-CoV-2, dove l'area di triage risultava essere il luogo in cui il personale sanitario è stato maggiormente esposto ad atti di violenza e aggressione.

Al contrario di quanto documentato da McGuire et al. (2021) e Muñoz Del Carpio-Toia et al. (2021), Basis et al. (2021) osservarono, durante la loro esperienza avvenuta presso un ospedale israeliano, un calo del 71,4% nei casi di violenza (6 vs 21) in Pronto Soccorso contro il personale medico nel periodo COVID-19 rispetto all'anno precedente. Secondo lo stesso studio però, il PS rimane il dipartimento con il più alto tasso di WPV rispetto ad altri reparti ospedalieri.

¹⁷ Edward K, Ousey K, et al. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. Br J Nurs 2014.

¹⁸ Italian journal of nursing, "COVID-19 pandemic's impact on Workplace Violence in the Emergency Department: focus on Triage

Le esperienze sopra descritte dimostrano come, in contesti precari come una pandemia, i servizi di PS rappresentino luoghi con elevati livelli di WPV.

Una possibile soluzione per ridurre o eliminare questi episodi di violenza nell'ambiente di un Pronto Soccorso può consistere, come dimostrato da Lau et al. (2012)¹⁹, nell'instaurazione di un'efficace comunicazione empatica con i pazienti. L'International Committee of the Red Cross per prevenire il problema delle WPV nei confronti degli HCW impegnati a fronteggiare COVID-19 ha difatti elaborato una checklist di raccomandazioni per la buona comunicazione e la collaborazione (International Committee of the Red Cross, 2020).

L'Italia, in modo evidente, è stata vittima delle conseguenze della pandemia che ha vessato gravemente l'intero Servizio Sanitario Nazionale (SSN), causando un sovraccarico dei normali processi di erogazione delle cure. In particolar modo, i Pronto Soccorsi italiani sono risultati essere tra le aree maggiormente colpite, probabilmente a causa di un significativo aumento del tasso di ricovero dal 17% al 35%, nonostante nella prima ondata pandemica si fosse osservata una generale riduzione degli accessi in PS rispetto all'anno precedente (-46%), sia per patologie traumatiche, che non traumatiche²⁰.

¹⁹ Howard J. State and local regulatory approaches to preventing workplace violence. *Occup Med*, 1996

²⁰ Pubblicato il 26.02.24 di Monica Vaccaretti Aggiornato il 26.02.24, "come fermare la violenza contro gli operatori sanitari"

Ad oggi, non sono stati rilevati in letteratura studi italiani volti ad analizzare il fenomeno della WPV correlata alla pandemia da COVID-19 nei confronti degli operatori sanitari italiani

Nonostante la panoramica internazionale riportata, le esperienze italiane volte ad analizzare il fenomeno della WPV correlato alla pandemia da COVID-19 nei confronti degli operatori sanitari sono estremamente esigue; benché meno riguardanti la violenza nei confronti degli infermieri triagisti, che ricordiamo essere un'attività infermieristica ad alto rischio di violenza. Medesime osservazioni, sono apprezzabili anche dalla stessa letteratura internazionale, la quale risulta povera in tale ambito. Dalle informazioni che è stato possibile reperire, il fenomeno delle WPV contro gli HCW è un fenomeno in continua crescita in tutto il mondo nel periodo esaminato, e pertanto è possibile dedurre come gli stessi episodi di violenza e aggressività nei confronti degli infermieri di triage siano di conseguenza aumentati esponenzialmente.

L'articolo mette in luce la necessità di sviluppare progetti di studio in grado di indagare l'esperienza del personale sanitario, in contesti di emergenza, durante il periodo pandemico, tenendo in particolare considerazione la sopraffazione subita durante il turno lavorativo nell'area di triage.

Studi di questo genere potrebbero diventare uno strumento fondamentale sia per cogliere il "costo" emotivo che la violenza sul posto di lavoro ha per gli operatori sanitari, sia per applicare un tentativo di riduzione dei suddetti episodi.

3.4 Strategie messe in atto dagli operatori

Il personale sanitario è il professionista della salute alleato al cittadino, "non un bersaglio, non un capro espiatorio, non un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione e inefficienza del sistema".

La prevenzione degli episodi violenti a danno degli operatori sanitari richiede che l'organizzazione non solo identifichi i fattori di rischio per la sicurezza, ma che metta anche in atto le strategie organizzative, strutturali e tecnologiche più opportune al fine di ridurre gli atti di violenza nei servizi sanitari, seguendo la cultura della Tolleranza Zero, che sostiene la segnalazione di qualsiasi violenza o aggressione percepita legata al lavoro.

Alcuni esempi di misure strutturali possono comprendere: l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti, luoghi d'attesa confortevoli e con minimizzazione dei fattori stressogeni, arredamento adeguato.

Tra le misure tecnologiche si possono valutare: la necessità di installare impianti d'allarme, la videosorveglianza (attraverso telecamere IP in aree strategiche per monitorare gli utenti in attesa di cure), sistemi di notifica di massa, utili per trasmettere messaggi a tutta la struttura in caso di situazioni di emergenza.

Tra le misure organizzative, riguardanti le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative, si possono evidenziare: la promozione chiara di una cultura a "Tolleranza Zero", la sensibilizzazione alla segnalazione delle aggressioni/minacce, l'assicurarsi del passaggio di informazioni precise agli utenti in attesa, la predisposizione di un team appositamente addestrato alla gestione di situazioni critiche con pazienti aggressivi, il coordinamento con le Forze di Polizia, il lavoro di equipe²¹.

Per infermieri, medici e altri operatori di psichiatria, emergenza e medicina penitenziaria di Asl Salerno sono in arrivo 500 videocamere indossabili.

È il progetto sperimentale dell'Azienda, che dotando i sanitari di una body-cam come quelle già in uso nelle forze di polizia che riprende quello che accade davanti all'operatore o soccorritore sanitario che la indossa., intende investire nella sicurezza dei propri dipendenti.

Le body-cam sono un deterrente, oggi l'aggressività contro gli operatori sanitari è alta.

²¹ Ministero della salute, servizio sanitario regionale Emilia-Romagna

È chiaro che questi dispositivi non saranno indossati nei reparti ma nelle zone dove oggi accadono i maggiori episodi di violenza ovvero gli spazi fuori dai dipartimenti dove sostano i familiari, ci saranno cartelli che avvertiranno la popolazione della presenza di operatori con la body-cam.

La scelta è quindi quella di dare strumenti di tutela agli operatori sanitari delle emergenze, che comunicheranno direttamente sia con le forze dell'ordine, sia con la centrale operativa del 118. Le telecamere individuali saranno 400, 800 quelle sui mezzi di soccorso. Le informazioni e le immagini serviranno anche per comunicare con gli ospedali e poter dare una migliore assistenza sanitaria alle persone soccorse in coordinamento con il Pronto soccorso di destinazione.

Con questa iniziativa si vuole andare incontro a una pressante richiesta degli operatori e metterli in sicurezza durante interventi particolarmente gravi, questo è utile per la sicurezza ma anche per sapere in tempo reale di quale gestione sanitaria è necessaria in quel dato momento.

Un altro sistema messo in atto per difendersi dalle aggressioni è il corso di difesa personale per operatori sanitari proposto dal Policlinico Umberto I di Roma.

La struttura ha avviato corsi di autodifesa per il personale sanitario a causa delle aggressioni da parte dei pazienti.

Infermieri e medici raccontano di situazioni estreme, insulti, minacce e addirittura attacchi fisici, le lezioni sono coordinate da esperti di judo che insegnano tecniche di difesa personale, spiegando loro come gestire situazioni di pericolo.

Nel corso di difesa personale per operatori sanitari condotto dal maestro Adolfo Bei e dal campione di judo Michele Vinacci, partecipano 5 istruttori e 18 allievi, principalmente medici e infermieri, di cui ben 15 sono donne.

L'insegnamento di base è che la migliore difesa è la fuga anche se questa non è sempre sufficiente.

Durante il corso vengono insegnate varie tecniche, tra cui il blocco e mettere a terra un aggressore, si impara anche a sferrare colpi con la mano aperta per evitare lesioni, a liberarsi da prese al polso o al collo e a difendersi con calci anche in caso di caduta.

L'obiettivo principale è sempre quello di scappare e chiedere aiuto non appena possibile.

