

Campagna nazionale contro le aggressioni al personale sanitario

Se aggredisci fisicamente
o verbalmente un infermiere,
pregiudichi la possibilità
a te stesso
e a tutti i cittadini
di essere curati e assistiti !!!



Pensaci...

**Aggressione
non è
la Soluzione!**

12 maggio: giornata internazionale dell'infermiere

Indagine sulle aggressioni al personale sanitario

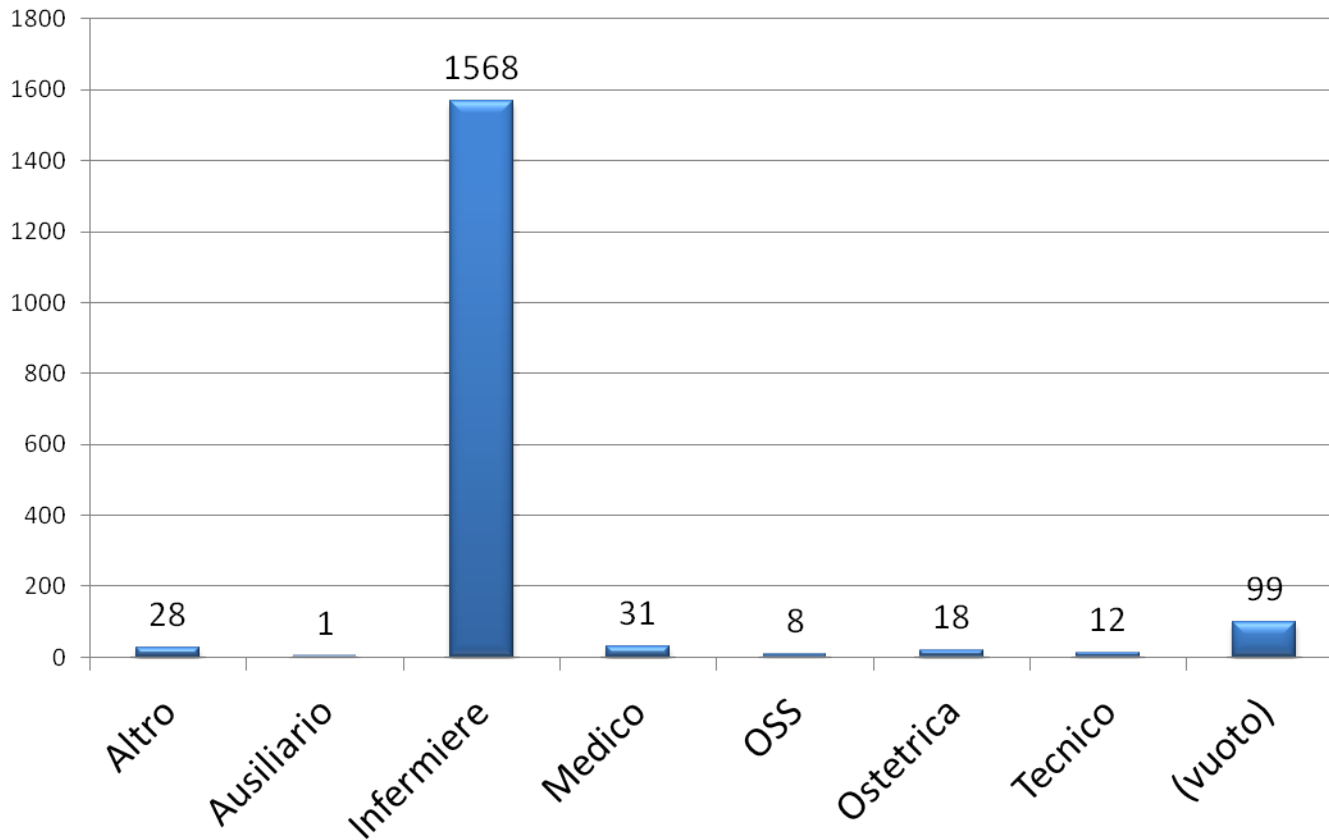
Estate 2013
Sondaggio sul web

Inf. Donato Carrara
Dir. Naz. NURSIND



1.765 rispondenti

Le qualifiche dei rispondenti





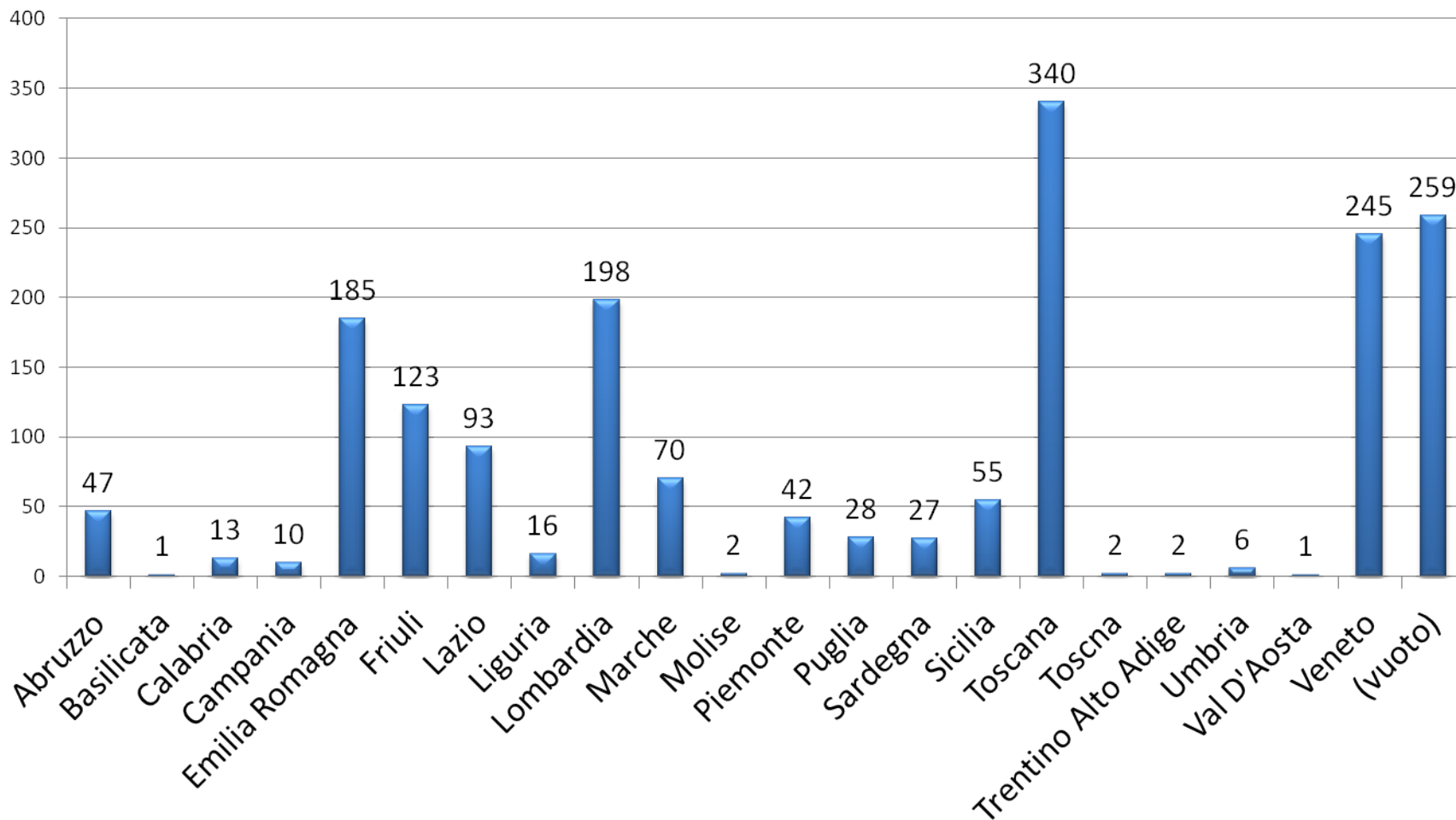
Studi precedenti:



Autori	Descrizione	Popolazione	Anno
Becattini G, Bambi S, Palazzi F et al.	Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso	15 P.S. in 14 regioni	2007
Cerri R, Caserta M, Grosso M	Le aggressioni subite dagli operatori sanitari	467 questionari (Az. Osp. S. G. Battista Torino)	2010
Ramacciati N, Ceccagnoli A	Violenza e aggressioni in Pronto soccorso	revisione della letteratura	2011
Fabbri P, Gattafoni L, Morigi M	Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari	Focus group: P.S. e SPDC	2012

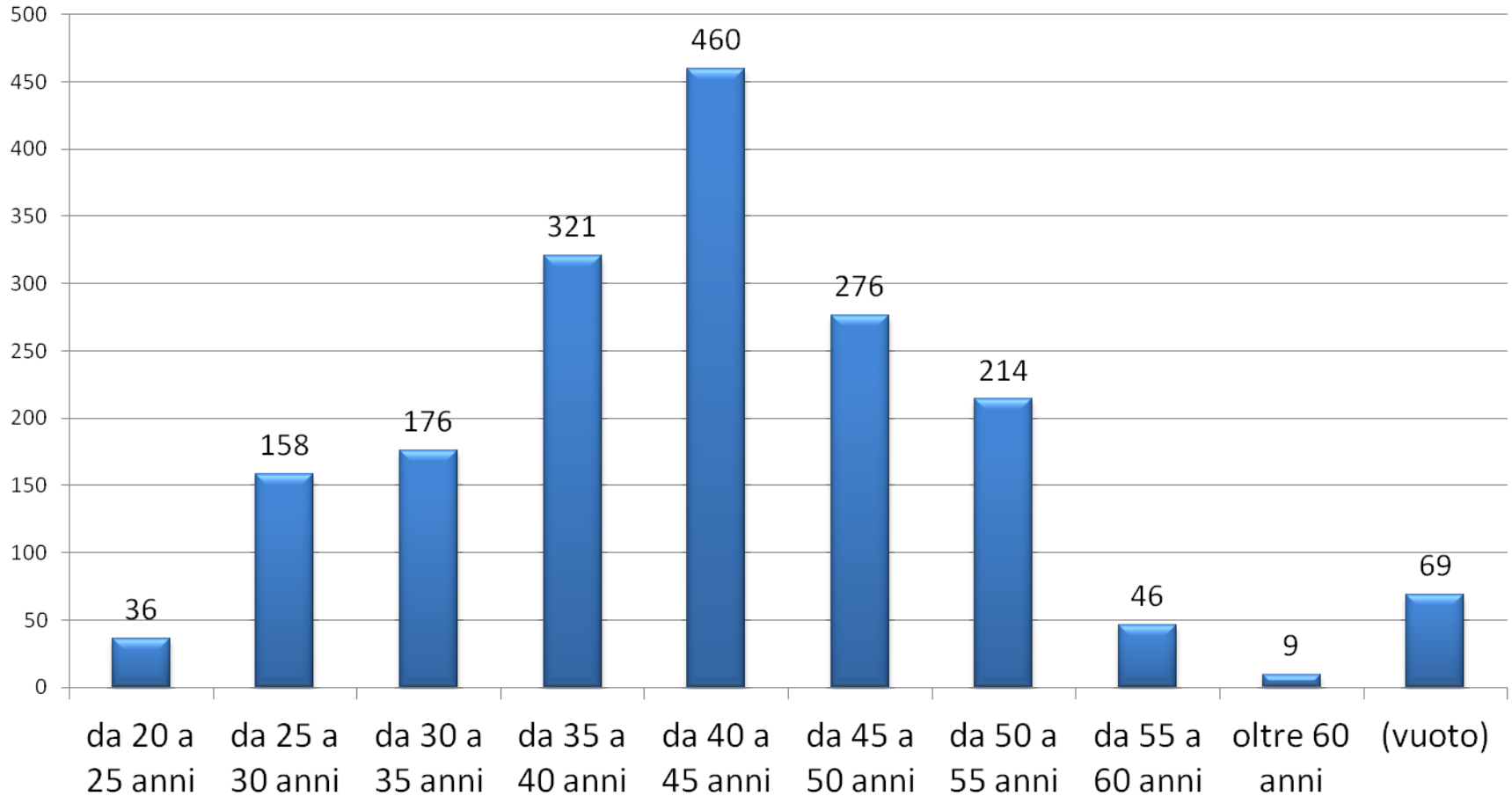


Provenienza dei rispondenti



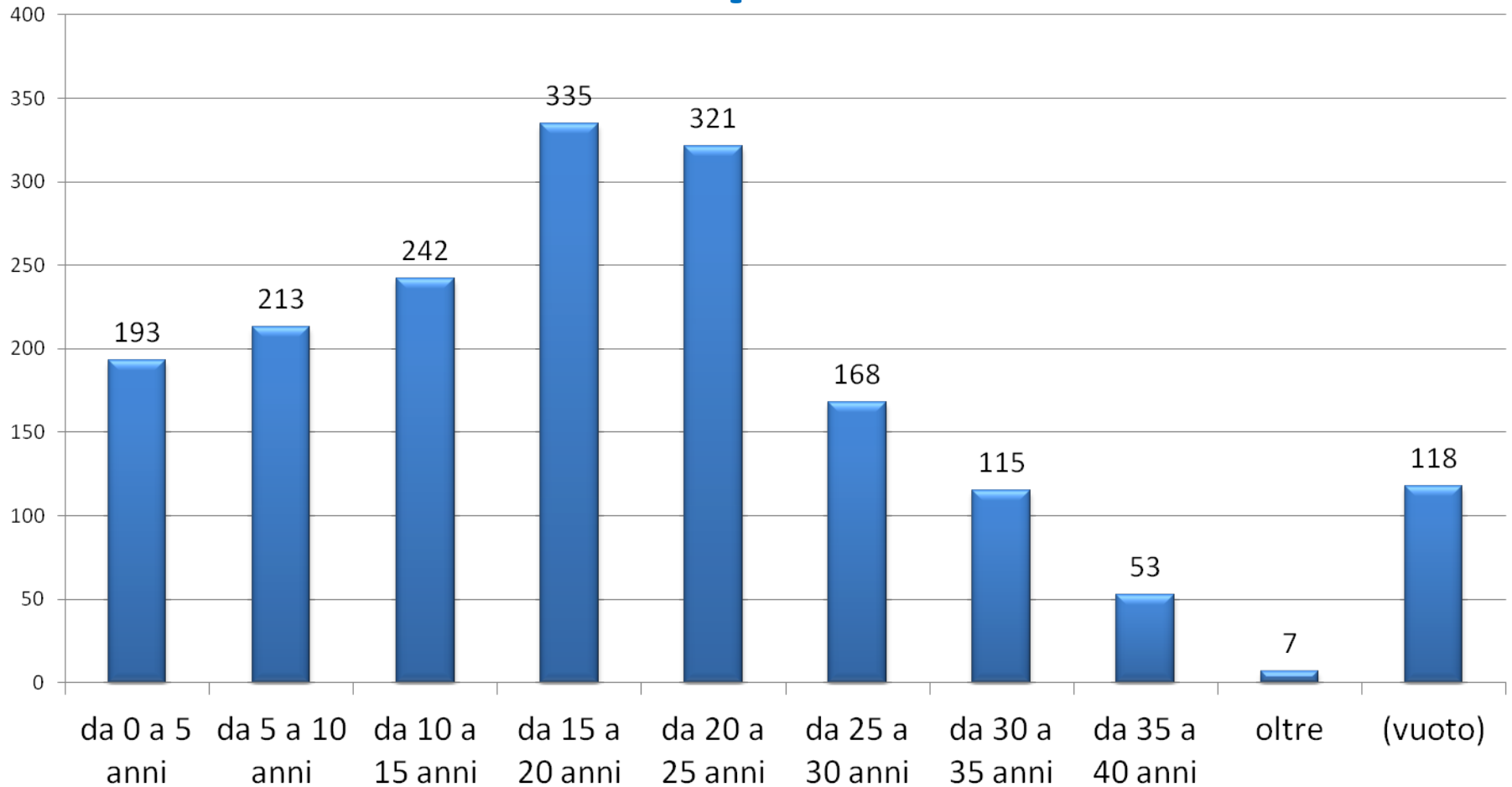


Età dei rispondenti



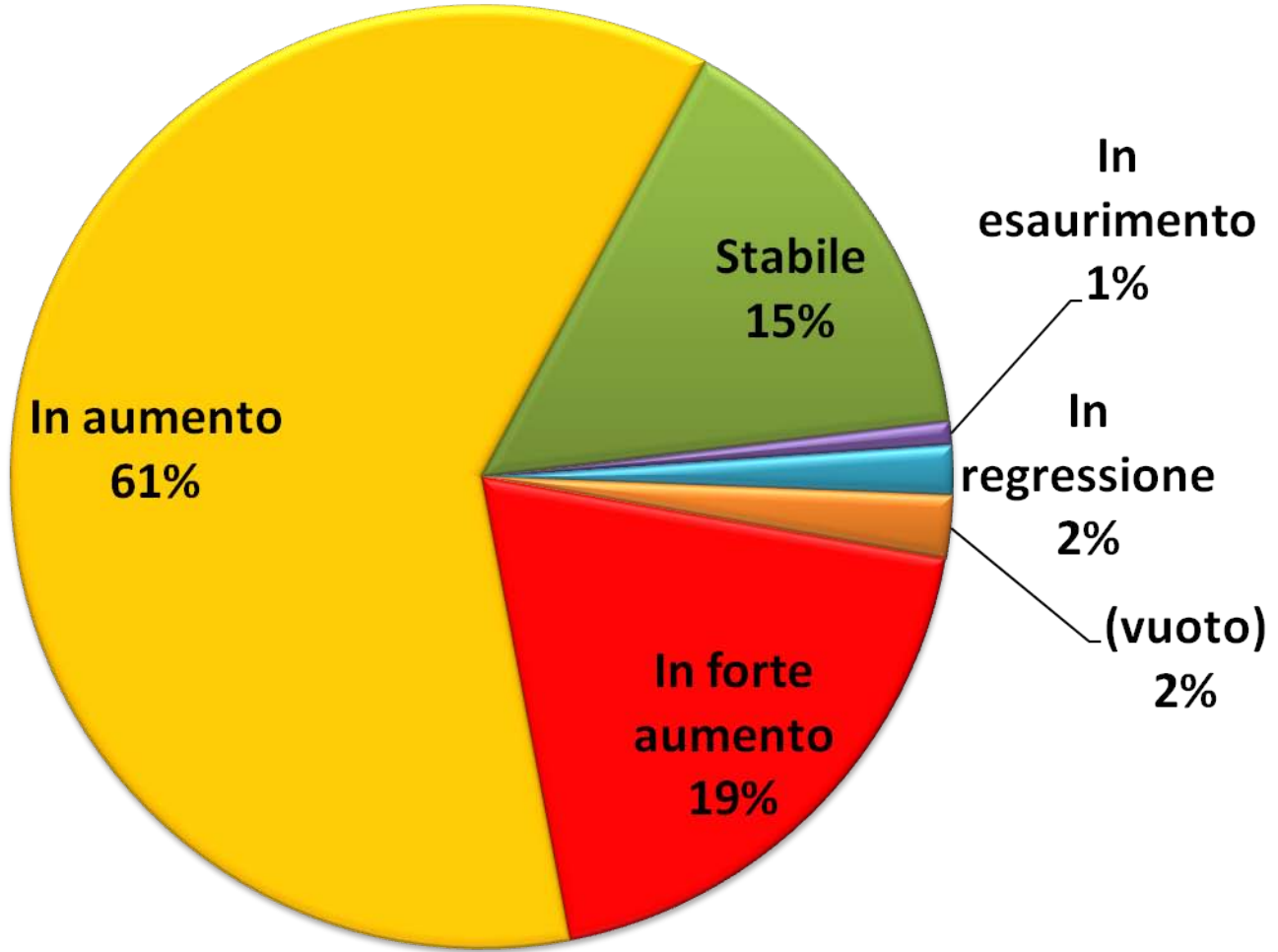


Anzianità professionale dei rispondenti



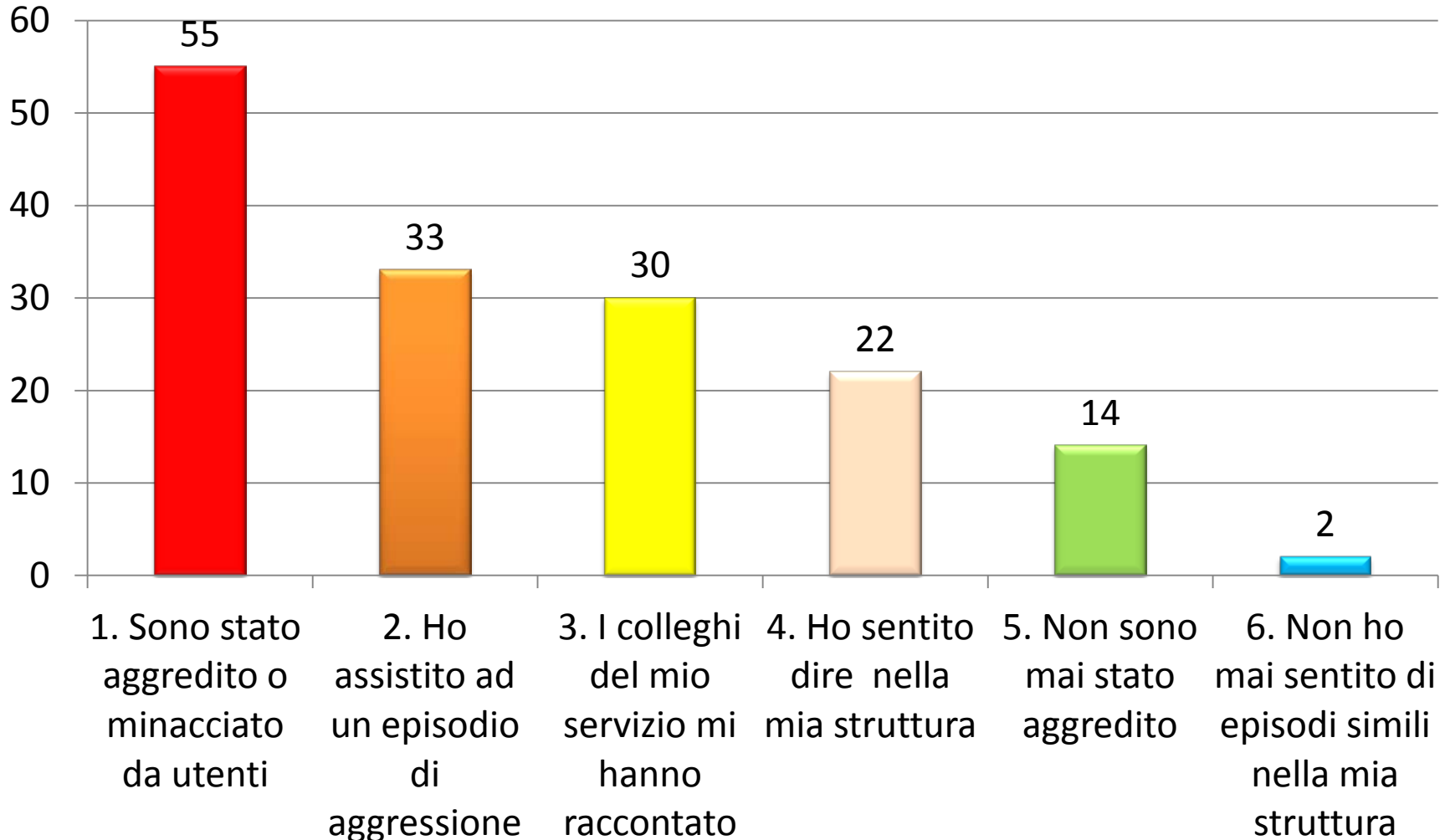


1. Secondo le tue informazioni, il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è:



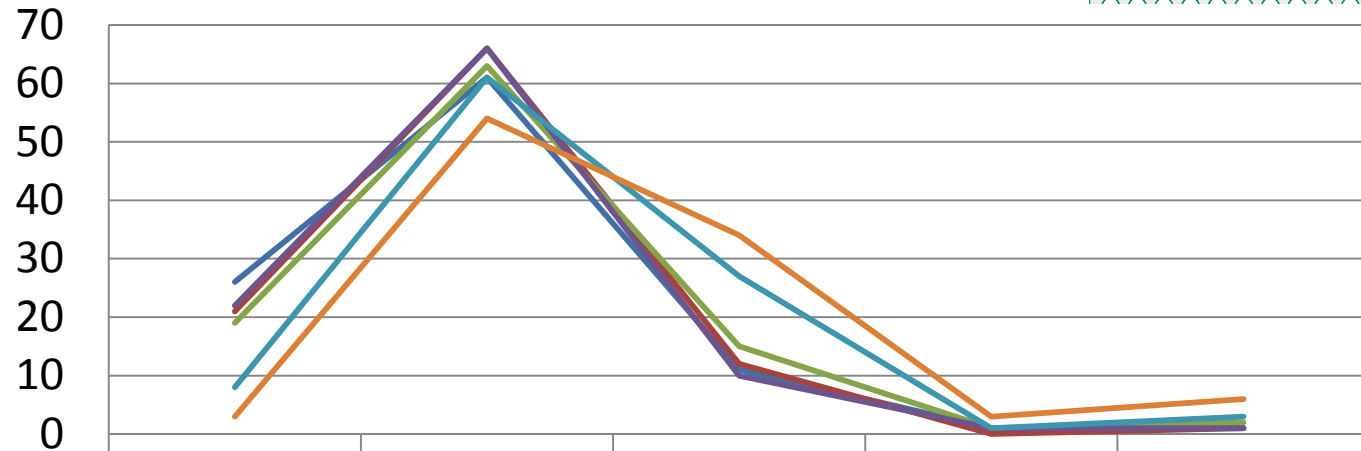


2. Nella tua carriera professionale, durante il tuo lavoro: (valori %, risposte multiple)





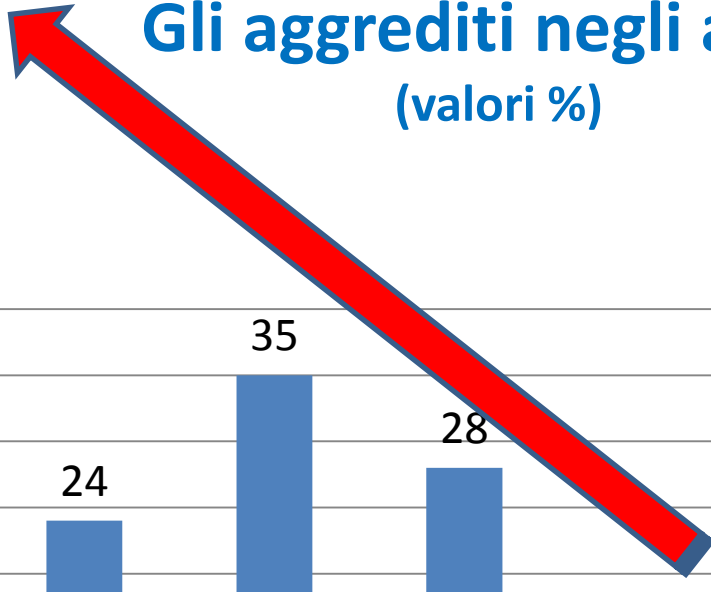
2. La percezione del fenomeno (valori %, risposte multiple)



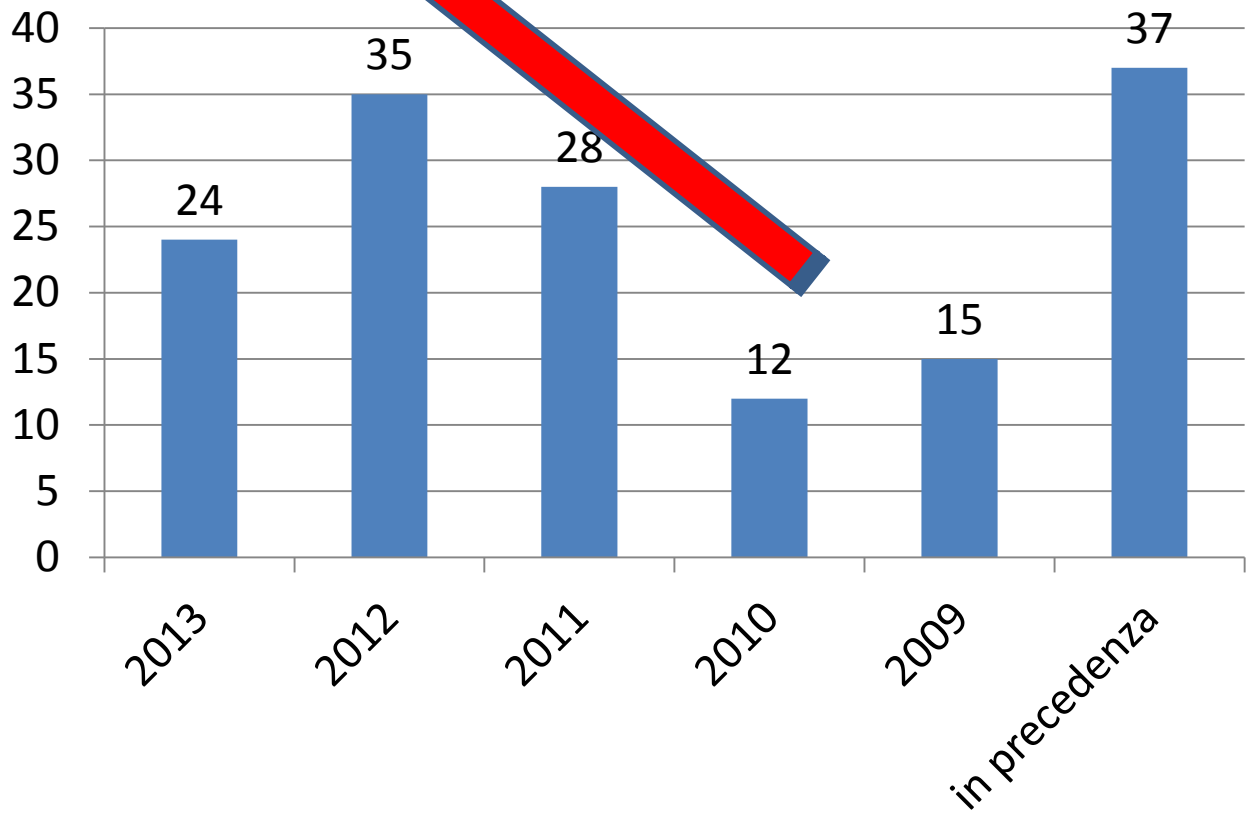
	In forte aumento	In aumento	Stabile	In esaurimento	In regressione
— E' stato aggredito	26	61	11	1	1
— Ha assistito	21	66	12	0	1
— I colleghi mi hanno riferito	19	63	15	1	2
— Ho sentito dire	22	66	10	1	1
— Non sono mai stato A	8	61	27	1	3
— Non ho mai sentito	3	54	34	3	6



Gli aggrediti negli anni: (valori %)



Maggio 2013



Tendenza in aumento del 12% annuo



Aggressioni ripetute negli anni?

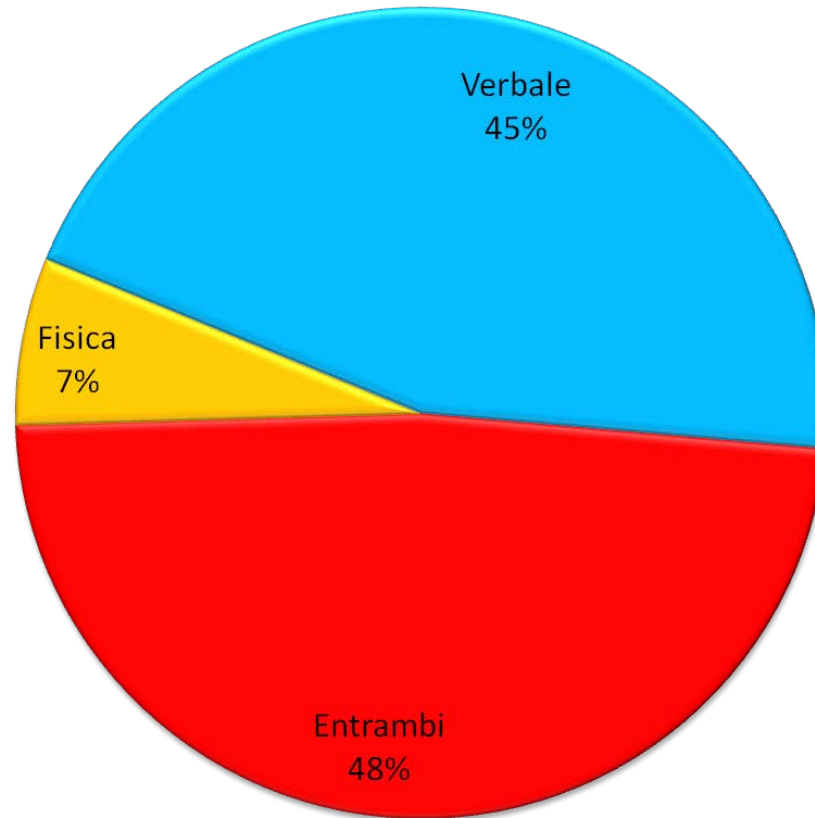


A causa delle risposte multiple non è stato possibile indagare...

Ci sono operatori sanitari “predisposti”?