3.5 Risvolti emotivi

Gli episodi di violenza contro gli operatori della salute, seppur sottovalutati, “possono essere considerati eventi sentinella, in quanto segnali della presenza nell’ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori”²².

Il fenomeno analizzato, come mostrano gli studi, comporta effetti negativi sullo stato di salute degli operatori, che si ripercuotono poi anche sull’ambito organizzativo, sociale ed economico, sotto forma di “decremento della produttività, assenteismo, congedi per motivi di salute ed elevato turnover”²³.

Nel periodo tra Aprile 2012 e Marzo 2014 è stato condotto uno studio italiano, con l’obiettivo di indagare il livello di sofferenza psichica dei professionisti sanitari: se ne evince che l’essere stato vittima di fenomeni aggressivi, produca importanti conseguenze sul piano della salute sia fisica sia emotiva, ovvero sintomi somatici (cefalea, tachicardia, difficoltà nel sonno, calo dell’appetito), cognitivi (rimuginare sull’evento, auto svalutarsi, avere rimpianti) ed affettivi (sbalzi d’umore, irritabilità, impazienza, paura e rabbia).

In merito alle emozioni negative derivanti dagli agiti 9 aggressivi da parte degli utenti, secondo uno studio del 2017, il personale infermieristico “ha riferito di provare rabbia nel momento in cui riteneva inaccettabile l’aggressività subita”²⁴.

²² CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). Violence. Occupational hazards in hospitals. No 2002-101, 52 Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. 2002.

²³ Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing - results from the European ‘NEXT’ Study

²⁴ Aggression and Violent Acts against Emergency Nurses: Observational Study

Questa ricerca ha evidenziato che il riconoscimento della modalità in cui “le emozioni del personale possono guidare nel contenimento dell’aggressività del paziente è fondamentale per comprendere il benessere del personale e la qualità dell’assistenza” erogata.

Ulteriori ricerche mostrano come “il coinvolgimento emotivo degli operatori sanitari ad un episodio di aggressività può influenzare la loro capacità di problem solving e aumentare il rischio di errore”²⁵.

Inoltre, l’essere immersi costantemente in un clima di tensione conduce ad un aumento inevitabile dello stress, il cui ruolo insidioso e cumulativo nel tempo, porta i professionisti ad una “riduzione dell’autostima”, della “capacità di empatia”, fino ad una “situazione di esaurimento”²⁶, generando “meccanismi di burnout e/o comunque di disaffezione del proprio lavoro con un peggioramento qualitativo dell’assistenza offerta”.

L’espressività clinica può essere tuttavia molto varia, per esempio è frequente lo sviluppo di sintomi fobici con ansia anticipatoria e condotte di evitamento, richiedendo un appropriato intervento psicologico e talvolta farmacologico²⁷.

Per ciò che concerne la prevenzione, oltre alla messa in sicurezza dei luoghi di lavoro, sia sul piano strutturale che organizzativo, è importante agire sulla formazione degli operatori. Ragionare con una persona arrabbiata, aggressiva, “fuori di testa” non è possibile, né basta affidarsi al buon senso.

²⁵ FNOPI (Audizione Camera 22 gennaio 2020), Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull’Atto Camera 2117 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni

²⁶ Phillips J. Workplace violence against health care workers in the United States. N Engl J Med 2016

²⁷ ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organization), PSI (Public Services International). Joint programme on workplace violence in the health sector. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Ginevra, 2002.

Occorrono strategie precise: l'intervento di "de escalation" ha l'obiettivo di ridurre il livello di rabbia e di agitazione rendendo possibile il dialogo.

In condizioni normali, un individuo di fronte ad un pericolo reagisce con modalità rapide, impulsive, maldestre e talvolta si lascia prendere dal panico, l'operatore può così, suo malgrado, alimentare ulteriormente la violenza e l'aggressività dell'utente.

L'utilizzo di strategie codificate, volte ad abbassare i toni del soggetto che esprime aggressività, richiede uno specifico addestramento mediante un percorso formativo strutturato, diluito nel tempo, con richiami adeguati e con periodiche verifiche mediante simulazioni.

Un'adeguata formazione degli operatori, oltre che ridurre le aggressioni nei loro confronti, migliora indubbiamente la sicurezza dei processi assistenziali²⁸.

3.6 La formazione per contrastare il fenomeno delle aggressioni

Oggi la formazione degli operatori su questo argomento è del tutto carente e chi si trova ad affrontare situazioni pericolose in prima linea, spesso è impreparato a meno di un suo personale interessamento, mentre dovrebbe essere previsto a livello di corso universitario, anche grazie a una modifica agli ordinamenti didattici e al sistema Ecm (educazione continua in medicina).

La formazione deve mirare a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire in caso di episodi di violenza. I contenuti formativi vanno diversificati in base ai diversi contesti lavorativi e profili professionali; inoltre, la formazione deve essere coerente con la valutazione del contesto lavorativo e con le azioni previste dal piano programma per la gestione del rischio.

Come già esplicitato negli Indirizzi sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure, elaborate dal Nucleo Operativo del Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente, la formazione del personale ha l'obiettivo anche di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad

²⁸ Tartaglino B, Fraticelli C, *Il paziente agitato e violento*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2017

alta partecipazione emotiva e diffondere a tutto il personale la conoscenza dei rischi potenziali e delle tecniche da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi dovranno affrontare almeno i seguenti aspetti:

- a. Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- b. I rischi connessi alla propria attività lavorativa e al posto di lavoro;
- c. Apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione di comportamenti aggressivi e violenti (focus in allegato 4) da parte di pazienti, parenti e visitatori, privilegiando tecniche di prevenzione di de-escalation;
- d. Procedure per la segnalazione.

Le iniziative formative potranno essere inserite nel normale percorso di formazione sulla sicurezza previsto dal D. Lgs. 81/08 per i lavoratori o attuati in modo specifico in determinati contesti a rischio. Le iniziative formative, come le altre misure di prevenzione e controllo, andranno esplicitate anche nel PREVIOS e integrate nel documento di valutazione dei rischi specifici e nel suo piano di miglioramento, individuando anche le scadenze temporali per la loro attuazione, così come previsto dal D. Lgs. 81/08, e implementando un opportuno monitoraggio. Relativamente alle attività formative si raccomanda un confronto con OO.SS, Organismo paritetico ed eventualmente CUG, al fine di condividere l'impostazione del piano²⁹.

A questo proposito è fondamentale ampliare la formazione con dei corsi per migliorare la comunicazione operatore-paziente-familiare fondamentale che si preveda accanto alle pene per le aggressioni anche una formazione degli operatori, obbligatoria e mirata, e fin dal percorso di laurea (la FNOPI in questo senso ha già organizzato due corsi di educazione continua, ECM, a cui hanno partecipato oltre il 90% degli infermieri) sugli aspetti della comunicazione, di adeguate tecniche di de-escalation e della relazione terapeutica nei confronti delle persone assistite e che le infermiere sappiano cogliere tutti i segnali premonitori di un atto di violenza, sappiano come mitigare e contenere la loro evoluzione, come proteggersi preventivamente e possano comunicare con fermezza agli

²⁹ Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nursing Research*. 2016; 10:271-276.

utenti, agli accompagnatori e al personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati”³⁰.

3.7 Un Osservatorio dedicato al tema della sicurezza

Il Ministero della Salute con il decreto n. 13 del gennaio 2022 istituiva l’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, già previsto dalla legge 113 del 2020.

L’articolo 3 ne descrive compiti e funzionamento:

1. L’osservatorio ha il compito di:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell’esercizio delle loro funzioni
- b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell’esercizio delle loro funzioni
- c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti

³⁰ Medici e infermieri a lezioni di judo: “Aggressioni continue. La sanità non funziona e i pazienti se la prendono con noi”, di Elena Dusi, La Repubblica

d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza

e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe

f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

2. L'Osservatorio produce i dati utili alla relazione annuale che il Ministro della salute trasmette alle Camere, sull'attività svolta.

3. L'Osservatorio, all'atto dell'insediamento, adotta un regolamento con il quale disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle attività.

L'Osservatorio prevede nella sua composizione la presenza di rappresentanti dei ministeri di Salute, Interno, Giustizia, Difesa e Lavoro. Vi saranno poi 8 componenti delle regioni e un rappresentante dell'Inail e di Agenas. Nutrita la rappresentanza degli Ordini professionali e dei sindacati.