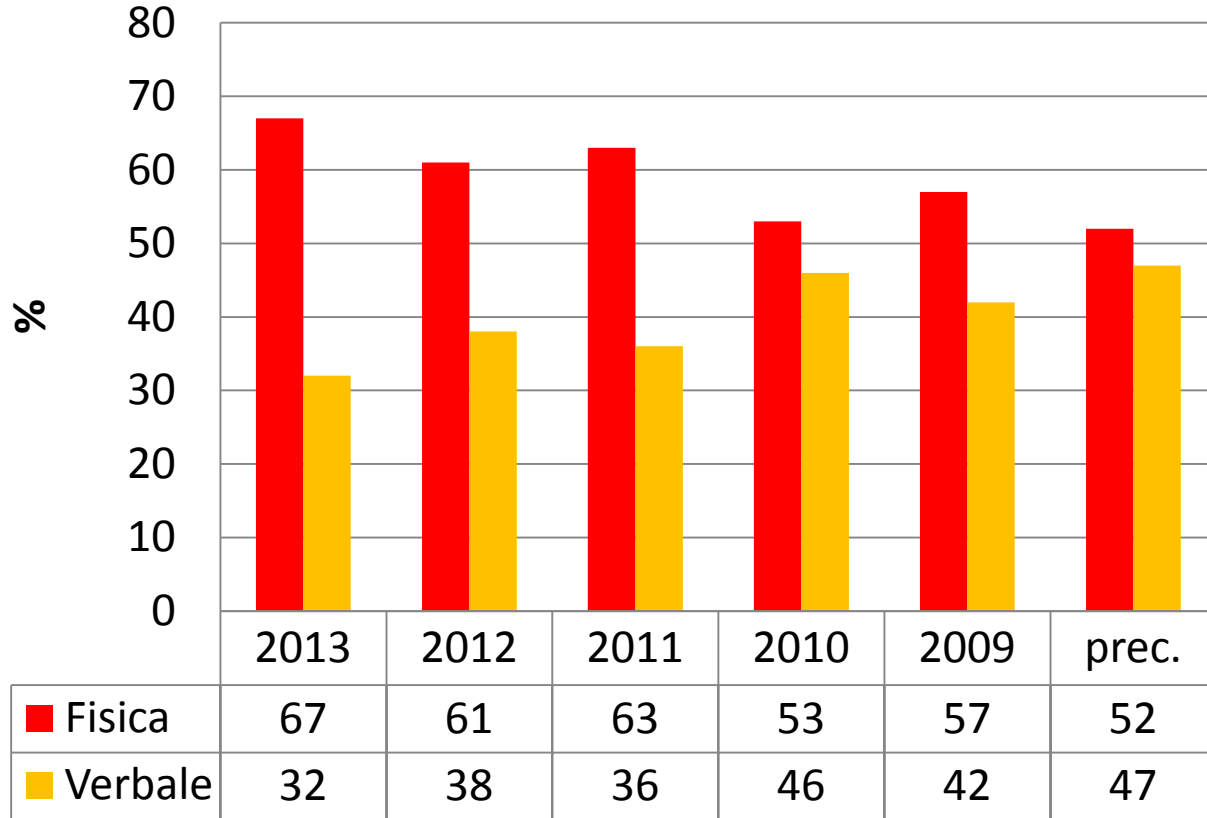
Tipologia di aggressione



1 aggressione su 2 è FISICA

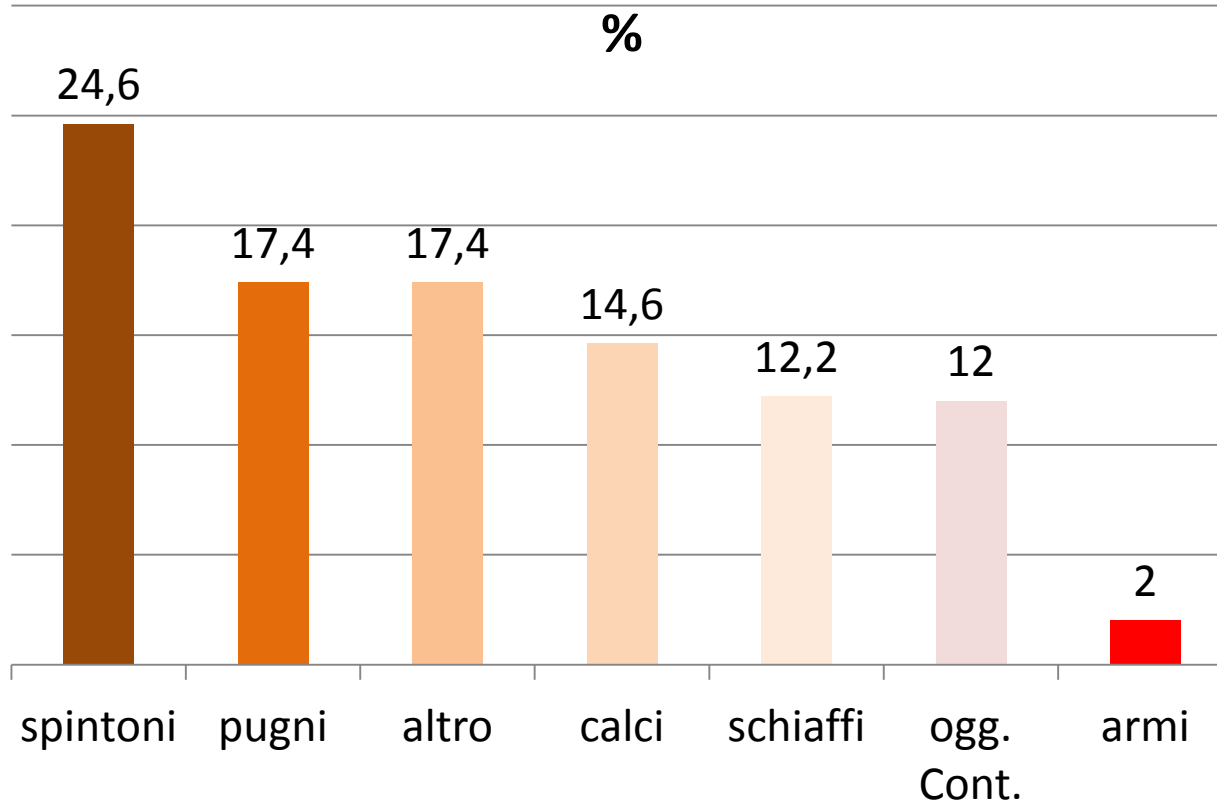


Tipologia di aggressione



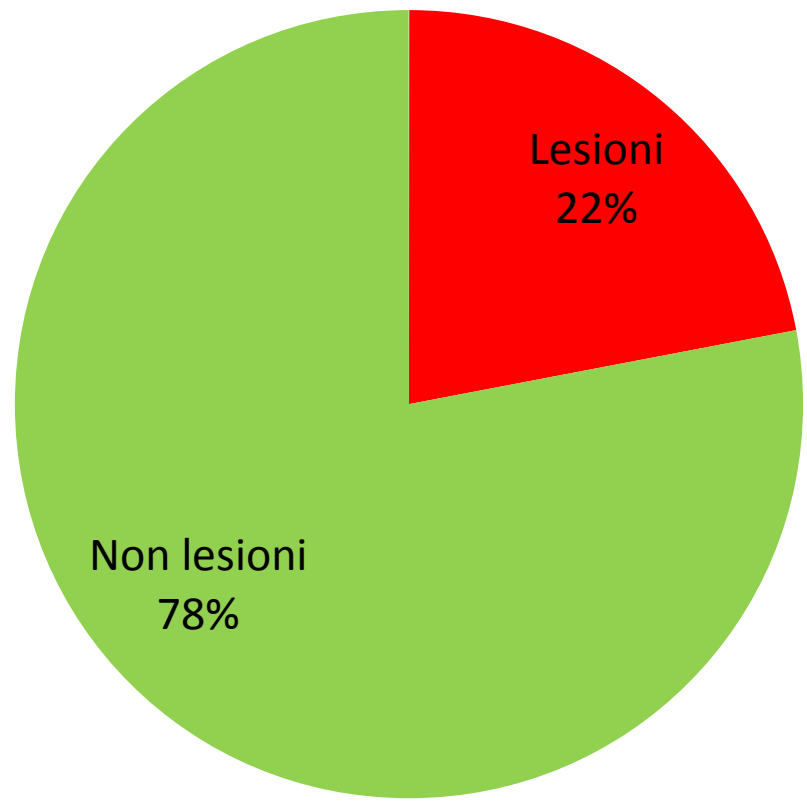


L'aggressione fisica:



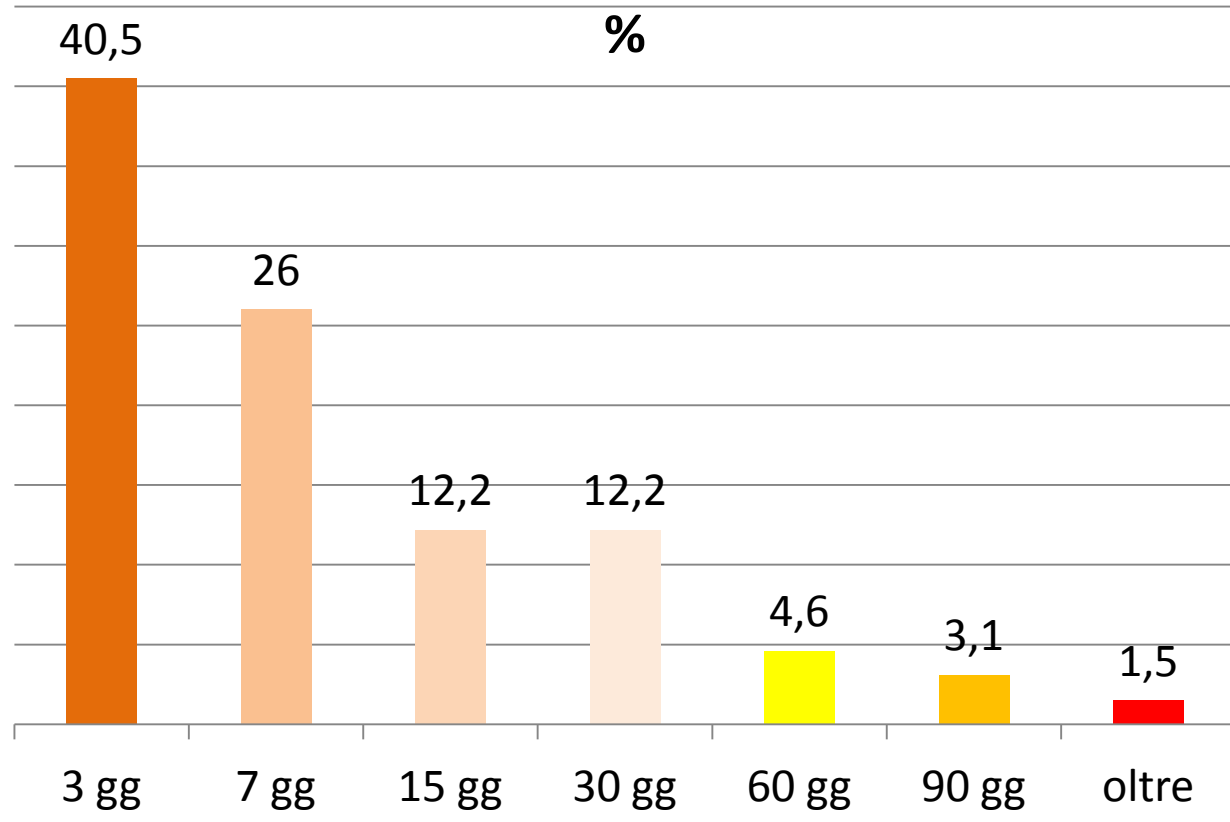


L'aggressione fisica: c'è stata lesione?





L'aggressione fisica: prognosi



1.311 giornate di infortunio su 1.765 operatori



L'aggressione fisica: i costi

Anno 2012

767 giornate di infortunio su 1.765 operatori

$$767 : 1765 = x : 640000$$

278.118 giornate di infortunio

30.593.087 milioni di euro*

*Comparto sanità pubblica



L'aggressione fisica: i costi

Anno 2012

44 infortuni su 1.765 operatori

$$44 : 1765 = x : 640000$$

15.954 infortuni

Il 22% del totale degli
infortuni denunciati INAIL*

* 70.159



L'aggressione fisica: i costi



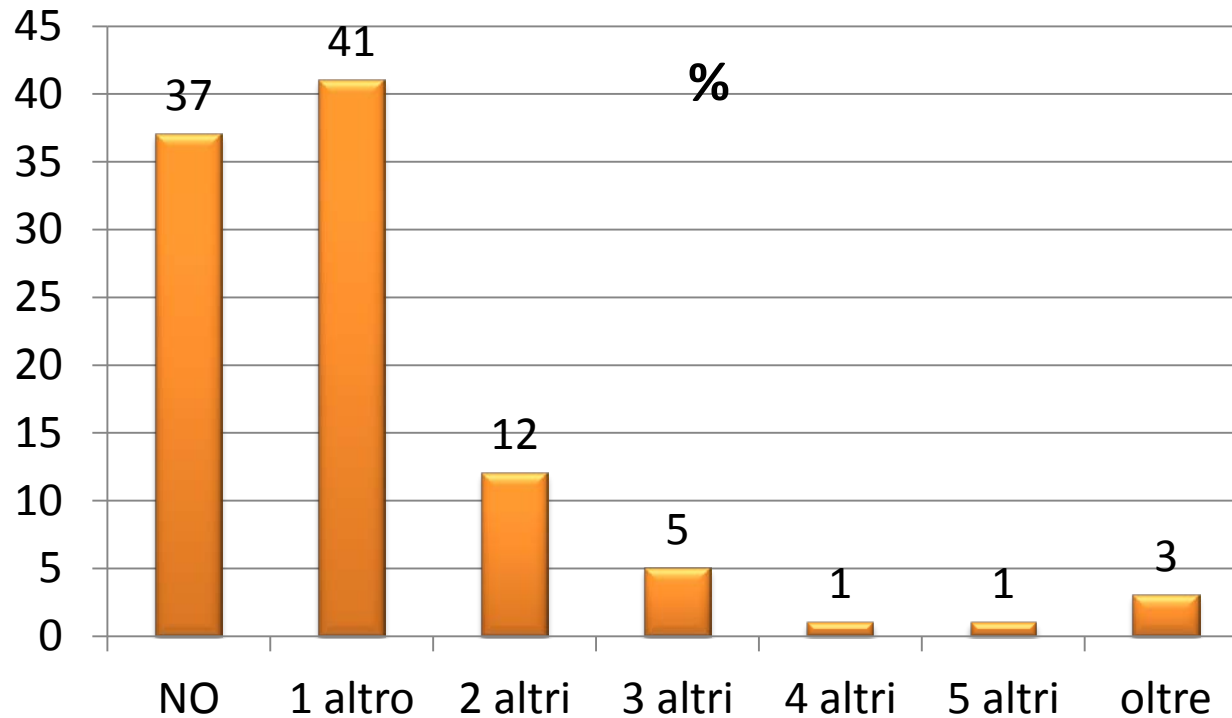
Tavola 4.12 - Infortuni Lavorativi avvenuti nel periodo 2009-2012, definiti a tutto il 30.04.2013 e comunicati al CCI, per anno e qualifica professionale - Valori Assoluti e Valori Percentuali

VALORI ASSOLUTI (Ordinamento decrescente sul valore cumulato)

QUALIFICHE PROFESSIONALI	2009	2010	2011	2012
IMPIEGATO AMMINISTRATIVO	7.572	7.478	6.585	5.695
MURATORE	5.722	5.098	4.537	3.104
COLTIVATORE DIRETTO	5.076	4.964	4.532	3.630
AUTISTA	4.776	4.847	4.544	3.325
MECCANICO MANUTENTORE	4.613	4.337	3.974	2.852
MAGAZZINIERE	2.882	2.648	2.547	1.937
COMMESSE DI NEGOZIO	2.620	2.652	2.479	1.952
ADDETTO ATTIVITA' OPERATIVE	2.214	2.602	2.648	2.239
INSERVIENTE - ADDETTO ALLE PULIZIE	2.197	2.454	2.287	1.847
INFERMIERE PROFESSIONALE	2.199	2.328	2.140	1.765



L'aggressione fisica: sono rimasti coinvolti altri operatori?

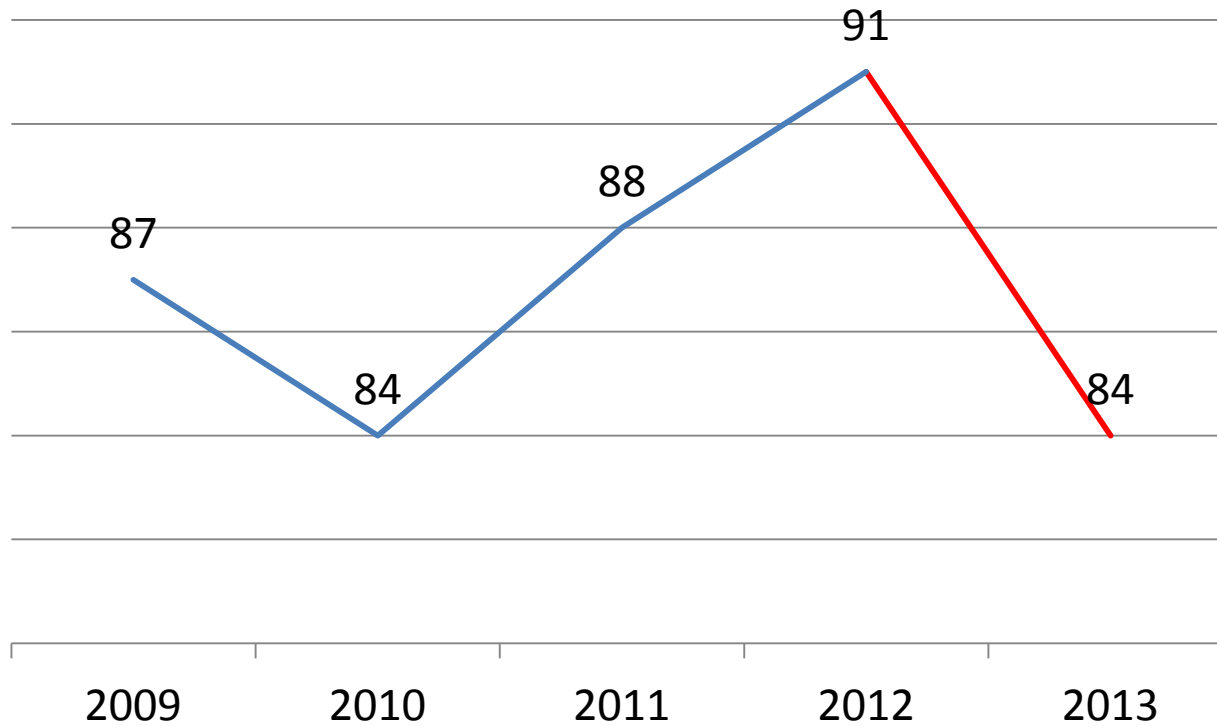




Il motivo dell'aggressione è collegato al servizio?

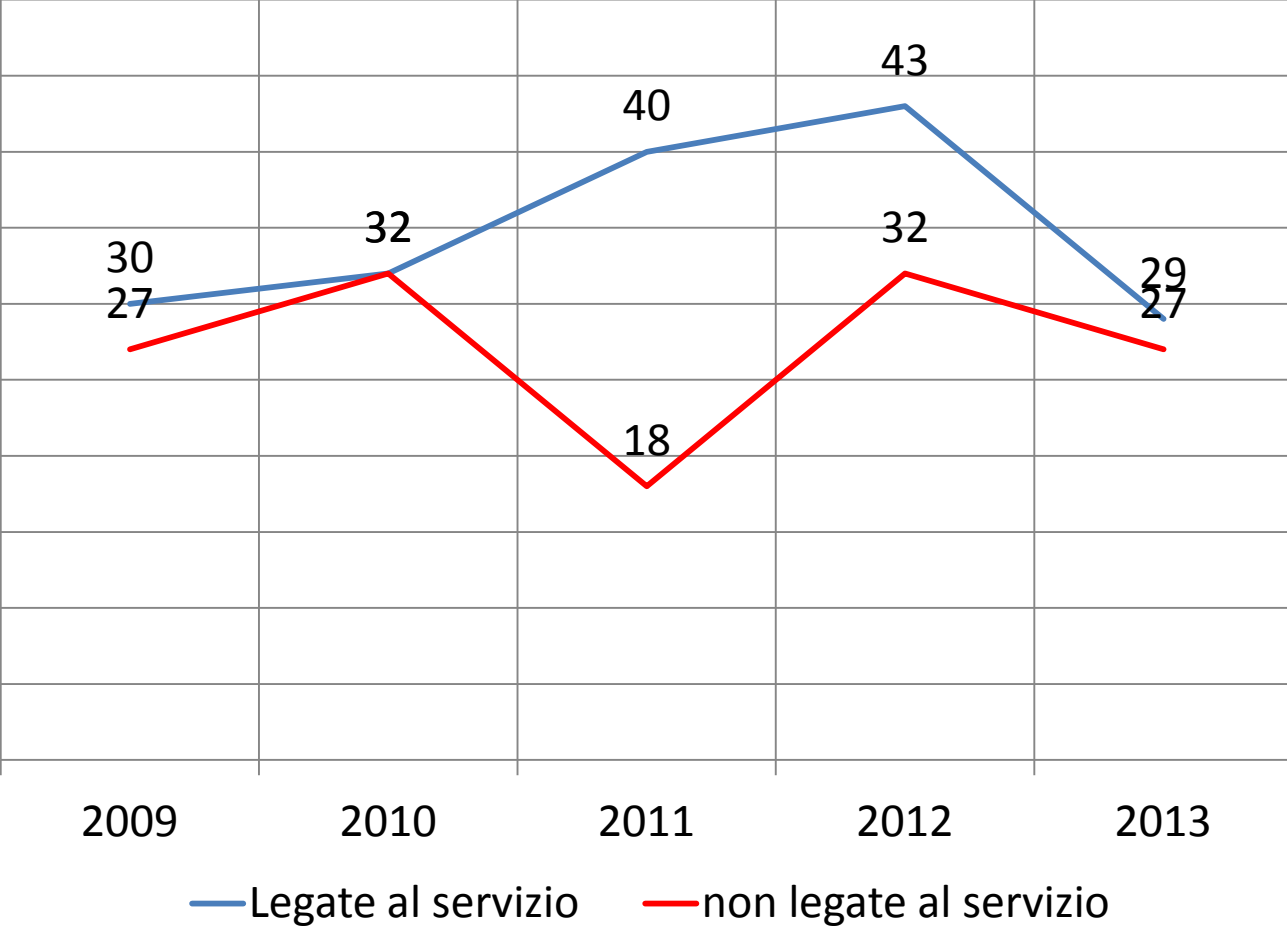


% di SI



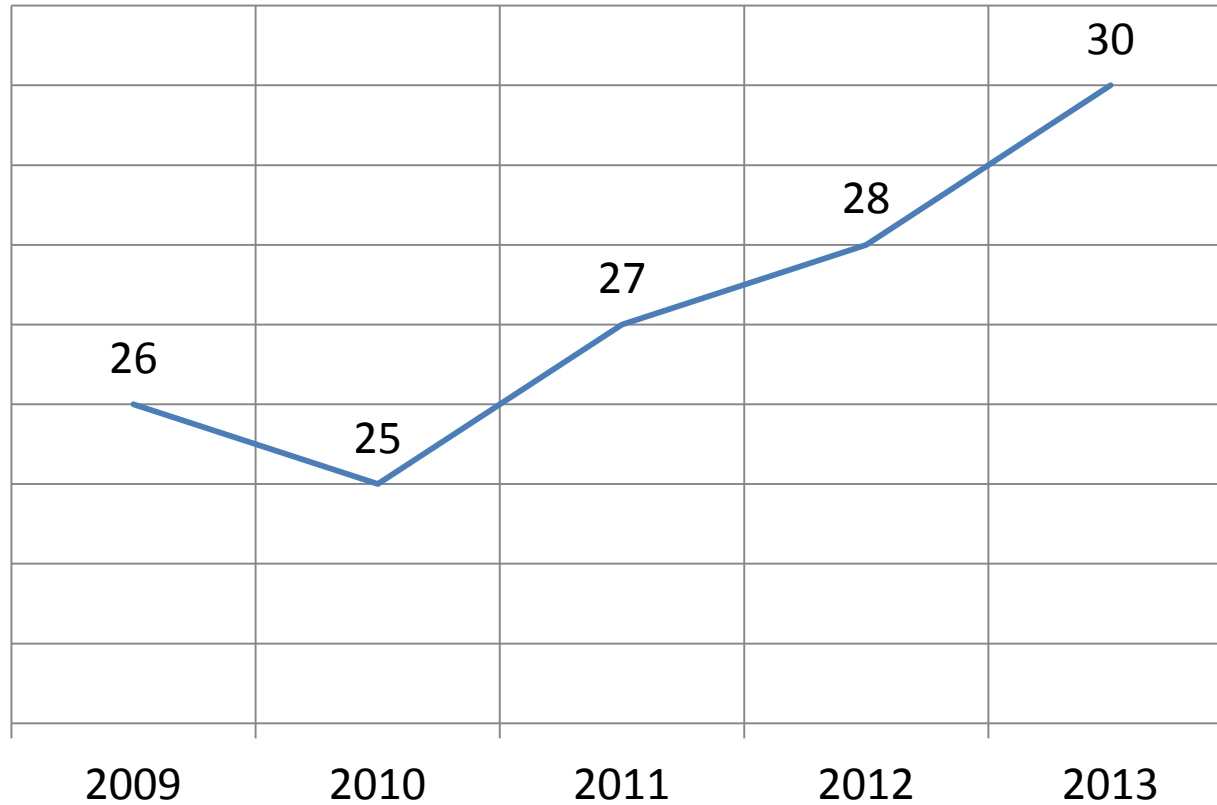


E' intervenuta la polizia



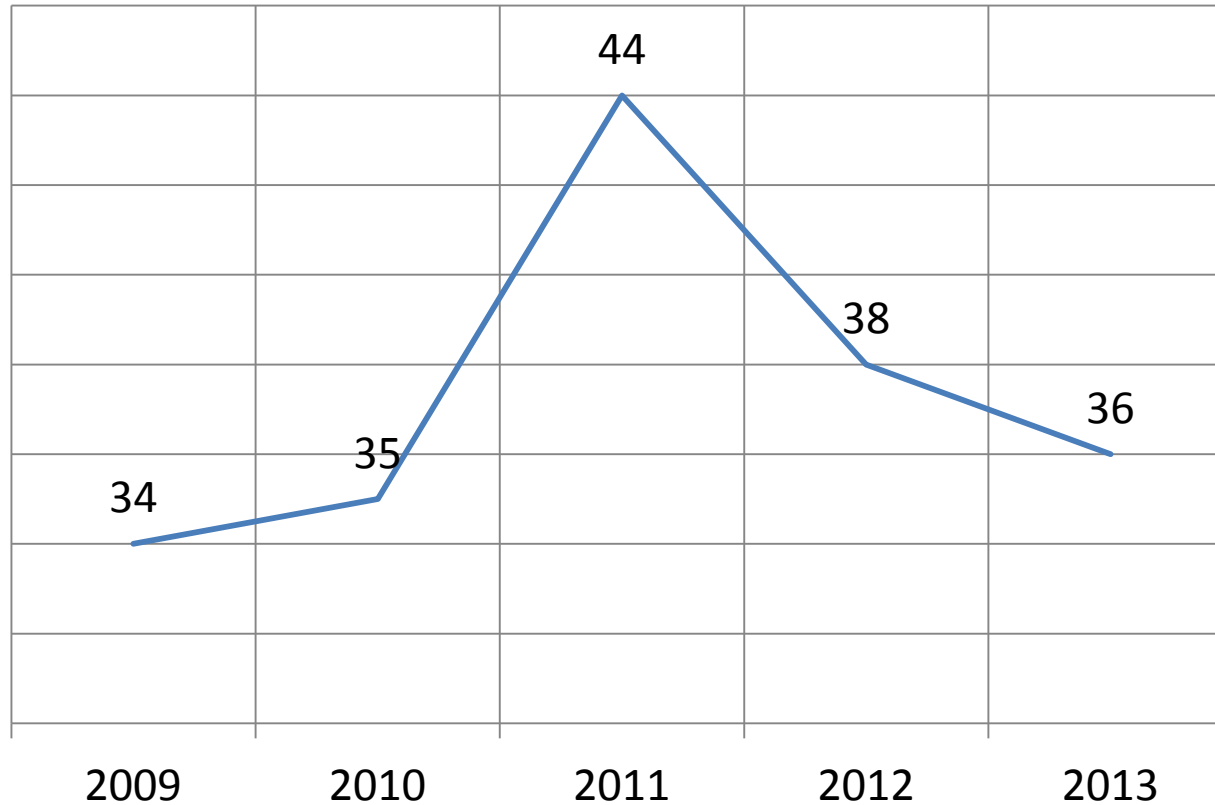


La polizia è intervenuta in tempo utile



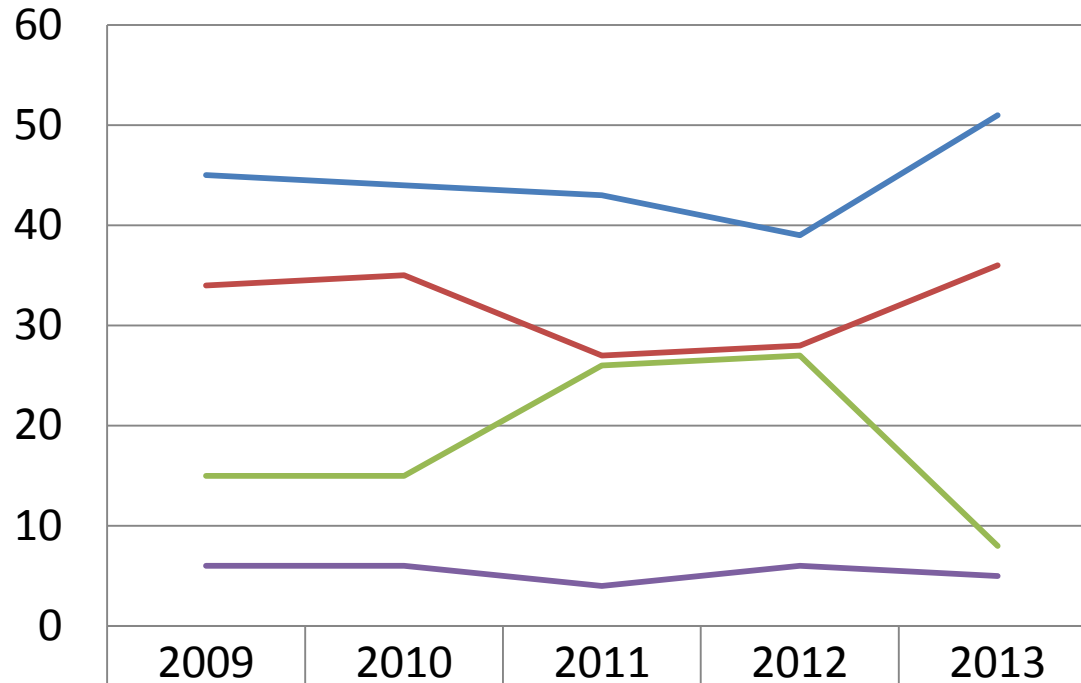


In azienda esiste una modalità di segnalazione dell'evento





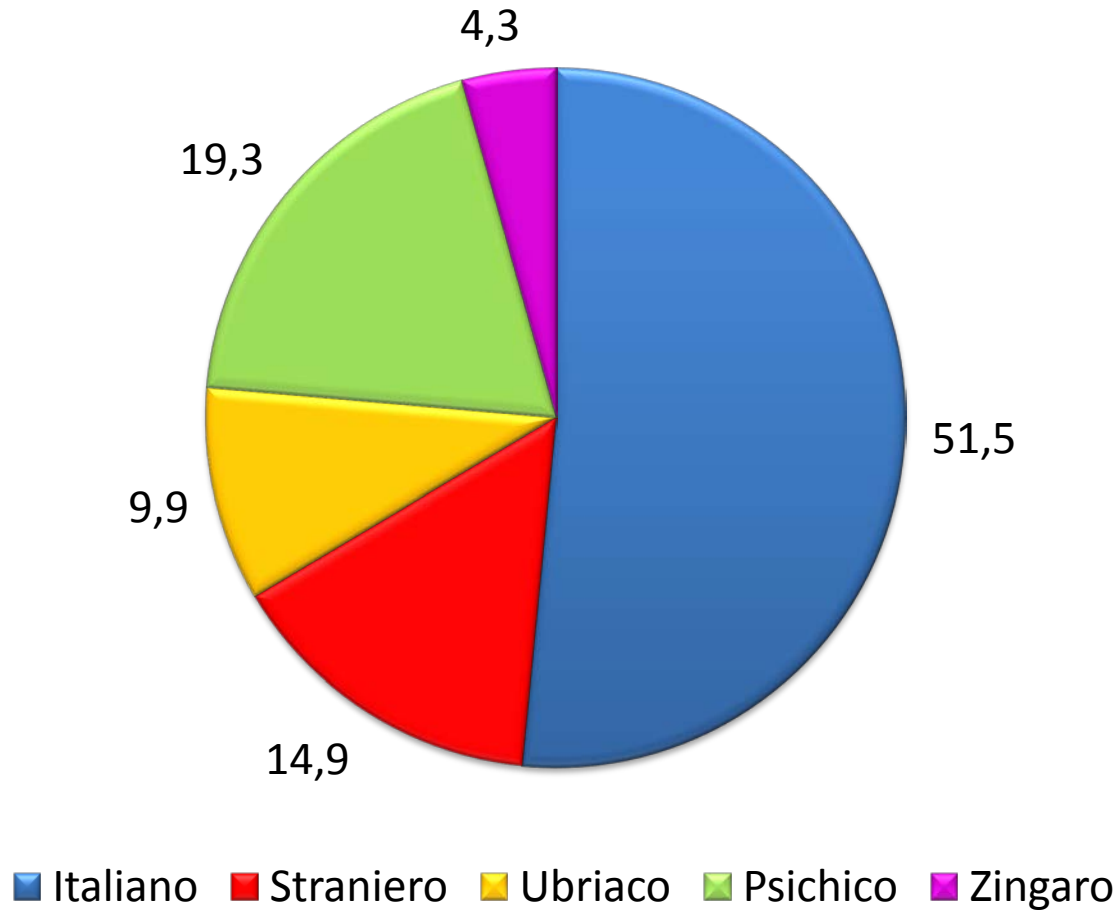
Chi era l'aggressore



	2009	2010	2011	2012	2013
— Paziente	45	44	43	39	51
— Parente	34	35	27	28	36
— Entrambi	15	15	26	27	8
— Utente casuale	6	6	4	6	5