Come si legge in un comunicato, l'Osservatorio si è riunito il 23 gennaio 2023 alla presenza del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, del direttore della Direzione generale professioni sanitarie del ministero della Salute, Rossana Ugenti, con la partecipazione di rappresentanti dell'Osservatorio.

Il Ministro ha sottolineato «che a fronte del numero crescente di episodi di violenza segnalati a danno di operatori sanitari, 60 nel 2021 e 85 nel 2022, è indispensabile mappare le strutture più a rischio anche alla luce della collaborazione avviata con il ministero degli Interni per garantire maggiore sicurezza negli ospedali». Inoltre, il Ministro ha ricordato che a breve partirà anche il tavolo dedicato ai Pronto soccorso, dove si verificano con più frequenza i casi di aggressione, per dare risposte concrete in termini di riorganizzazione con particolare attenzione al problema del sovraffollamento.

L'Osservatorio sta concludendo i lavori di redazione della Relazione annuale che sarà inviata al Parlamento entro il 31 marzo e ha sottoposto all'attenzione del ministro le principali problematiche su cui sono impegnati i gruppi di lavoro: raccolta dei dati per un monitoraggio puntuale del fenomeno delle aggressioni, anche attraverso una più stretta

collaborazione con le regioni; campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini per una maggiore consapevolezza del rapporto di fiducia con i medici e gli operatori sanitari; formazione per il personale sanitario³¹.

4. OBIETTIVO DELLO STUDIO

³¹ Ministero della Salute. Decreto n. 13 del gennaio 2022 “Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie”.

L'obiettivo della proposta progettuale è quello di indagare il fenomeno dell'aggressività sui luoghi di lavoro nei contesti sanitari attraverso:

1. ricerca bibliografica;
2. analisi quantitativa del fenomeno nel contesto aziendale della AST Pesaro Urbino.

Gli approfondimenti relativi alla pesatura del fenomeno sono finalizzati a provvedere alla riduzione del rischio attraverso la messa in atto delle azioni gestionali migliorative.

5. DESCRIZIONE DELLO STUDIO

La prima fase dello studio si è orientata alla ricerca bibliografica sia a livello nazionale che internazionale al fine di ricostruire una panoramica del fenomeno aggressioni.

La seconda fase ha previsto l'analisi del fenomeno nel contesto sanitario della AST Pesaro Urbino.

5.1 Contesto e periodo di studio

L'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino è operativa da gennaio 2023, istituita dalla legge regionale n. 19 dell'8 agosto 2022 (Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale), e incorpora l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", entrambe cessate il 31 dicembre 2022. L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST Pesaro Urbino) si estende su un territorio di 2.510,8 Km² (26,8% del territorio regionale), la popolazione assistita è pari a 349.596 e distribuita in 50 Comuni e in 3 distretti. L'assistenza ospedaliera è erogata dai quattro ospedali: Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Urbino; Ospedale "Santi Carlo e Donnino" di Pergola; Ospedale "Santa Croce" di Fano; Ospedale "San Salvatore" di Pesaro, stabilimento Centrale e di Muraglia.

L'attività di studio ha avuto luogo da ottobre 2023 a giugno 2024 durante lo stage di tirocinio all'interno del servizio Prevenzione e Protezione della ASTPU.

Il D.lgs. 81/2008 definisce il Servizio di Prevenzione e Protezione come l'insieme di persone, sistemi e mezzi interni finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per la salute e sicurezza dei lavoratori. Il Servizio di Prevenzione e Protezione costituisce l'organo tecnico consultivo della Direzione Generale per l'attuazione delle politiche di sicurezza e salute sul lavoro con il coinvolgimento degli operatori aziendali, secondo l'articolazione delle responsabilità previste dalla legge.

La Mission del Servizio Prevenzione Protezione è favorire in ambito aziendale condizioni che assicurino il più alto grado di qualità nella vita lavorativa, garantendo la sicurezza e tutelando la salute dei lavoratori, migliorando il loro benessere fisico, psichico, sociale e prevenendo malattie ed infortuni.

5.2 Strumenti

Previa autorizzazione da parte del Responsabile del Servizio Prevenzione si è proceduto ad analizzare il fenomeno attraverso:

- reportistica degli infortuni accorsi dal 2018 al 2022;
- documentazione interna (verbali, procedure operative, istruzioni operative);

Lo strumento utilizzato per la rendicontazione statistica dei dati e la formulazione dei grafici è stato Excel.

6. RISULTATI DELLO STUDIO

6.1 Descrizione casistiche suddivisa per anno

Le casistiche nelle tabelle a seguire, divise per anno, riassumono la qualifica dell'operatore interessato, l'unità operativa di appartenenza, le dinamiche di aggressione, le diagnosi ed i giorni di prognosi.

	QUALIFICA PROFESSIONALE	UNITÀ OPERATIVA/SERVIZI O DI APPARTENENZA	DINAMICA EVENTO	DIAGNOSI	GIORNI DI PROGNOSI
1	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di un paziente	Contusione spalla e mano destra	/
2	Infermiere	Radiologia S. Croce Fano	Aggredito verbalmente da un utente	Episodio di cardiopalmo secondario a stress emotivo durante orario di lavoro	5 giorni di prognosi
3	OSS	Blocco Operatorio S. Croce Fano	Aggressione da collega di lavoro	Contusione, escoriazione omero dx lesioni da graffiamento/eritema in sede omerale prossimale	/
4	Infermiere	Pneumologia S. Croce Di Fano	Aggressione da parte di paziente agitato	Contusione al volto	3 giorni di prognosi

Anno 2019

	QUALIFICA PROFESSIONALE	UNITÀ OPERATIVA/SERVIZIO DI APPARTENENZA	DINAMICA EVENTO	DIAGNOSI	GIORNI DI PROGNOSI
1	OSS	Pronto Soccorso S. Croce Fano	Aggressione (morso)	Lesione all'indice	/

			da parte di paziente	della mano destra	
2	Medico	Pronto Soccorso S. Croce Fano	Aggression e da parte di paziente	Contusione avanbraccio	/

Anno 2020: nessuna aggressione.

Nel 2020 non è stata denunciata nessuna aggressione. Questo dato è stato registrato durante la pandemia COVID-19, nello specifico il primo anno dopo gli effetti che ha portato la stessa pandemia.

Il dato mostra come il COVID-19 abbia notevolmente diminuito il fenomeno, questo è dovuto al fatto che durante la pandemia i servizi sanitari e sociosanitari erano tenuti strettamente sotto controllo.

Un fattore fondamentale è quello di aver diminuito allo stretto necessario le utenze che ogni giorno si interfacciavano con i vari servizi, come parenti che andavano a trovare i propri familiari in ospedale.

Pertanto, emerge come l'organizzazione post-Covid degli ospedali e in generale dei servizi sociosanitari abbia prodotto un effetto positivo sul fenomeno aggressioni.

Anno 2021

	QUALIFICA PROFESSIONALE	UNITÀ OPERATIVA/SERVIZI O DI APPARTENENZA	DINAMICA EVENTO	DIAGNOSI	GIORNI DI PROGNOSI
1	Medico	Radiologia S. Croce Fano	Aggressione da parte di paziente	Contusione lieve	5 giorni di prognosi
2	Infermiere	Pronto Soccorso S. Croce Fano	Aggressione da parte di paziente in corso di trattamento sanitario	Trauma	/

			obbligato		
3	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente in abuso etilico e di sostanze psicotrope	Frattura pluri- frammentaria composta	59 giorni di prognosi
4	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Trauma contusivo avambraccio sinistro	/
5	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Trauma distrattivo rachide lombari e trauma contusivo	/
6	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Trauma distrattivo del rachide cervicale	19 giorni di prognosi
7	Infermiere	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Trauma contusivo avambraccio	/
8	Infermiere	Medicina Generale S. Croce Fano	Aggressione da parte di paziente	Contusione regione zigomatica	/

	QUALIFICA PROFESSIONALE	UNITÀ OPERATIVA/SERVIZI O DI APPARTENENZA	DINAMICA EVENTO	DIAGNOSI	GIORNI DI PROGNOSI
1	Infermiere	Medicina Generale S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Contusioni	7 giorni di prognosi
2	OSS	Pronto Soccorso S. Salvatore Pesaro	Aggressione da parte di paziente	Disturbi colonna vertebrale	3 giorni di prognosi

6.2 Rielaborazione grafica

Anno 2018:

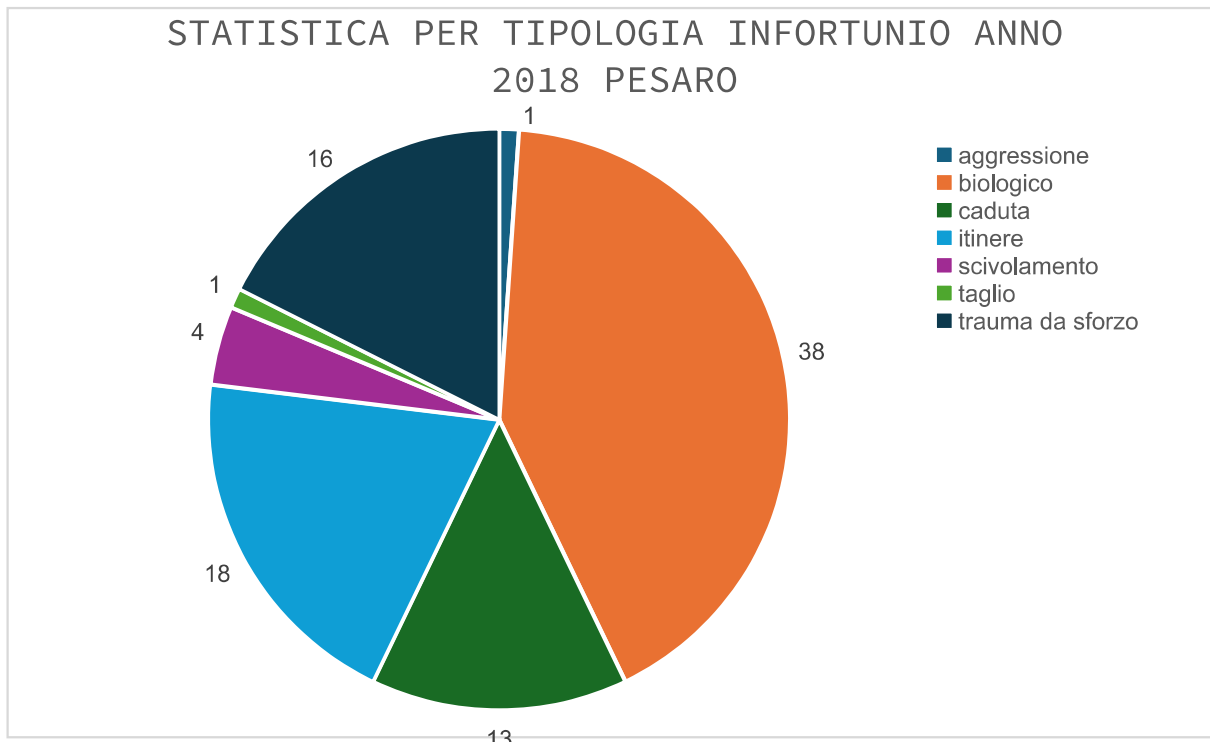


Figura 1: Statistica tipologia infortunio anno 2018 Pesaro (elaborazione propria)

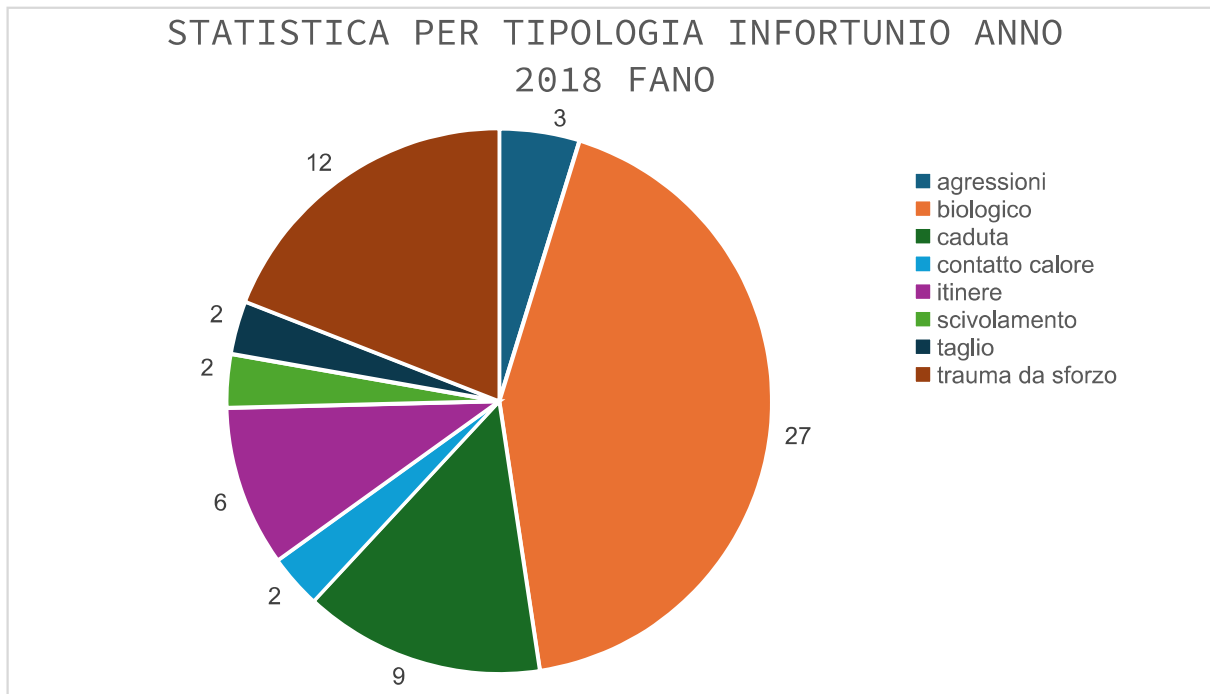


Figura 2: Statistica tipologia infortunio anno 2018 Fano (elaborazione propria)

Anno 2019:

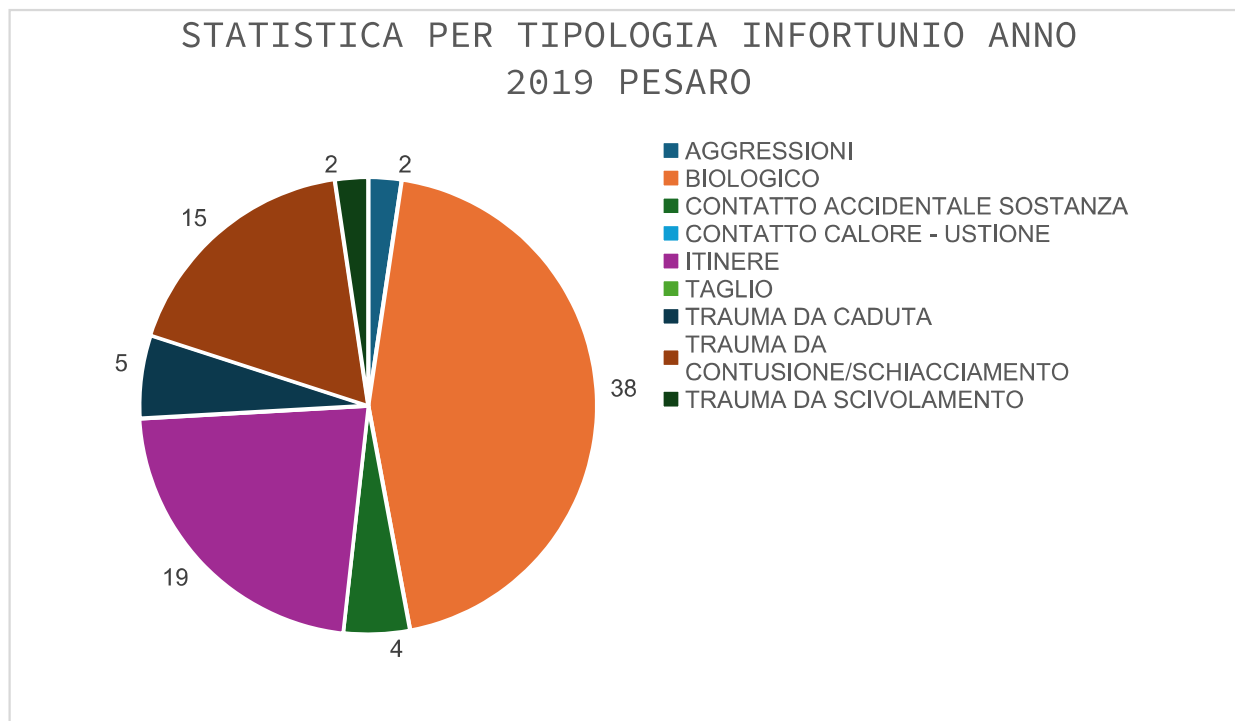


Figura 3: Statistica tipologia infortunio anno 2019 Pesaro (elaborazione propria)