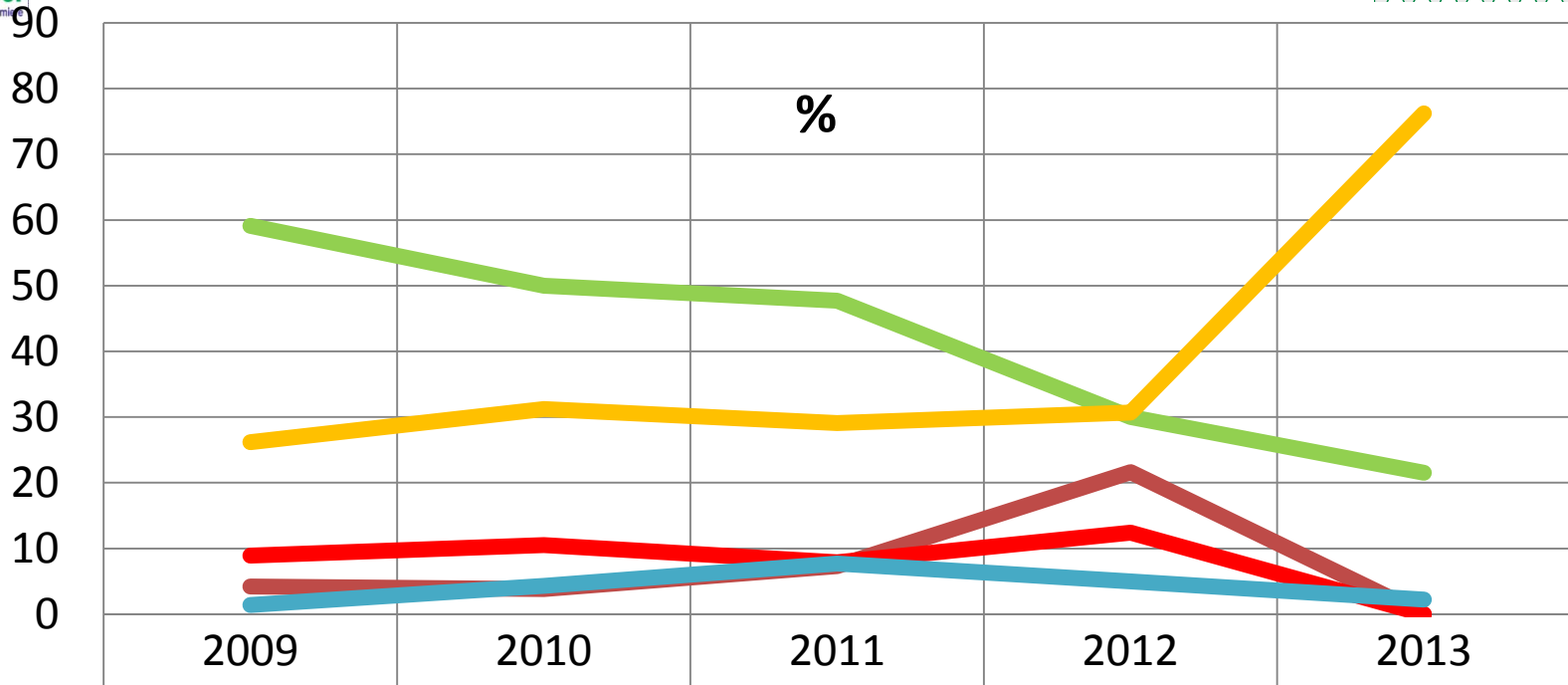


L'aggressore si poteva identificare in una categoria?





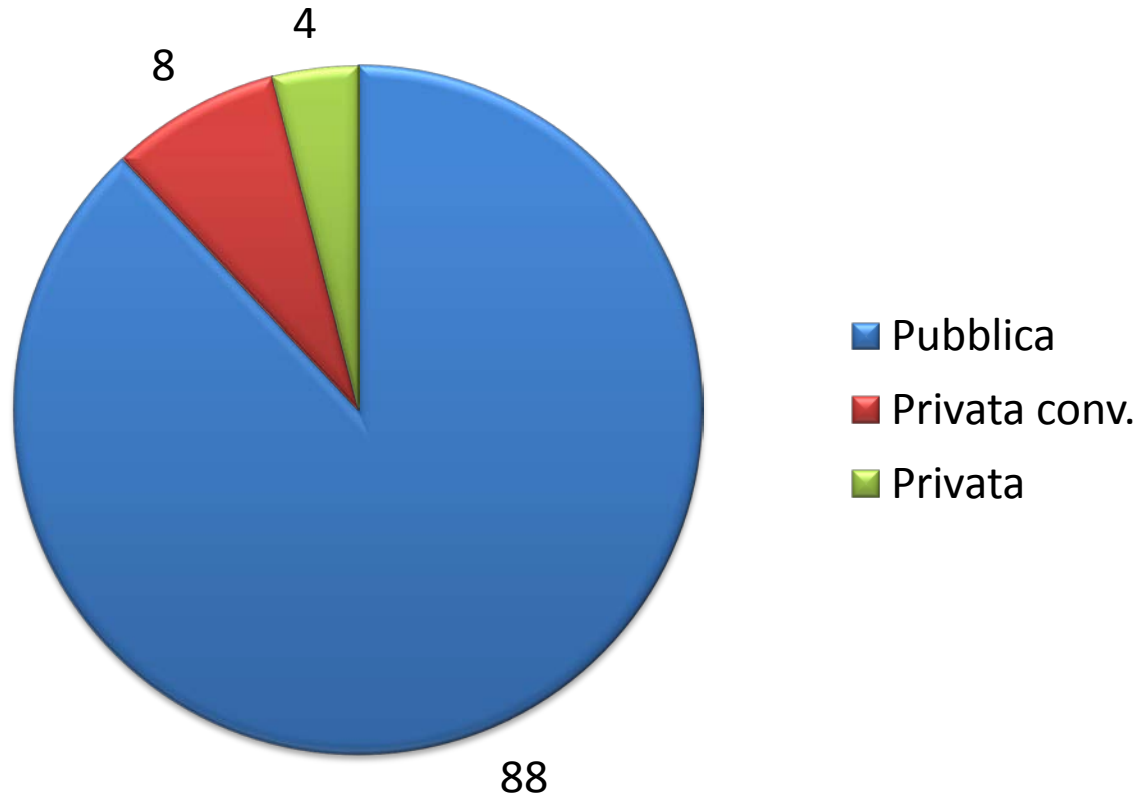
L'aggressore si poteva identificare in una categoria?



Italiano	59,1	50	47,7	30	21,5
Straniero	4,2	3,8	7,3	21,6	0
Ubriaco	8,9	10,5	7,9	12,4	0
Psicico	26,2	31,2	29,1	30,7	76,2
Zingaro	1,4	4,3	7,7	5	2,2

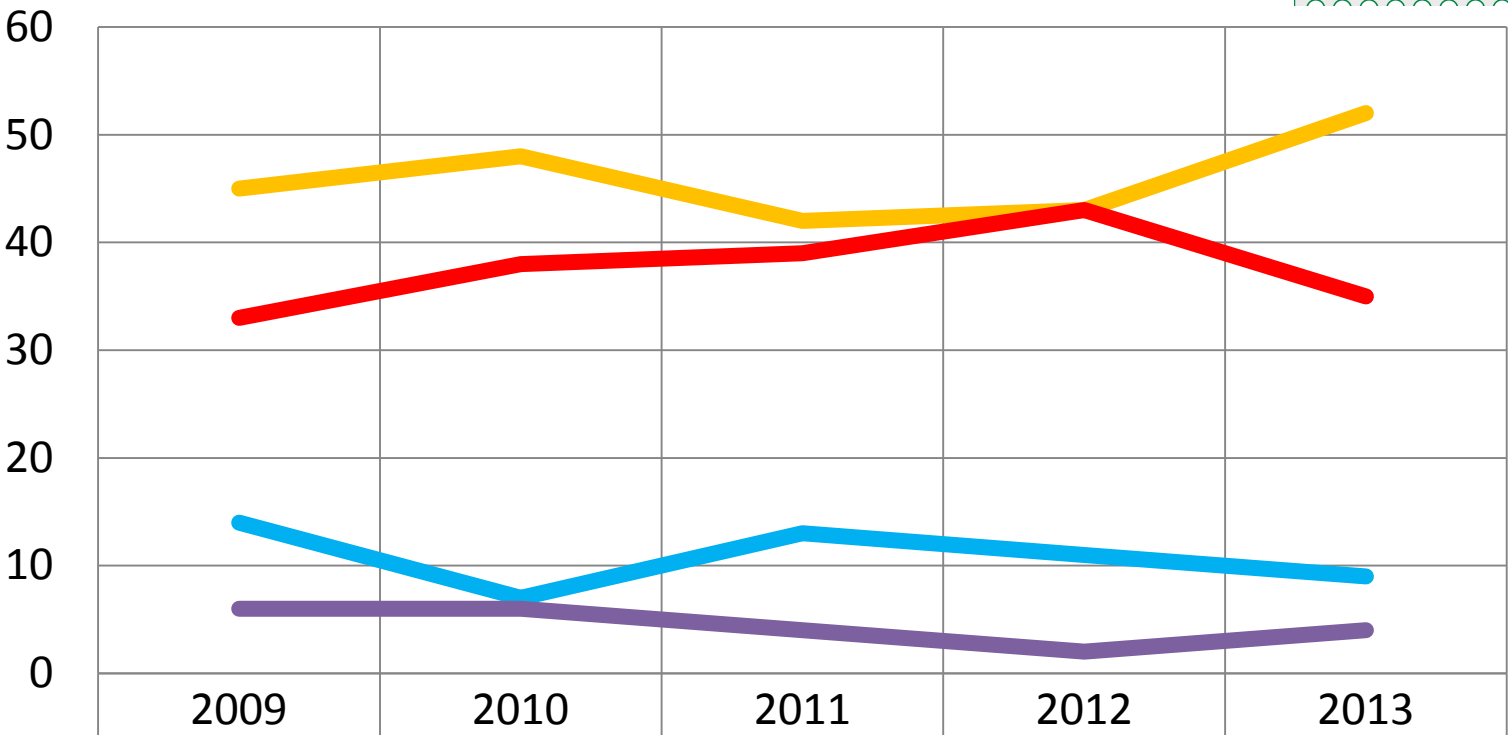


Tipo di struttura dove è avvenuta l'aggressione





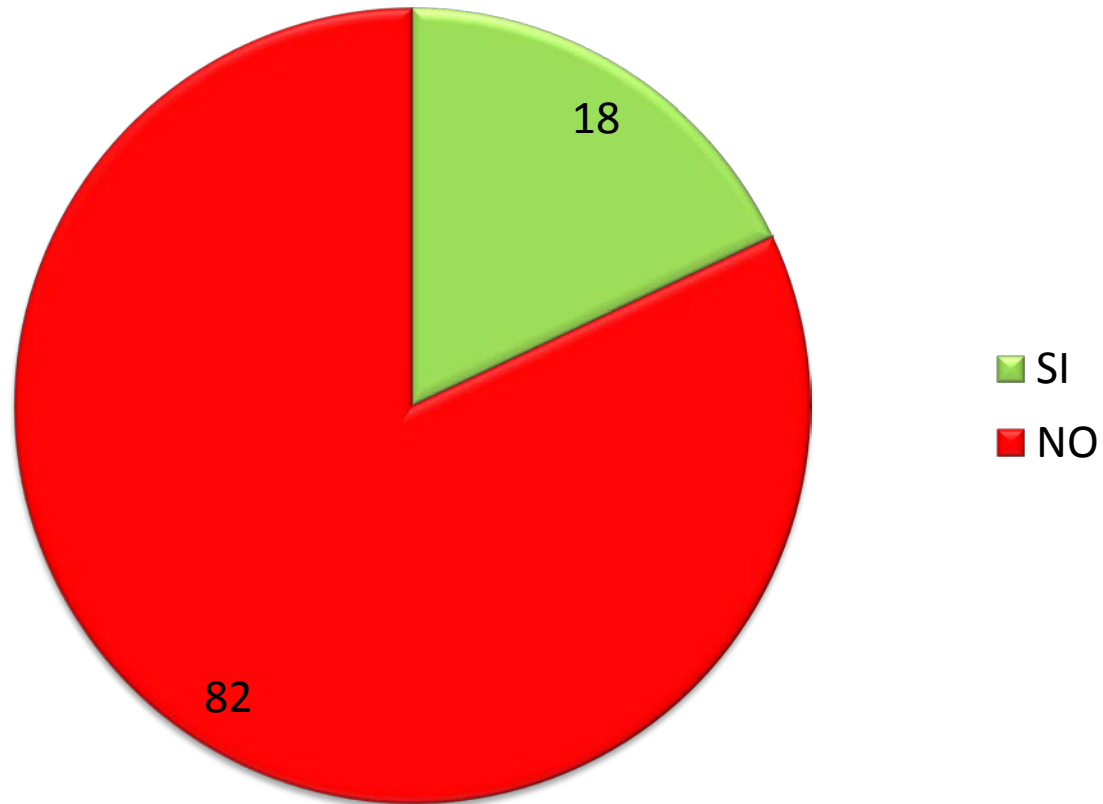
Dove è avvenuta l'aggressione



Ambulatorio	14	7	13	11	9
Degenza	45	48	42	43	52
P.S.	33	38	39	43	35
T.I.	6	6	4	2	4

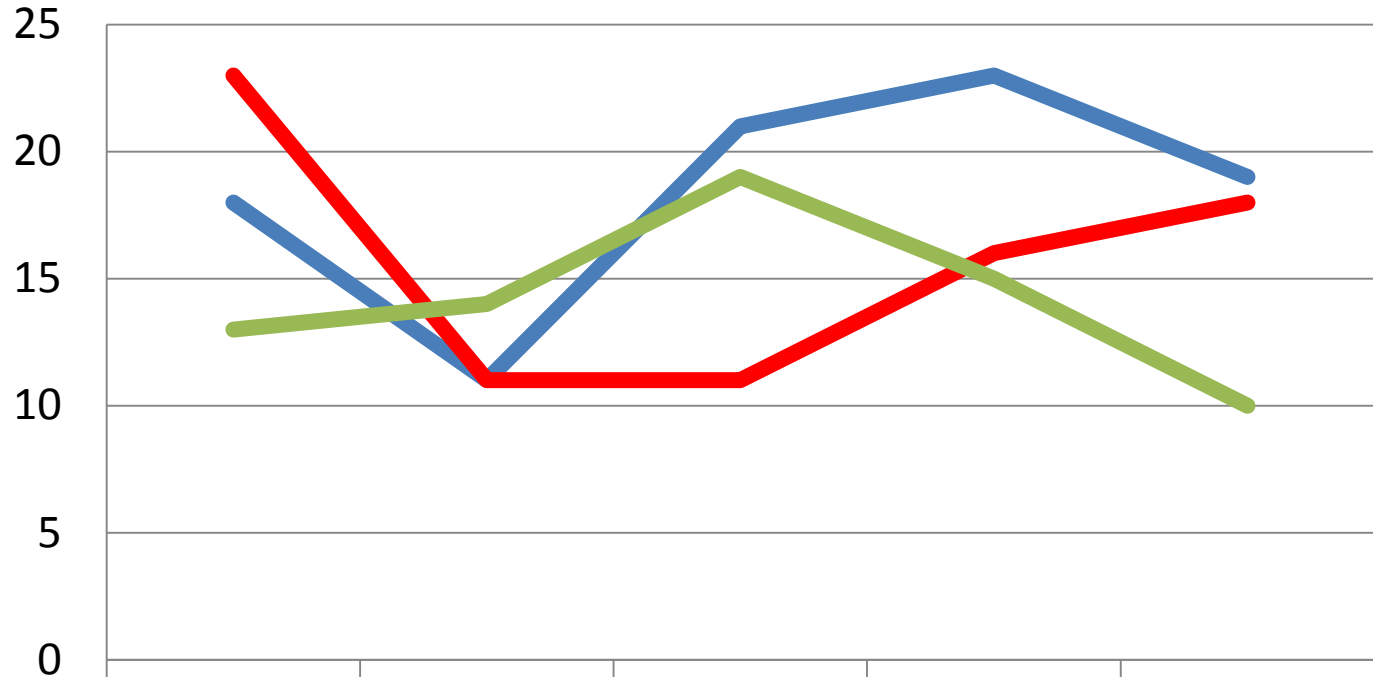





Sono stati presi provvedimenti?





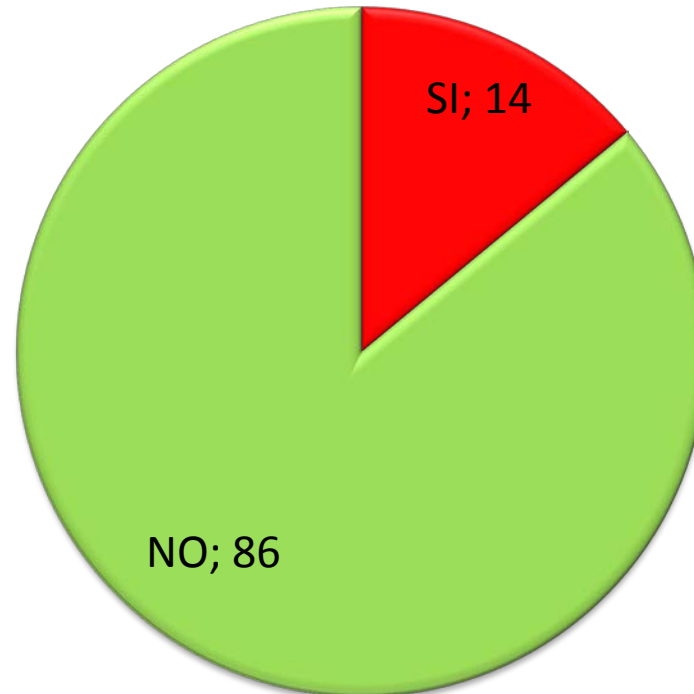
Dove sono stati presi provvedimenti



	2009	2010	2011	2012	2013
 P.S.	18	11	21	23	19
 Degenza	23	11	11	16	18
 Ambulatori	13	14	19	15	10

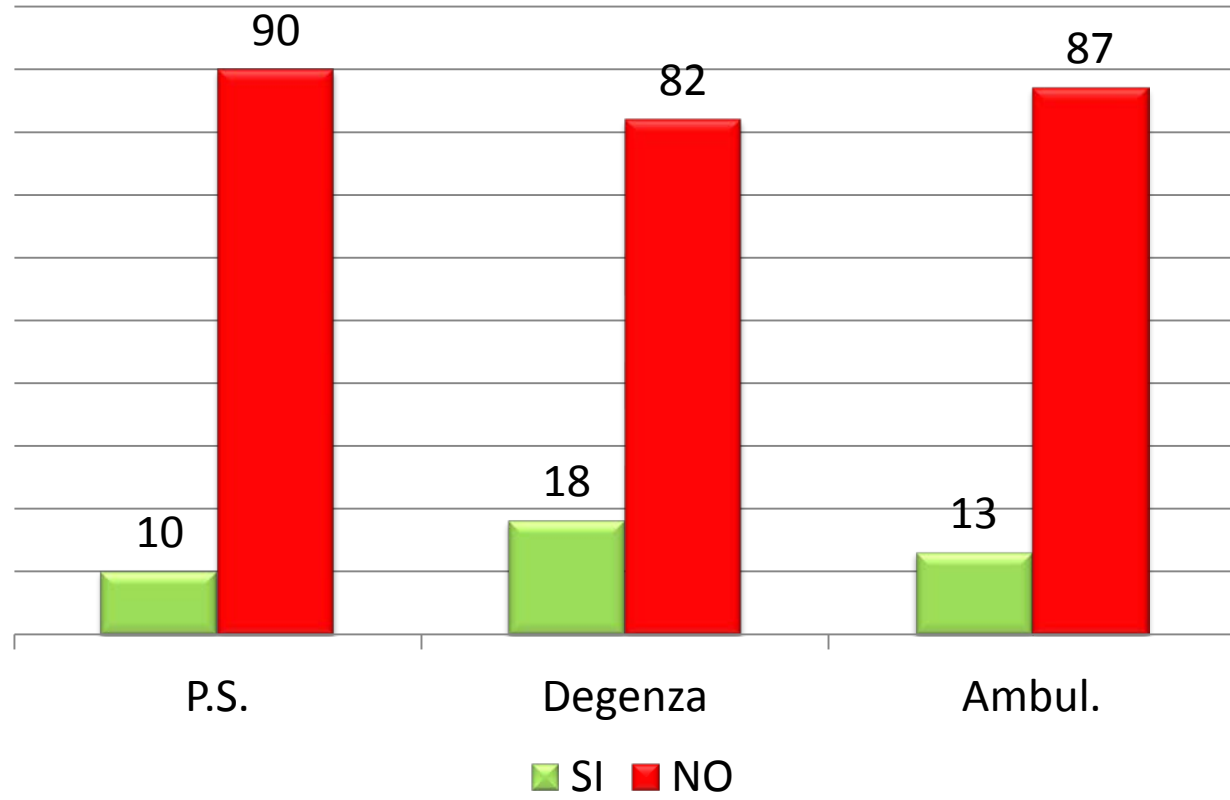


Sono stati sufficienti come deterrente?



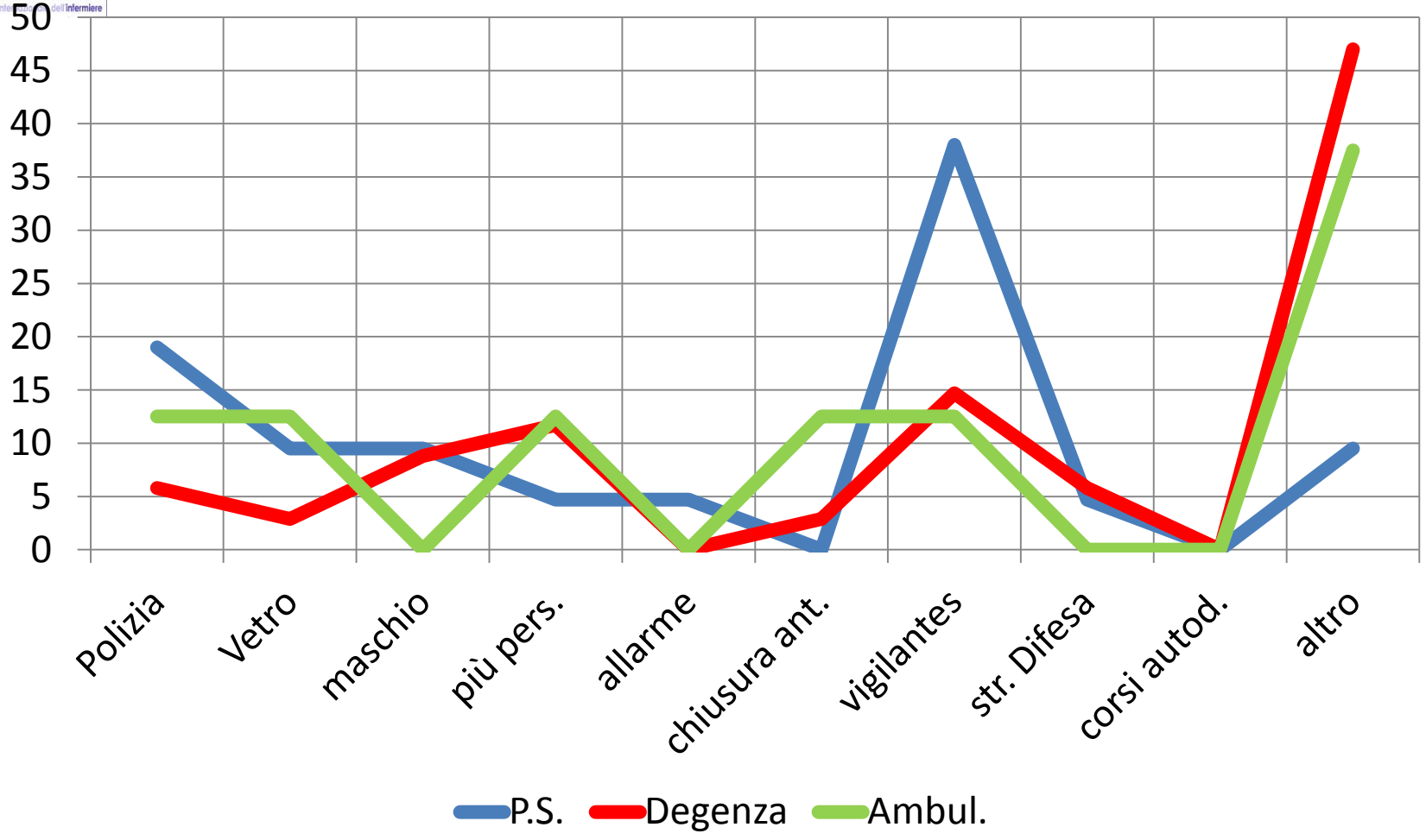


Sono stati sufficienti come deterrente?



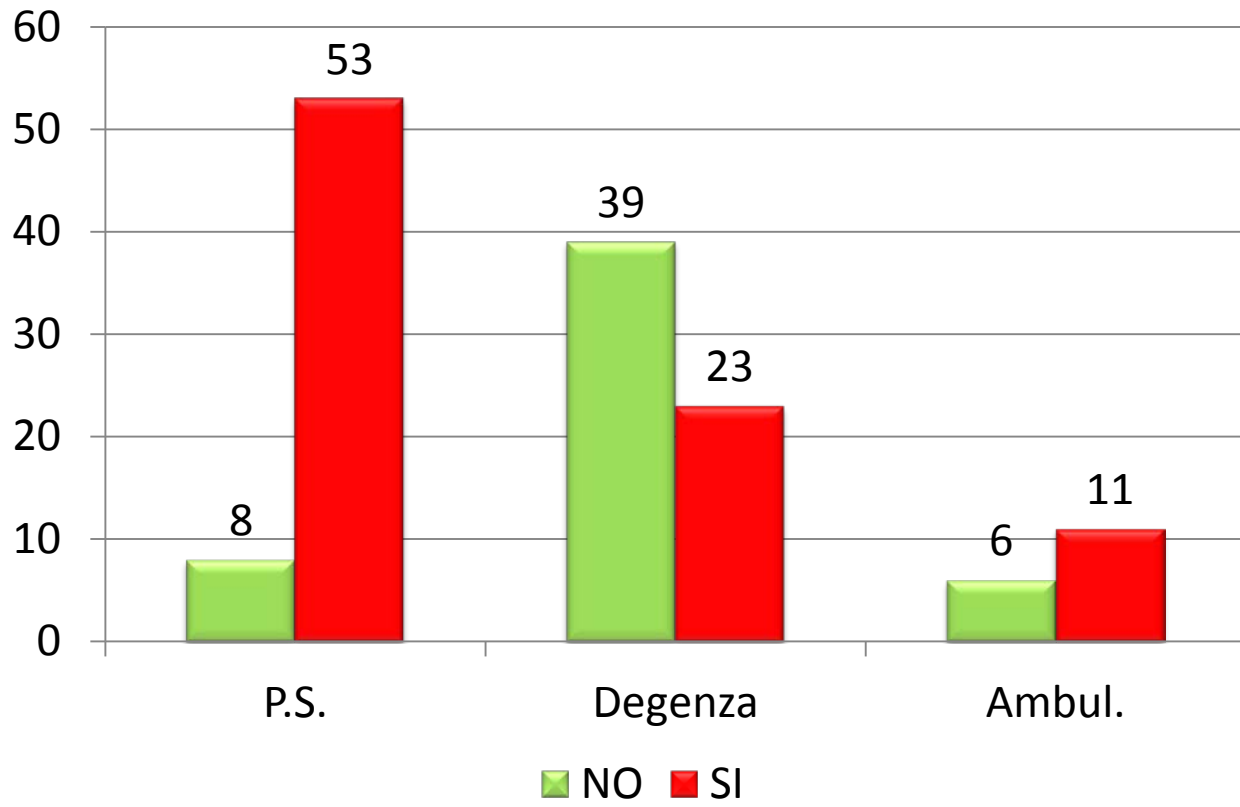


Dove sono stati efficaci, quale soluzione?



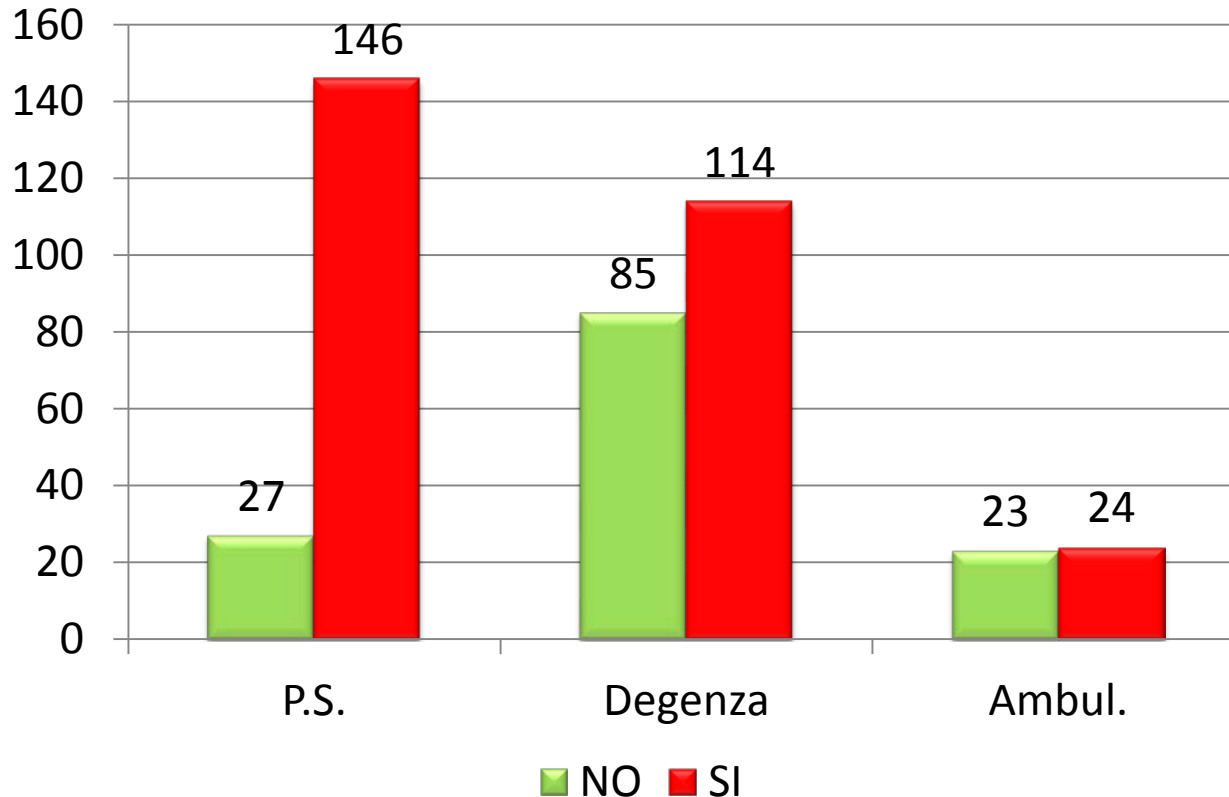


In seguito ai provvedimenti si sono verificati altri episodi?