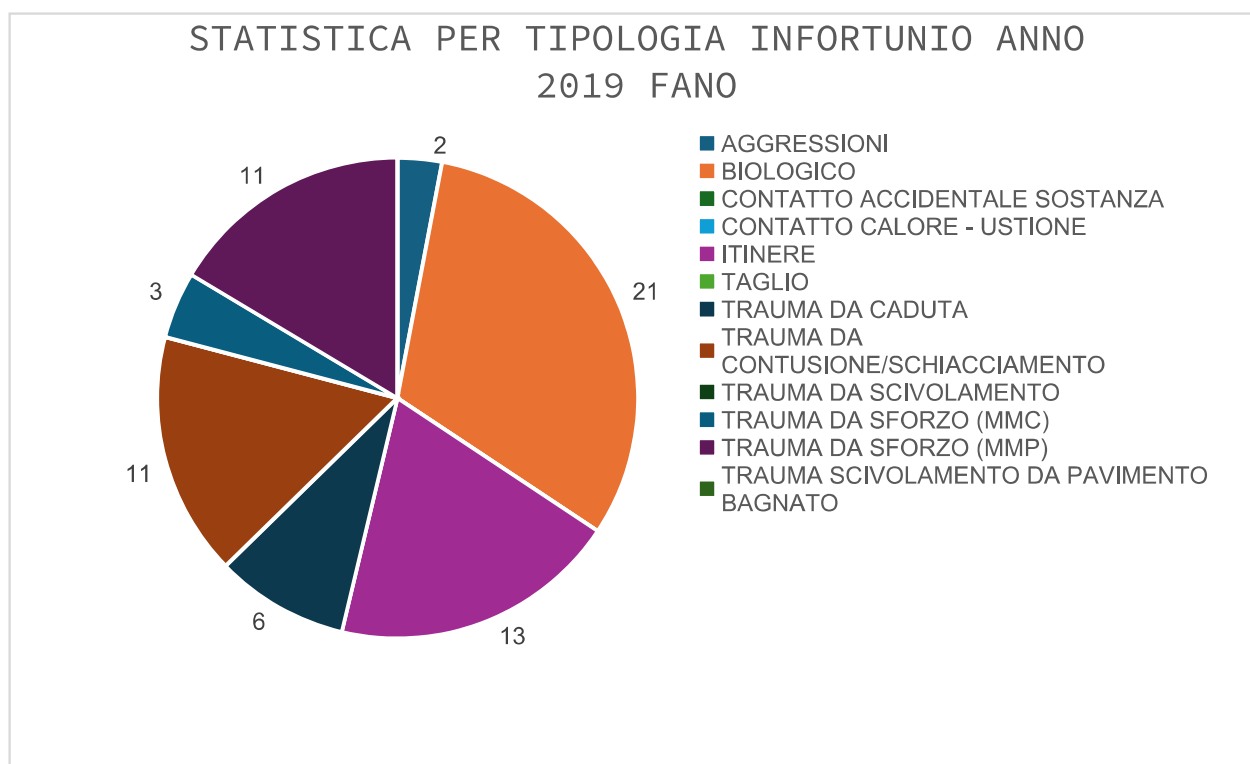


Figura 4: Statistica tipologia infortunio anno 2019 Fano (elaborazione propria)

Anno 2021:

STATISTICA PER TIPOLOGIA INFORTUNIO ANNO 2021 PESARO

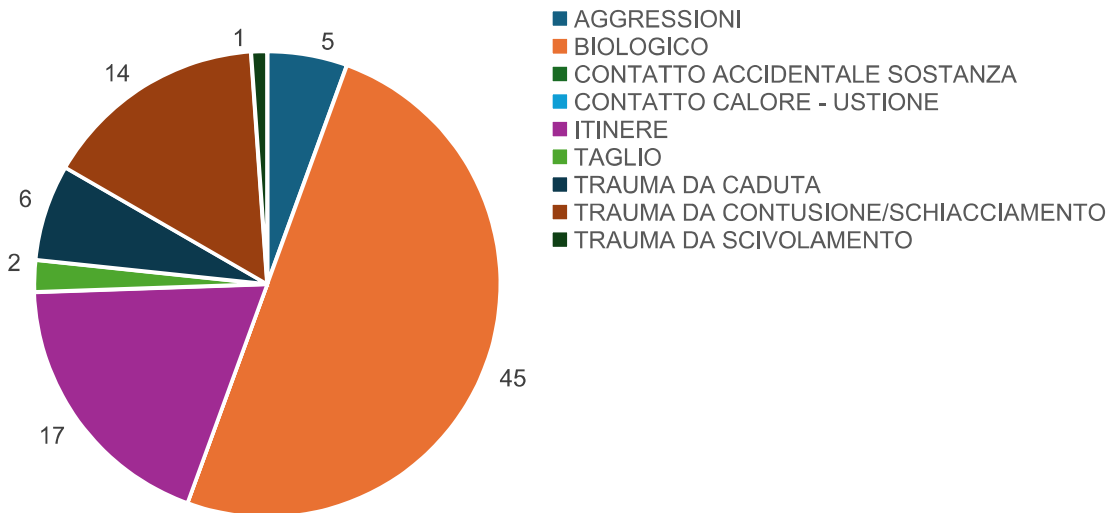


Figura 5: Statistica tipologia infortunio anno 2021 Pesaro (elaborazione propria)

STATISTICA PER TIPOLOGIA INFORTUNIO ANNO 2021 FANO

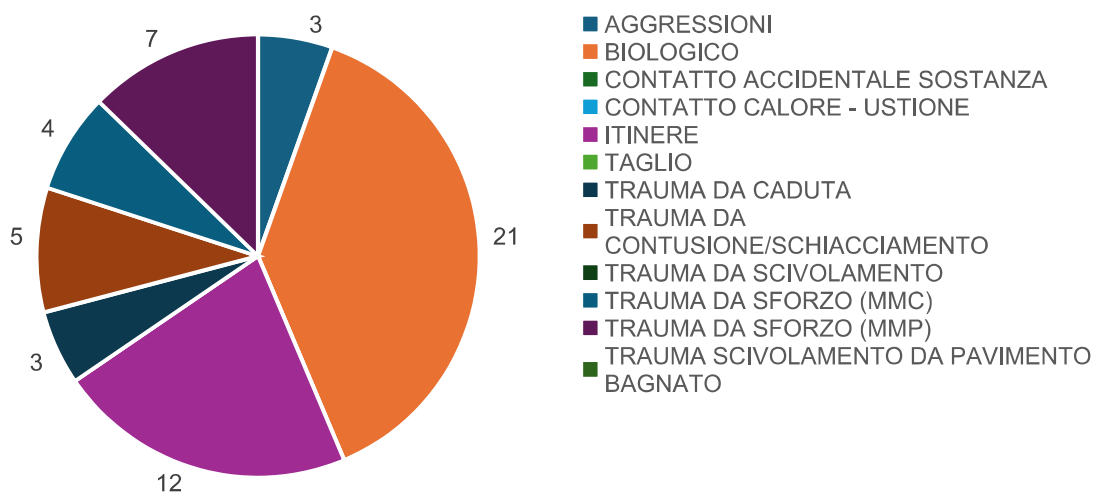


Figura 6: Statistica tipologia infortunio anno 2021 Fano (elaborazione propria)

Anno 2022:

STATISTICA PER TIPOLOGIA INFORTUNIO ANNO 2022 PESARO

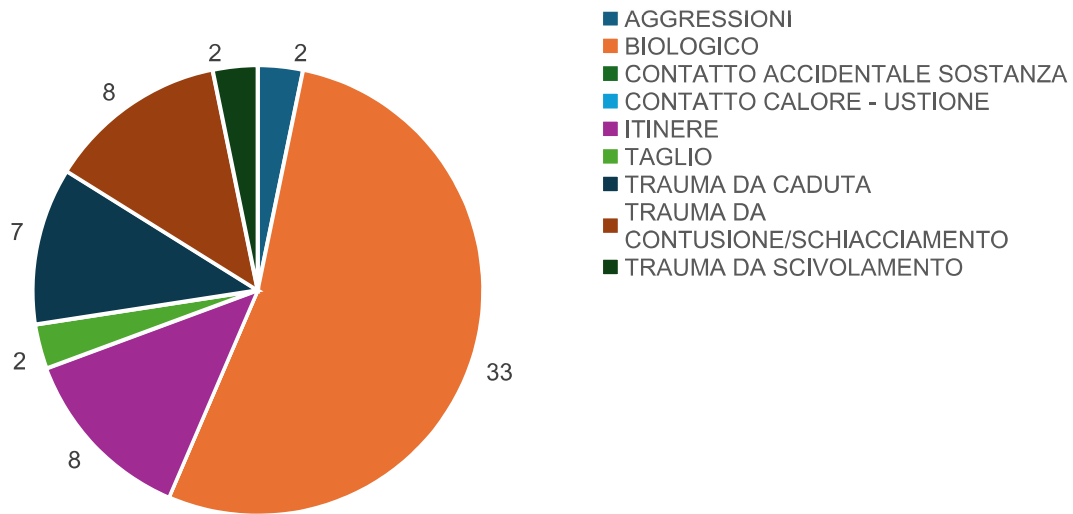


Figura 7: Statistica tipologia infortunio anno 2022 Pesaro (elaborazione propria)

STATISTICA PER TIPOLOGIA INFORTUNIO ANNO 2022 FANO

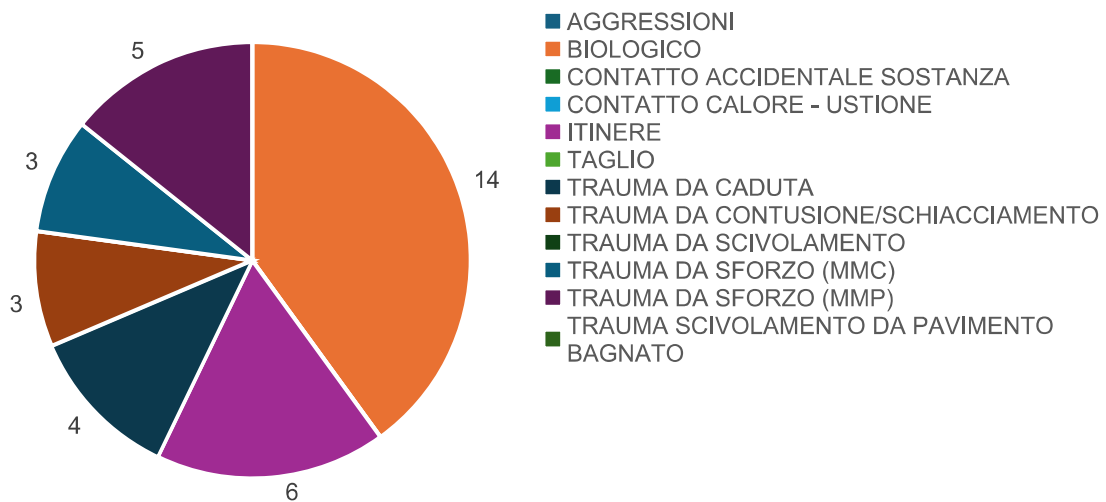


Figura 8: Statistica tipologia infortunio anno 2022 Fano (elaborazione propria)

7. DISCUSSIONE

Dall'indagine condotta all'interno dell'AST-PU emerge che le aggressioni prevalentemente:

- si verificano a danno degli infermieri;
- sono perpetrate dai pazienti;
- sono fisiche;
- si rilevano nel Pronto Soccorso e nei reparti di Medicina Generale.

L'interpretazione dei primi tre punti emersi può ricondursi alla peculiarità dell'assistenza sanitaria, specialmente di tipo infermieristico, che prevede un contatto ravvicinato con l'utenza.

La prevalenza nei reparti di Pronto Soccorso e Medicina interna può essere giustificata dalle lunghe attese e dello stato acuto della patologia, nel primo caso e dalla presenza di condizioni di deterioramento della capacità di giudizio nel secondo.

Dai dati emerge anche la considerazione che all'interno della realtà dell'AST-PU non si siano verificati numerosi casi di aggressione rispetto alla situazione che emerge dal dato bibliografico; in riferimento, una valida interpretazione delle motivazioni si ritrova nelle misure di prevenzione e protezione messe in atto da AST-PU per fronteggiare il fenomeno di seguito riportate:

1. Controllo accessi servizio di vigilanza mediante metal detector sull'intero orario di lavoro.
2. Controllo degli accessi al sito mediante servizio di vigilanza (senza metal detector)
Intero orario di lavoro
3. Controllo degli accessi al sito mediante servizio di vigilanza solo in alcune fasce orarie.
4. Presenza del servizio di vigilanza in prossimità delle postazioni di lavoro a rischio aggressione (ossia nel luogo specifica).
5. Organizzazione degli spazi tale da consentire la rapida fuga dall'aggressore
6. Valutazione e controllo della presenza o facile reperibilità di corpi contundenti (*)
7. Presenza impianto video a circuito chiuso (impianto video collegato a posto di vigilanza presidiato).
8. Presenza impianto video a circuito chiuso (impianto video collegato a scatola nera).
9. Presenza di sistemi di allarme (pulsanti di allarme collegati a centrale emergenza/Forze dell'ordine).

10. Presenza di dispositivi di sicurezza che impediscono il contatto fisico con l'aggressore (adeguate barriere fisiche, protezione antiproiettile ove e possibile l'uso di armi).
11. Presenza di dispositivi di sicurezza (barriere fisiche, pulsanti antipanico, citofoni, ecc.).
12. Presenza di sistemi elimina-code o altre misure organizzative per ridurre tempi di attesa utenza.
13. Regolamentazione e rispetto degli orari di ingresso e di servizio all'utenza esterna.
14. Corso di formazione sul linguaggio del corpo (comunicazione non verbale) e tecniche verbali de-escalation e/o autodifesa.
15. Dotazione di dispositivi antiaggressione e difesa personale (es. spray urticanti).
16. Sistema di assistenza post aggressione individuale e collettiva.
17. Sistema di assistenza post aggressione Individuale
18. Presenza di un sistema per raccogliere segnalazione di aggressioni o minacce (near misses).
19. Presenza di procedure e norme comportamentali (scritte) in caso di minacce/aggressioni.
20. Presenza di misure atte a limitare i valori in deposito cassa.
21. Prevedibile rapporto di superiorità maggiore di 2 a 1 con l'aggressore/l.
22. Prevedibile rapporto di superiorità di 2 a 1 con l'aggressore/i.
23. Presenza di Totem/cartelli monitori sugli atti di aggressione

A riprova della validità delle misure di prevenzione sopradescritte, è stata condotta la valutazione del rischio aggressione nella U.O.C. Pronto soccorso dei Presidi Ospedalieri di Pesaro e Fano dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" attraverso metodo parametrico proposto da Igeam S.r.l (Fonte metodologica: D. Fracassi, F. D'Orsi, D. Carretta, V. Cennamo, T. D'Orsi. Atti del 34° Congresso Nazionale di Igiene Industriale ed Ambientale, AIDII, Ortona 2017).

La Valutazione è stata articolata in due fasi operative:

1. Valutazione del Rischio a Priori (IRP) che esprime il rischio legato alle caratteristiche insite nelle attività svolte dal gruppo omogeneo in esame (personale in forza alla U.O.C. Pronto Soccorso), in assenza di specifiche misure di prevenzione e protezione. A tal fine si procede alla classificazione delle attività (come indicato in tabella 1) e all'attribuzione di un valore definito in funzione delle

caratteristiche dell'attività e di parametri (fattori "aggravanti" tabella 2) che incidono sulla probabilità di accadimento dell'evento.

2. Valutazione del Rischio Residuo (IRR), che consiste nella misurazione del rischio che residua dall'attuazione di misure di prevenzione e protezione adottate quali soluzioni tecnico organizzative che riducono la probabilità di accadimento dell'evento o la gravità delle sue conseguenze (fattori "mitiganti" tabella 3).

Per la stima dell'IRP la metodologia prevede l'attribuzione di ciascuna attività lavorativa svolta ad una delle classi di cui alla seguente tabella, caratterizzate da un livello crescente di probabilità di aggressione.