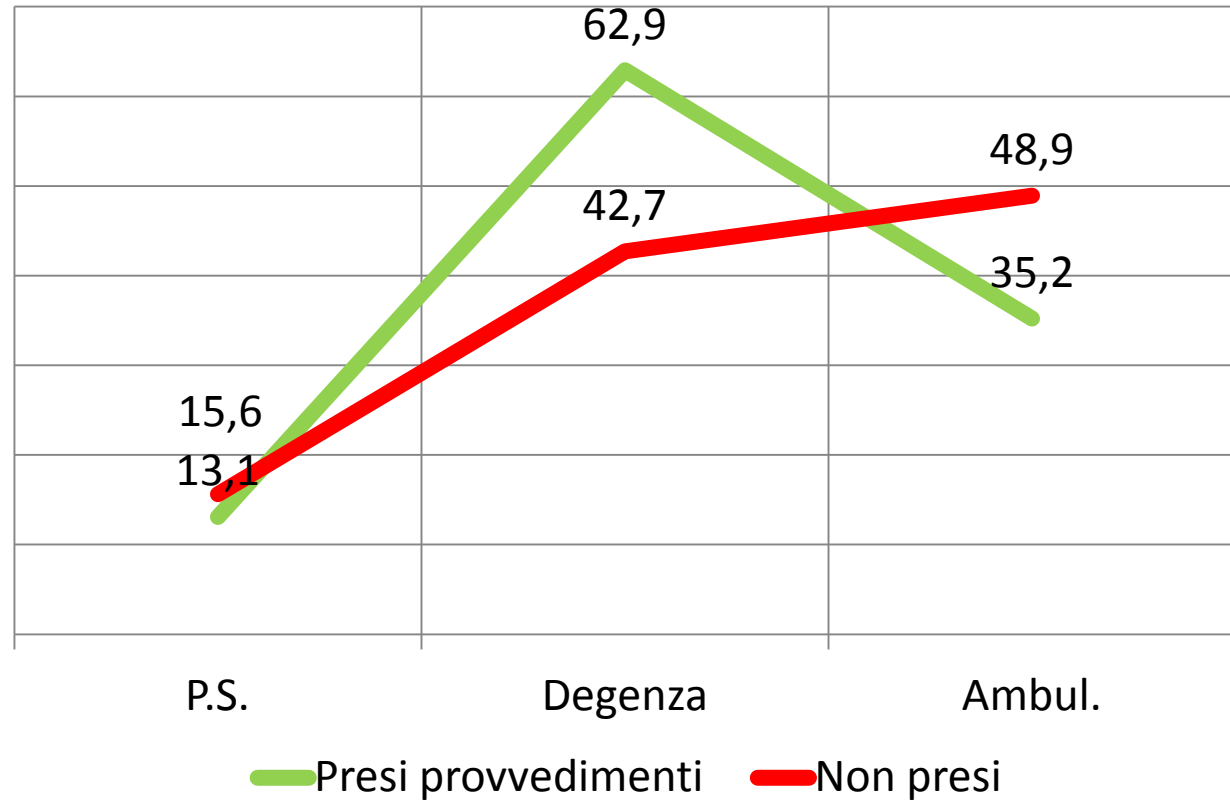


Dove non sono stati presi provvedimenti si sono verificati altri episodi?





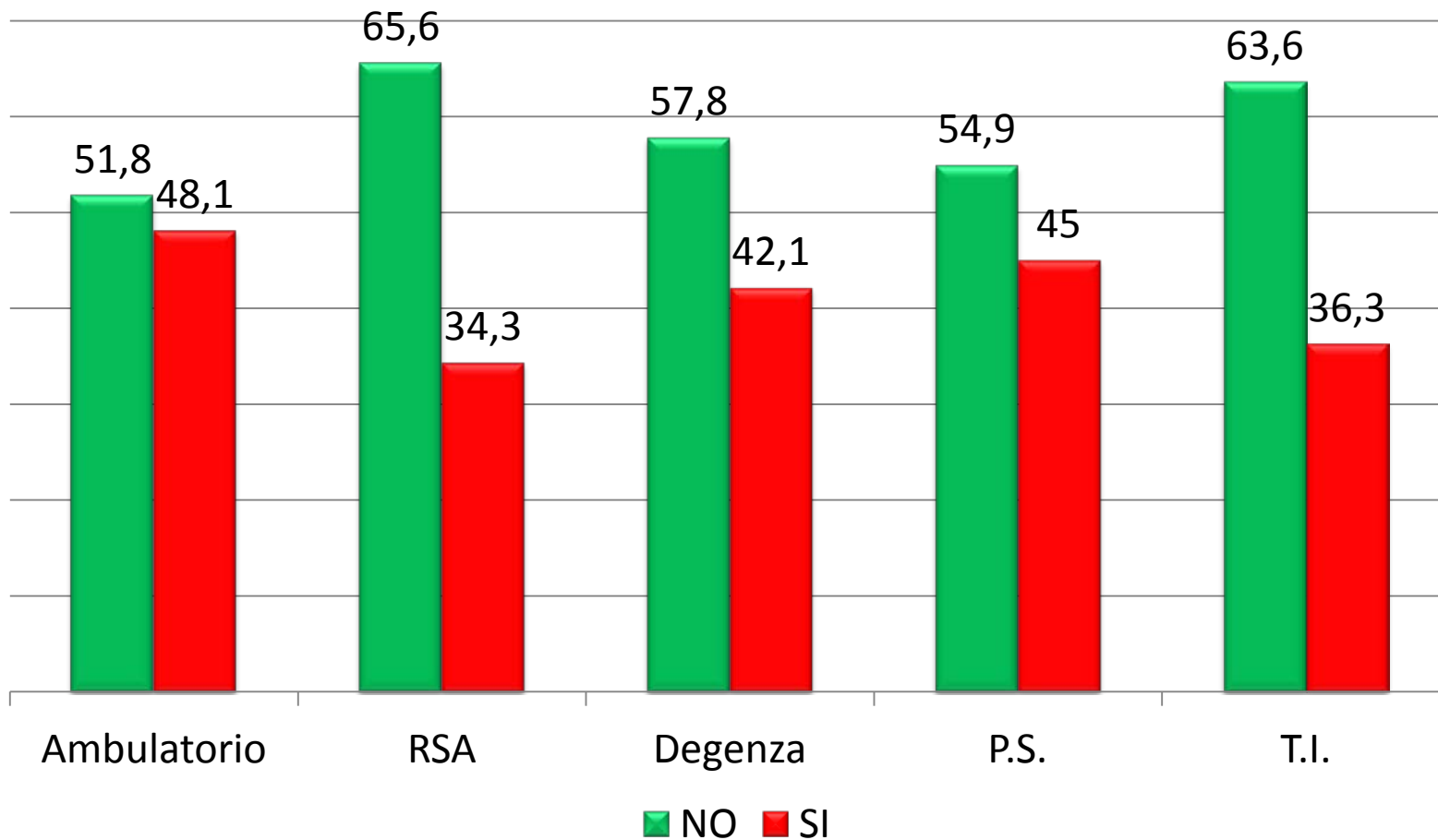
L'efficacia dei provvedimenti*



* % di non ripetizione di episodi di aggressione

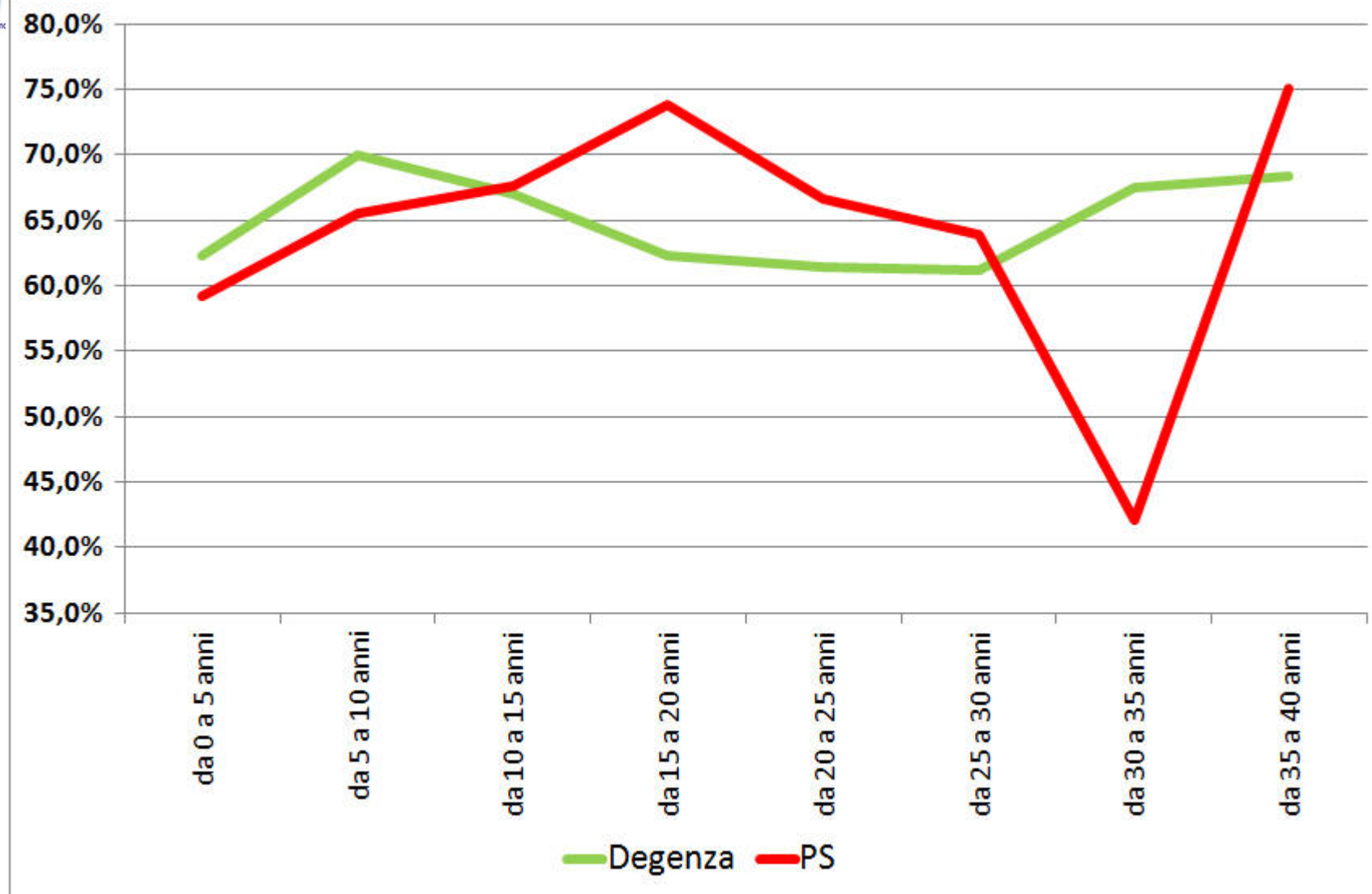


In seguito all'aggressione è cambiato il tuo atteggiamento di fronte all'utenza?





Anzianità di servizio dell'aggredito





Il sesso dell'agredito





Tra i commenti liberi...



- evitare di dover indossare ben in evidenza il cartellino identificativo...
- Evitare postazioni di triage simili a reception prive di protezioni
- La stampa dovrebbe parlare di più di buona sanità...
- Indennità di rischio
- Scarsa considerazione della nostra figura
- i colleghi che hanno subito l'aggressione per paura non fanno nulla
- esiste il tribunale del malato, ma quello dell'operatore ???
- l'infermiere non può fare anche il portinaio del reparto
- Nella mia Azienda l'utente ha sempre ragione. Fino a quando l'aggressore non ti apre la testa davanti a 20 persone
- LA GENTE PENSA CHE SIA UN SUO DIRITTO TRATTARE MALE GLI INFERMIERI
- preparazione culturale con tecniche atte ad evitare e gestire i conflitti (ECM)
- non essere mai soli durante i colloqui con paziente/familiare



I limiti della ricerca:



- Geografici
- Non specifica quali motivi siano collegati al servizio
- Non è stato fatto un focus specifico per l'SPDC, 118, ADI e penitenziari
- Ha coinvolto prevalentemente infermieri
- Chi ha cambiato atteggiamento, come l'ha cambiato?
- Non ha approfondito la violenza verbale
- Ha trascurato le vicende legali in seguito all'episodio



Conclusioni:



- Più della metà del campione ha subito aggressioni in servizio
- Il fenomeno è in crescita
- Rappresenta un costo non indifferente
- L'intervento della polizia è tardivo nel 50% dei casi
- 7 volte su 10 sono coinvolti più operatori
- Per il 72% dei casi il motivo è dovuto al servizio
- Solo ad 1 episodio su 3 vengono presi provvedimenti
- I provvedimenti sono inefficaci per il 48% dei casi
- L'utenza si rivolge per qualsiasi cosa all'infermiere
- Da anni i pubblici dipendenti sono sotto campagna mediatica
- Aggredire un infermiere mette in difficoltà il sistema



Considerazioni:



- L'utenza si rivolge per qualsiasi cosa all'infermiere
- Da anni i pubblici dipendenti sono sotto campagna mediatica
- Aggredire un infermiere mette in difficoltà il sistema



Proposte:



Iniziativa aziendale

- ✓ Formazione apposita
- ✓ Protocolli di segnalazione e monitoraggio eventi, DPI, ecc.



Proposte:



Iniziativa legislativa

- ✓ Gli infermieri devono essere considerati “**Pubblici Ufficiali**”
- ✓ Di conseguenza, la divisa unica (**Uniforme**) ci identificherebbe in modo univoco

Art. 357 Codice Penale

*“Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria, amministrativa **e sanitaria.**”*

Campagna nazionale contro le aggressioni al personale sanitario

Se aggredisci fisicamente
o verbalmente un infermiere,
pregiudichi la possibilità
a te stesso
e a tutti i cittadini
di essere curati e assistiti !!!



Pensaci...

! Aggressione
non è
la Soluzione!

12 maggio: giornata internazionale dell'infermiere



Grazie
per
l'attenzione



Inf. Donato Carrara
Dir. Naz. NURSIND



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



**CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL**

11/05/2013

Le aggressioni agli infermieri danneggiano tutti i cittadini.
(Tiziana Traini e Salvatore Vaccaro, Direzione Nazionale NurSind)

Il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. La necessità di puntare i riflettori su un fenomeno ormai dilagante quale la violenza sul posto di lavoro è riconosciuta unanimemente stringente per quanto riguarda gli operatori sanitari. Per tale motivo il sindacato infermieristico italiano Nursind e lo spagnolo SATSE hanno deciso di intraprendere una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei cittadini per far comprendere che “l’aggressione non è la soluzione” dei problemi sistemici della sanità, problemi accentuati in questo periodo di crisi per i continui tagli alle strutture e il sottofinanziamento del SSN.

Anche la letteratura internazionale rende evidente le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri (Anderson, 2002a; Ferns, 2006; Lewis et al., 2007). Che gli infermieri fossero in prima linea nei pronto soccorso si sapeva ma che uno studio americano dell’*Emergency Nurses Association* (ENA) dimostrasse che più della metà degli infermieri dei dipartimenti di emergenza sono vittime di violenza, ci deve far riflettere.

In generale, secondo una ricerca spagnola pubblicata sull’*International Journal of Occupational and Environmental Health*, gli eventi di violenza avvengono più frequentemente nelle seguenti aree: servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale. In questi settori, ma in modo particolare nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche, le aggressioni fisiche, nell’anno 2009, hanno raggiunto rispettivamente il 48 per cento e il 27 per cento degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l’82 e il 64 per cento degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce. Queste ultime sono risultate molto elevate anche nei reparti chirurgici. Gli infermieri, essendo più a contatto con i pazienti, sono i più esposti alla violenza fisica; le minacce sembrano essere invece più facilmente dirette ai responsabili dei servizi, a chi prende le decisioni, probabilmente anche con l’intento di influenzarli.



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU – CISAL

È interessante notare che circa l'85 per cento delle aggressioni è perpetrato dagli stessi pazienti: un quarto di essi, circa, risulta essere affetto da disturbi psichici e circa il 6 per cento è sotto l'influsso di droghe. Il rischio più elevato lo corrono gli operatori degli ospedali di maggiori dimensioni, mentre il fenomeno della violenza sembra essere meno marcato nei servizi di dimensioni più limitate e di collocazione rurale, probabilmente in conseguenza del diverso tipo di rapporto che s'instaura tra gli operatori e gli utenti dei servizi. L'incremento degli atti di violenza è principalmente dovuto a:

- **l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici** acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- **la diffusione dell'abuso di alcol e droga;**
- **la gestione e/o distribuzione di farmaci** che hanno notevole valore economico nel mercato illegale dei farmaci (metadone, stupefacenti, ecc.)
- **l'accesso senza restrizione di visitatori** presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- **le 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;
- **il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività** (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- **la 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.
- **la mancanza di formazione del personale** nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- **la scarsa illuminazione** delle aree di parcheggio e delle strutture.

“Aggredire un infermiere pregiudica tutti”: l'iniziativa del SATSE, sindacato infermieristico spagnolo. Dal 20 marzo 2013, il sindacato infermieristico spagnolo SATSE, ha intrapreso una campagna "permanente" contro le aggressioni e ha affermato che i professionisti infermieri devono essere considerati dei pubblici ufficiali. SATSE denuncia che più aumentano i tagli ai servizi e più è probabile che accadano eventi come le aggressioni all'interno dei servizi sanitari. Il sindacato spagnolo respinge ogni tipo di aggressione nei confronti dei professionisti della salute, poiché l'aggressione stessa minaccia l'integrità fisica e/o mentale della persona lesa e influenza negativamente il funzionamento del sistema sanitario nel suo complesso. Quando un professionista viene aggredito, indirettamente vengono attaccati anche gli altri cittadini curati da lui perché viene ad infrangersi il rapporto di



NURSIND

CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL

DIREZIONE NAZIONALE

fiducia che deve necessariamente instaurarsi nella relazione assistenziale infermiere/cittadino (<http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-alerta-agredir-a-una-enfermera-perjudica-a-todos>).

La situazione in Italia. In Italia, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, in uno *Studio per la predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso*, tra i rischi principali (da agenti fisici, chimici, biologici, correlati a sforzi muscolari e posture incongrue) prende in considerazione anche i "rischi relativi ad aspetti di natura psico-organizzativa" (ISPESL, 2007) e il Ministero della Salute (2008) tra gli eventi sentinella prevede espressamente gli atti di "violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno".