Tipologia attività/Servizio	Note	Classe	Valore
Assenza di contatti con utenza esterna	No attività front line/assenza di relazioni con il pubblico.	a ₁	3
Servizio a terzi	Tutte le attività nelle quali è l'utente a richiedere il servizio (es. servizi di sportello; servizi check in; erogazione prestiti/mutui; assistenza sanitaria; conducenti mezzi trasporto pubblico)	a ₂	10
Servizio critico	Tutte le attività in cui l'utente subisce il servizio (spesso indesiderato) quali: erogazione sanzioni; ispezioni e attività di vigilanza; controllo biglietti, riscossione crediti; assistenza sociale.	a ₃	13
Servizio Bersaglio per la criminalità	Manipolazione valori; attività presso siti di interesse politico, militare, culturale, sociale; servizi di ordine pubblico e pubblica sicurezza.	a ₄	16

Tabella 1: Classificazione delle attività in relazione al livello di rischio intrinseco

La determinazione dell'Indice di Rischio "a Priori" - (IRP) avviene sommando al valore associato alla classe i singoli valori attribuiti ai "fattori aggravanti" secondo la seguente relazione:

$$IRP = a_x + c_x + n_x + g_x + s_x + e_x - t_x$$

Di seguito vengono riportati una serie di fattori aggravanti:

ID	Fattore aggravante	Descrizione	Valore fattore aggravante
Fattore "c"	Utenza/ Contesto	Criticità legate alle caratteristiche di utenza esterna/assistiti (es. alcoolisti, drogati, pazienti psichiatrici), oppure alle aree in cui si svolge l'attività (es. contesti caratterizzate da degrado sociale, alto indice di delinquenza).	c ₀ – Non Critica
			c ₁ – Critica
Fattore "n"	Lavoro Diurno/ Notturno	L'esecuzione di attività lavorative notturne determina una maggiore probabilità di esposizione ad aggressioni.	n ₀ – Diurno
			n ₁ – Notturno
Fattore "g"	Differenze di genere	La differenza di genere rappresenta un elemento che può incidere sulla probabilità di accadimento, a parità di mansione svolta.	g ₀ – Solo uomini o composizione mista
			g ₁ – Donne da sole
Fattore "s"	Lavoro in solitario	Presenza di situazioni in cui il lavoratore opera in assenza di colleghi o altre persone e vi sia la possibilità che si trovi da solo a fronteggiare eventuali aggressori.	s ₀ – No
			s ₁ – Sì
Fattore "e"	Numero di eventi nel triennio	Il rischio intrinseco è dimensionato anche in funzione del numero di eventi infortunistici occorsi nell'ultimo triennio di osservazione, e/o dal numero di "near miss" registrati.	e ₀ – 0 infortuni e 0 near miss
			e ₁ – n.1 infortunio o presenza di near miss
			e ₂ – più di n.1 infortunio
Fattore "t"	Tempo dedicato all'attività a rischio	E' indicata la percentuale dell'orario giornaliero ordinario di lavoro trascorso "a contatto" con l'utenza esterna. A differenza degli altri fattori, può determinare una riduzione del rischio: per limitati tempi di "contatto" con l'utenza esterna, si considera una probabilità ridotta di esposizione al rischio.	t ₀ – Esposizione occasionale/ bassa (< 20%)
			t ₁ – Esposizione frequente ma non continuativa (20-50 %)
			t ₂ – Esposizione continua (50 %)

Tabella 2: Fattori aggravanti

La soglia di rischio irrilevante è stata fissata in corrispondenza di una "attività che eroga servizio a richiesto dell'utenza, in assenza di qualsiasi fattore aggravante che possa aumentare la probabilità di aggressione" (vedi Tabella 1):

Rischio Irrilevante: IRP ≤ 10

Rischio Non Irrilevante IRP > 10

Nel caso in cui la determinazione dell'IRP abbia evidenziato un livello di rischio aggressione "non irrilevante", si procede alla determinazione dell'Indice di Rischio Residuo – (IRR).

Il valore dell'indice Rischio "a Priori" - (IRP) viene abbassato mediante l'introduzione di coefficienti riduttivi (δ), che tengono conto delle misure di prevenzione e protezione adottate nello specifico contesto lavorativo. I valori dei coefficienti sono stati determinati in

base al corrispondente valore del fattore aggravante su cui incidono. Tali valori sono tra loro differenti, anche nell'ambito della stessa categoria di misure: la loro variazione riflette "l'efficacia" della corrispondente misura nel ridurre il rischio. I coefficienti più alti sono rappresentativi di misure che, se attuate, riducono notevolmente il rischio legato ad atti violenti o tentativi di aggressione (ad esempio: la presenza di dispositivi che impediscono il contatto fisico con l'aggressore ha un punteggio superiore rispetto alla presenza di sistemi elimina-code).

La graduazione del valore di δ si ha anche nell'ambito di una stessa "famiglia" di misure di mitigazione (es. il δ vigilanza con metal detector > δ vigilanza senza metal detector). Nella tabella 2 sono riportate le principali misure di prevenzione/protezione prese in considerazione nella valutazione, a cui è attribuito un dato coefficiente riduttivo.

Misure di Prevenzione e Protezione	
Controllo accessi servizio di vigilanza mediante metal detector sull'intero orario di lavoro.	δ 1
Controllo degli accessi al sito mediante servizio di vigilanza (senza metal detector) intero orario di lavoro.	
Controllo degli accessi al sito mediante servizio di vigilanza solo in alcune fasce orarie.	
Presenza del servizio di vigilanza in prossimità delle postazioni di lavoro a rischio aggressione (ossia nel luogo specifico).	δ 2
Organizzazione degli spazi tale da consentire la rapida fuga dall'aggressore	δ 3
Valutazione e controllo della presenza o facile reperibilità di corpi contundenti (*)	δ 4
Presenza impianto video a circuito chiuso (impianto video collegato a posto di vigilanza presidiato).	δ 5
Presenza impianto video a circuito chiuso (impianto video collegato a scatola nera).	
Presenza di sistemi di allarme (pulsanti di allarme collegati a centrale emergenza/Forze dell'ordine).	δ 6
Presenza di dispositivi di sicurezza che impediscono il contatto fisico con l'aggressore (adeguate barriere fisiche, protezione antiproiettile ove è possibile l'uso di armi).	δ 7
Presenza di dispositivi di sicurezza (barriere fisiche, pulsanti antipánico, citofoni, ecc.).	
Presenza di sistemi elimina-code o altre misure organizzative per ridurre tempi di attesa utenza.	δ 8
Regolamentazione e rispetto degli orari di ingresso e di servizio all'utenza esterna.	δ 9
Corso di formazione sul linguaggio del corpo (comunicazione non verbale) e tecniche verbali de-escalation e/o autodifesa.	δ 10
Dotazione di dispositivi anti-aggressione e difesa personale (es. spray urticanti).	δ 11
Sistema di assistenza post aggressione individuale e collettiva.	δ 12
Sistema di assistenza post aggressione individuale.	
Presenza di un sistema per raccogliere segnalazione di aggressioni o minacce (near misses).	δ 13
Presenza di procedure e norme comportamentali (scritte) in caso di minacce/aggressioni.	δ 14
Presenza di misure atte a limitare i valori in deposito cassa.	δ 15
Prevedibile rapporto di superiorità maggiore di 2 a 1 con l'aggressore/i.	δ 16
Prevedibile rapporto di superiorità di 2 a 1 con l'aggressore/i.	
Presenza di Totem/cartelli monitori sugli atti di aggressione	δ 17

Tabella 3: Fattori mitiganti

L'Indice di Rischio "Residuo" – (IRR) è determinato mediante la seguente relazione:

$$IRR = IRP - \sum_{x=1}^n \delta_x$$

Tale indice misura il rischio di esposizione dei lavoratori “contestualizzato” rispetto alle caratteristiche dei luoghi di lavoro ed alle modalità di esecuzione delle attività lavorative (“stato di fatto”). Il valore così ottenuto viene riclassificato in una scala articolata in quattro Livelli di rischio, riportata nella seguente tabella.

Classe di Rischio	Livello di Rischio
$IRR \leq 10$	<i>Basso</i>
$10 < IRR \leq 13$	<i>Medio basso</i>
$13 < IRR \leq 16$	<i>Medio alto</i>
$IRR > 16$	<i>Alto</i>

Tabella 4: Livelli di Rischio Residuo conseguente alle misure adottate

L'applicazione della metodologia descritta nel contesto di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri di Fano e di Pesaro ha condotto alla valutazione di livello di rischio residuo basso.

8. CONCLUSIONI

Attraverso questo elaborato si può concludere dicendo che il problema del fenomeno delle aggressioni al personale sociosanitario ed in particolare al personale sanitario sia presente a livello mondiale.

Sono stati analizzati diversi studi provenienti da Nazioni e contesti socioculturali diversi e, nonostante tutte le differenze che caratterizzano ogni Paese, è possibile valutare come la violenza e le aggressioni perpetrate dai pazienti e/o accompagnatori, familiari, caregiver contro gli infermieri e il personale di Pronto Soccorso si manifesta, verosimilmente, con le stesse modalità.

Si rende noto attraverso la comparazione degli studi analizzati come alcune situazioni, tra le quali il sovraffollamento, i tempi di attesa prima della presa in carico del paziente o la mancanza di presidi strutturali e organizzativi ritenuti deterrenti, possano influire negativamente sul verificarsi dell'episodio aggressivo e dare origine all'escalation.

Se non vengono riconosciute le prime fasi del ciclo dell'aggressività manifestate dalla persona, è probabile che questa raggiunga livelli crescenti e si trasformi in agiti aggressivi violenti verso il personale sociosanitario, ma potrebbe mettere a rischio l'incolumità di altri pazienti presenti in sala d'attesa e nei vari ambienti dell'Ospedale. L'importanza di riconoscere le prime fasi dell'escalation è fondamentale per gestire e prevenire conseguenti aggressioni.

Da questo studio risulta che l'attuazione dei Programmi di Prevenzione e Protezione, la formazione e l'educazione con vari metodi, ad esempio i corsi teorici in aula, i corsi teorico-pratici o di simulazione, risultano essere strategici per riconoscere precocemente l'escalation e contenere l'eventuale progressione verso l'aggressione verbale o fisica, così da prevenire conseguenze negative. Oltre a ciò, risulta efficace per contribuire alla riduzione e alla prevenzione dell'escalation, la disposizione a livello strutturale/ambientale delle aree dei contesti di emergenza-urgenza che accolgono l'utenza e che sono deputati alla permanenza, spesso per un tempo prolungato, la presenza in struttura di sistemi di segnalazione facili da raggiungere, la presenza continua di personale delle Forze dell'Ordine, la predisposizione dei locali con sistemi di comfort e di informazione, oltre che un'organizzazione efficace per la gestione degli accessi dei familiari e accompagnatori.

Dallo studio effettuato emerge come la violenza da parte di terzi all'interno del Pronto Soccorso sia una problematica rilevante ed in crescita

La comunicazione, soprattutto in un contesto come quello del Pronto Soccorso, risulta essenziale ma deve avvenire a più livelli: tra paziente e infermiere, tra infermieri, tra infermieri e coordinatori, dirigenza e azienda, al fine di ridurre e prevenire queste situazioni. Un limite dello studio è certamente dato dall'esiguità del campione preso in esame e un ulteriore spunto per una visione più unitaria del fenomeno può essere quello di cambiare punto di vista analizzando le aspettative dell'utente, nonché approfondire le conoscenze degli infermieri relativamente alle procedure di segnalazione, ancora poco adottate.

Considerate le imponenti e crescenti dimensioni del fenomeno, la sicurezza all'interno delle strutture sanitarie deve essere considerata una priorità al fine di garantire il benessere degli infermieri e di favorire, di conseguenza, anche la capacità di ponderare importanti decisioni e assistere il paziente nel migliore dei modi.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della salute, racc. novembre 2007, n. 8 – Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
2. A. Oliverio Ferraris *Piccoli bulli crescono*. BUR 2006, “i motivi del comportamento umano”
3. Violenza e Società – 2. Aggressività e natura umana, Alberto Pellegrino *Sociologo*
4. Masala Carmelo, Preti Antonio, Petretto Donatella Rita, *L'aggressività, Psicologia e metodi di valutazione*, Roma, Carocci Editori, 2002, p. 22.
5. Myers David G., *Psicologia sociale*, a cura di Elena Marta e Margherita Lanz, Milano, McGraw – Hill, 2008.
6. Valcarengi Marina, “*L'aggressività femminile*”, Milano, Bruno Mondadori, 2002, p.6-9
7. Ministero della salute, dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, ufficio III.
8. (Kohn, IOM 1999).
9. Campagna di comunicazione contro la violenza verso gli operatori sanitari e sociosanitari, 10 marzo 202, Ministero della Salute.
10. Istruzione operativa “Gestione del paziente (potenzialmente) aggressivo e violento”. Servizio Sanitario Regionale Emilia – Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena, SPDC. 13/12/2010.
11. Centers for Disease Control and Prevention/NIOSH Current intelligence bulletin 57: Violence in the workplace 1996 www.cdc.gov/niosh/violcont.html.
12. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*.
13. Grottoli E, Ciriello S, Gabriele M, et al. Aggressioni e molestie nelle attività sanitarie. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007.
14. Articles from La Medicina del Lavoro are provided here courtesy of Mattioli 1885, PubMed central
15. Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F et al. Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza. *Clin Ter*. 2017.
16. (Jenkins, 1996, p. 1).
17. Edward K, Ousey K, et al. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* 2014.
18. Italian journal of nursing, “COVID-19 pandemic's impact on Workplace Violence in the Emergency Department: focus on Triage
19. Howard J. State and local regulatory approaches to preventing workplace violence. *Occup Med*, 1996

20. Pubblicato il 26.02.24 di Monica Vaccaretti Aggiornato il 26.02.24, “come fermare la violenza contro gli operatori sanitari”
21. Ministero della salute, servizio sanitario regionale Emilia-Romagna
22. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). Violence. Occupational hazards in hospitals. No 2002-101, 52 Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. 2002.
23. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing - results from the European ‘NEXT’ Study
24. Aggression and Violent Acts against Emergency Nurses: Observational Study
25. FNOPI (federazione nazionale ordini professioni infermieristiche), 25 dicembre 2021, “il 78% degli infermieri è donna e le aggressioni sono circa 5mila ogni anno”
26. Phillips J. Workplace violence against health care workers in the United States. N Engl J Med 2016
27. ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organization), PSI (Public Services International). Joint programme on workplace violence in the health sector. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Ginevra, 2002.
28. Tartaglino B, Fraticelli C, *Il paziente agitato e violento*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2017
29. Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nursing Research*. 2016; 10:271–276.
30. Medici e infermieri a lezioni di judo: “Aggressioni continue. La sanità non funziona e i pazienti se la prendono con noi”, di Elena Dusi, La Repubblica
31. Ministero della Salute. Decreto n. 13 del gennaio 2022 “Istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie”.

SITOGRAFIA

1.

https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=19460:sal-racc8_07&catid=6&Itemid=137

2. <https://igeam.it/blog/salute-e-sicurezza/la-violenza-sul-luogo-di-lavoro-come-valutare-il-rischio-di-aggressioni-esterne/#Violenza>

3. <https://online.scuola.zanichelli.it/oliveriopsicologia/approfondimenti/aggressivita-e-violenza-non-sono-sinonimi/#:~:text=La%20violenza%20pu%C3%B2%20essere%20definita,in%20violenza%20oppure%20in%20grinta.>

4. <https://www.igorvitale.org/aggressivita-una-definizione-in-psicologia/>

5. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf

6. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

7.

file:///C:/Users/furbe/Downloads/LA%20FUNZIONE%20DI%20GESTIONE%20DEL%20RISCHIO%20SANITARIO_def.pdf

8. <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys>

9. <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>

10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809968/#r7>

11. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112253

12.

<https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie/dettaglioCampagneProfessioniSanitarie.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=170>

13. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2815591>

14. https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/04/23/ogni-anno-circa-1.600-aggressioni-a-medici-e-infermieri_227fc0cd-fb58-4e61-871c-7b799c6f6c69.html

15. <https://italianjournalofnursing.it/limpatto-della-pandemia-da-covid-19-sulla-workplace-violence-in-pronto-soccorso-focus-in-area-triage/>

16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25039630/>

17. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf

18. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/default.html>
19. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2007/fourth-european-working-conditions-survey>
20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18211910/>
21. <https://www.fnopi.it/2020/01/22/violenza-proposte-fnopi-audizione-camera-formazione/>
22. <https://medicioggi.it/aree-terapeutiche/psichiatria/rischio-clinico-violenza-verso-gli-operatori-e-sicurezza-dei-processi-assistenziali/>
23. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/18/22A01153/sg>
24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28801441/>
25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29084129/>
26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20602701/>
27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28057313/>