A seguito della particolare rilevanza che il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario continua ad avere è stata emanata, nel novembre 2007, un'apposita Raccomandazione da parte del Ministero della Salute ("Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari") che intende incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio per la sicurezza del personale e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative, dall'aggressione verbale alla violenza fisica fino all'omicidio.

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un **programma di prevenzione della violenza**, le cui finalità sono di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica, incoraggiando il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitando il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari.

"L'aggressione non è la soluzione": l'iniziativa del sindacato Nursind in Italia.

In tale cornice si colloca l'iniziativa nazionale del sindacato infermieristico NurSind che, in occasione del 12 maggio - festa internazionale dell'infermiere -, lancia l'allarme sulle continue aggressioni che anche la recente cronaca nazionale e le esperienze quotidiane dei colleghi raccontano come momenti drammatici per i professionisti coinvolti.



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU – CISAL

L'iniziativa che vede l'affissione negli spazi pubblici e all'interno delle strutture sanitarie di un manifesto dal titolo "*l'aggressione non è la soluzione*" prende avvio dalle crescenti difficoltà del personale sanitario ad erogare assistenza di qualità in un regime di tagli del personale e spending review sui materiali e strumenti a disposizione e dai dati di un apposito questionario somministrato on line dal 6 al 26 Aprile 2013.

Ecco i dati salienti.

Il campione. Sono stati invitati a rispondere diversi operatori sanitari, principalmente infermieri, attraverso l'invio di una mail rivolta a 10.000 iscritti, mail di persone registrate al sito www.nursind.it e inviti rivolti in diversi gruppi infermieristici presenti nei social network (Facebook). Il questionario era composto da vari item (ad alcuni era possibile rispondere con una sola opzione mentre altri con più opzioni) riconducibili alla tematica delle aggressioni nei luoghi di lavoro ed hanno risposto 1.567 professionisti sanitari composti prevalentemente da infermieri (88,5%), medici (1,9%) ostetriche (1%) e altro personale (2,8%). Un quarto del campione è composto da personale compreso tra i 40-45 anni di età (25,5%), il 18,1% tra i 35-40 anni e il 15,8% tra i 45-50 anni di età. L'anzianità professionale degli interessati varia tra i 15 e 25 anni di servizio per il 36,4% del campione, oltre i 25 anni per il 19,5% e sotto i 15 anni di servizio per il 37,4%.

Dal punto di vista geografico hanno risposto principalmente infermieri che fanno riferimento ad eventi accaduti al centro nord Italia: nord est (503 risposte), nord ovest (247), centro (460), sud ed isole (113). 244 intervistati non ha indicato la zona di appartenenza.

Anche se il campione non può essere perfettamente omogeneo dal punto di vista geografico, la collocazione anagrafica e l'anzianità di servizio si avvicinano alla reale composizione della forza lavoro delle strutture sanitarie, anche se la particolarità del questionario seleziona in partenza gli operatori che hanno maggiore dimestichezza e possibilità di usare i mezzi informatici. La quantità di risposte, inoltre, può essere ritenuta congrua per raffrontare i nostri dati – che non hanno pretesa scientifica ma che mirano ad indagare dal punto di vista di vista dell'operatore sanitario un fenomeno comune – con quanto riportato dalla letteratura internazionale e nelle indagini nazionali più ristrette a singoli settori (pronto soccorso, area critica, psichiatria o a singoli ospedali).



NURSIND

CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL

DIREZIONE NAZIONALE

Il fenomeno delle aggressioni. L'79,7% ritiene che il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario sia in aumento o forte aumento mentre solo il 2,6% ritiene che il fenomeno sia in regressione o esaurimento.

Più della metà (54,8%) del campione ha subito nella sua carriera professionale un'aggressione, mentre il 33 % è stato testimone di almeno un episodio di aggressione o ne ha sentito parlare da colleghi (22,4%). Solo il 14,2 % non è mai stato minacciato o aggredito.

Gli episodi si sono verificati in diversi anni. Nei primi 4 mesi del 2013 già 335 intervistati (21,4%) affermano di aver ricevuto un'aggressione.

2013	21,4%	(335)
2012	32,4%	(507)
2011	31,3%	(491)
2010	22,8%	(358)
2009	18,1%	(284)
anni precedenti	40,7%	(637)

Tabella: in che anno cronologicamente si sono verificate le aggressioni.

Tipologie di aggressioni. Le aggressioni sono state solo fisiche nel 7,1% dei casi (112), verbali nel 41,2% (645), sia fisiche che verbali nella maggioranza dei casi per il 42,0% (658). In particolare la violenza fisica è avvenuta attraverso:

Calci	11,3%	(177)
Pugni	13,3%	(208)
Schiaffi	9,3%	(146)
Spintoni	18,5%	(290)
Oggetti contundenti	9,4%	(148)
Armi	1,6%	(25)
Altro	13,7%	(215)

In 406 casi (25,9%) sono intervenute le forze dell'ordine anche se solo in 229 casi il campione dichiara che la polizia è giunta in tempo per evitare il peggio.

È vero anche che nel 54,8% dei casi (859) i danni fisici non hanno avuto bisogno di prognosi mentre nel 7,7% (118) l'aggressione ha prodotto conseguenze di astensione dal lavoro superiore ai 3 giorni. È interessante notare che, secondo gli intervistati, il 51,3% (804) dichiara che non esiste in azienda una modalità di segnalazione dell'evento presente solo nel 31,0% (486) dei casi.

Luoghi e persone legate alle aggressioni. Ma chi è che aggredisce il personale sanitario? Secondo il campione, quasi in egual misura, sono sia i pazienti (33,2%) che



NURSIND

CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL

DIREZIONE NAZIONALE

i parenti (29,8%) o entrambi (15,9%), principalmente di nazionalità italiana (62,3%) con alterazioni di carattere psichico o alcolico.

Italiano	62,3%	(977)
Straniero	18,0%	(282)
Ubriaco	12,1%	(189)
Alterato psichico	23%	(360)
Zingaro	5,4%	(84)

Anche nei luoghi si conferma quanto riportato in letteratura a livello internazionale: strutture pubbliche (76,2%) e area critica e degenze sono i reparti in cui avvengono principalmente le aggressioni. Alcuni non hanno mancato di evidenziare che episodi di aggressione si sono verificati nel territorio in risposta al primo soccorso.

Pronto Soccorso	26,9%	(422)
Terapia intensiva	4,8%	(75)
Degenza	36,4%	(571)
Ambulatorio	11,4%	(179)
Casa di Riposo	2,9%	(45)

È interessante notare che solo nel 27,5% dei casi è stato interessato un solo operatore, nei restanti casi (ha risposto il 71,6% del campione) è stato coinvolto più personale. Infine, il motivo dell'aggressione era collegato al servizio nel 71,8% (1.125) dei casi. L'ultima parte del questionario ha interrogato gli operatori in merito alle iniziative per la sicurezza nei luoghi di lavoro. La maggioranza di chi ha risposto (83,2%) ha indicato che non sono stati presi provvedimenti per garantire la sicurezza degli operatori (66,4% pari a 1.041 risposte) e nel caso siano stati presi provvedimenti a tutela del personale per evitare il ripetersi di aggressioni, nel 48,2% dei casi non sono stati ritenuti sufficienti come deterrente (756 risposte). Infatti, nel 32,9% dei casi (516) nonostante i provvedimenti presi si sono verificati altri episodi di aggressione.

Nel dettaglio sono stati indicati alcuni esempi di provvedimenti presi:

ronda di vigilantes	7,2%	(113)
presenza di almeno un maschio in turno	4,7%	(74)
Istituzione del posto di polizia	3,3%	(51)
protezione con vetro antisfondamento	2%	(32)



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL

chiusura del servizio oltre una certa ora	1,5%	(24)
aumento del personale presente	1,5%	(23)
dispositivo di allarme automatico	0,8%	(13)
dotazione di strumenti di difesa	1%	(15)
corsi di autodifesa	0,8%	(12)
altro	13,7%	(214)

A completamento del questionario si è lasciata una domanda aperta, dove si è chiesto di segnalare alcuni suggerimenti circa il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario. Anche se molti operatori suggeriscono di intensificare la sorveglianza con un posto fisso di Polizia presso il Pronto Soccorso o un servizio di vigilanza in divisa che giri per i reparti oppure accentuando la sicurezza degli ambienti attraverso l'utilizzo della videosorveglianza e della chiusura dei reparti (i 2/3 delle risposte segnalano queste azioni), altri si soffermano su aspetti sistemici per la comprensione del verificarsi delle aggressioni. Mentre chi lavora nei reparti di psichiatria, espone problemi inerenti le continue aggressioni fisiche chi lavora in altri reparti o servizi evidenziano la difficoltà nel far comprendere ai cittadini e ai parenti la mancanza di colpe personali in caso di lunghi tempi d'attesa (le "esasperanti file e attese in pronto soccorso") o di richiamo a regole della struttura (per es. orari di vista). Le aggressioni verbali sono riportate come frequenti episodi in caso di gestione delle liste d'attesa, di ritardi nelle prestazioni, di richiesta di rispetto degli orari di vista, di regole di funzionamento nei reparti di degenza, di mancanza di corretta informazione circa i ruoli e le responsabilità del personale (la divisa unica potrebbe aiutare il cittadino a identificare correttamente le varie figure).

Nel 47,9% dei casi (751 risposte) l'infermiere non ha cambiato atteggiamento nei confronti dell'utenza dopo avere ricevuto un'aggressione. Alcune delle risposte aperte hanno evidenziato la difficoltà da parte del personale stesso di gestire delle relazioni particolari (per esempio con gli etilisti o i tossicodipendenti) e di entrare in empatia con il paziente. Per tali motivi diversi suggerimenti sono rivolti alla maggiore informazione e formazione. Maggiore informazione da rivolgere all'utenza sulle regole delle strutture sanitarie e sul ruolo e competenze delle varie figure (gli infermieri lamentano la mancata comprensione da parte dell'utenza del loro ruolo e il continuo rivolgersi a questo professionista per ogni tipologia di richiesta; all'infermiere è chiesto di rispondere a tutte le inefficienze del sistema anche a quelle che non sono di sua pertinenza professionale) ma anche maggior educazione civica in generale da attuare nelle scuole e nelle famiglie. Si ricorda che dal punto di vista mediatico negli ultimi anni la visione di chi svolge un servizio pubblico non è stata



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU – CISAL

adeguatamente tenuta in considerazione (cronaca di episodi di malasanità e campagna contro i dipendenti pubblici “fannulloni” che “autorizzano il pubblico a trattare male gli infermieri e la situazione socio economica del momento accresce lo scontento generale”) e che l’utenza è divenuta sempre più esigente in termini di quantità e qualità delle prestazioni da erogare. Dall’altra parte si evidenzia come gli organici siano sempre più inadeguati a dare risposte alle esigenze dei cittadini in tempi e modi consoni e il peso della maggiore responsabilità professionale è in continuo aumento. La maggiore formazione per gli operatori nella gestione dei conflitti, sui corretti comportamenti da tenere in casi di relazione difficile e di aggressività che inizia verbalmente per arrivare poi a quella fisica (saper porsi in ascolto e non reagire alle provocazioni verbali), su corsi di autodifesa, di autocontrollo e di comunicazione strategica sono richieste che più volte appaiono nei suggerimenti.

Conclusioni. Pur evidenziando tutti i limiti del questionario ai fini di un’analisi scientifica delle aggressioni in ambito sanitario, riteniamo che attraverso questa indagine sia possibile rilevare degli spunti interessanti per avere in tempi rapidi una fotografia attuale del fenomeno come vissuto dai professionisti sanitari. In particolare molte riflessioni utili sono giunte attraverso la risposta aperta ed hanno permesso di rendere ancora più pregnanti i dati numerici delle risposte chiuse.

Abbiamo dunque rilevato che le aggressioni fisiche e verbali sono in costante aumento e tale fenomeno richiede di essere adeguatamente tematizzato sia presso la popolazione che presso le aziende sanitarie a tutela della salute degli operatori e dei servizi resi. Gli infermieri ne sono coinvolti principalmente perché sono l’interfaccia della struttura con l’utenza. A questa professione, poco riconosciuta nel ruolo da parte dei cittadini, è chiesto di rispondere delle inefficienze del sistema e tali situazioni generano spesso fenomeni di aggressione al personale. I luoghi più interessati sono quelli dove l’utenza ha un accesso diretto come i Pronto Soccorso o i reparti di degenza durante gli orari di visita o durante le consulenze esterne. Le richieste da parte dei sanitari sono rivolte all’intensificazione dei strumenti di vigilanza (presenza della polizia/vigilantes, sistemi di chiusura dei reparti e di videosorveglianza) ma anche alla maggior informazione dei cittadini sul ruolo e le funzioni degli infermieri e maggiore formazione del personale per rispondere adeguatamente alle situazioni ritenute pericolose. Se quindi si vuole stimolare le aziende e gli RLS (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) ad attuare quanto previsto dalla Raccomandazione del Ministero della salute del novembre 2007, con questa campagna di sensibilizzazione si vuole ribadire che l’aggressione agli infermieri non è la soluzione dei mali che affliggono la sanità italiana (lunghe liste d’attesa, intasamento dei Pronto Soccorso, difficoltà di comprendere le diverse figure



NURSIND

DIREZIONE NAZIONALE



CONFEDERAZIONE GENERALE
UNITARIA CGU - CISAL

sanitarie, i loro ruoli e responsabilità, ...) né tantomeno la soluzione per la gestione dei singoli casi (pazienti affetti da malattie psichiche, dipendenze da alcool o droga, rispetto dei regolamenti della struttura, ...). Aggredire un infermiere significa mettere in difficoltà tutto il sistema e la garanzia della qualità dell'assistenza: gli organici già ridotti all'osso difficilmente possono reggere ulteriori assenze e l'impatto sulla motivazione lavorativa incide negativamente sulla relazione tra infermiere ed assistito.



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione

Diversi studi indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza. Nel nostro Paese mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia appare necessario attivare misure di prevenzione per contrastarne l'occorrenza.

Con la presente Raccomandazione si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Raccomandazione n. 8, novembre 2007

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Obiettivo.....	5
3. Ambiti di applicazione.....	5
4. Azioni.....	6
4.1. Elaborazione di un programma di prevenzione.....	6
4.2. Analisi delle situazioni lavorative.....	7
4.3. Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo.....	9
4.4. Formazione del personale.....	12
5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale.....	13
5.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione.....	13
5.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella.....	13
6. Aggiornamento della Raccomandazione.....	13
7. Riferimenti bibliografici.....	14

1. Premessa

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, omicidio o 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 ⁽¹⁾ 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 (Ser.T), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

La Joint Commission riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio ⁽²⁾.

Gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici ⁽³⁾.

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

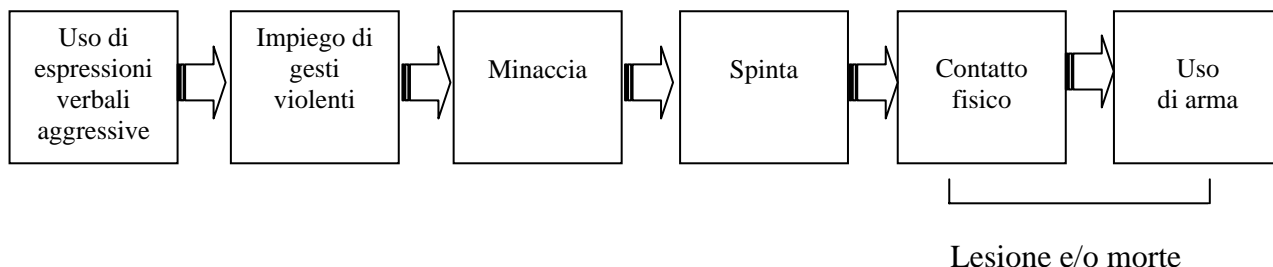
infermieri e gli operatori socio sanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza ⁽⁴⁾:

- 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;
- 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, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi figura sottostante) può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



2. Obiettivo

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

3. Ambiti di applicazione

DOVE ➡ In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

A CHI ➡ Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza).

QUANDO ➡ Durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari.

4. Azioni

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune (5,6).

A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate.

4.1. Elaborazione di un *programma di prevenzione*

Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un *programma di prevenzione della violenza*, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello *frontline*, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma.

Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti:

- un referente della Direzione Sanitaria;
- un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;
- il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;

- un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;
- un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;
- un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- un rappresentante del Servizio di vigilanza.

Compiti del gruppo di lavoro sono:

- l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel *programma di prevenzione della violenza*.

4.2. Analisi delle situazioni lavorative

L'analisi delle situazioni lavorative mira ad individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza.

Il gruppo di lavoro, o altro soggetto individuato dalla Direzione, dovrà valutare la vulnerabilità degli ambienti di lavoro e determinare le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare.

L'analisi dovrebbe comprendere i seguenti momenti:

- **revisione degli episodi di violenza segnalati:** dovrebbero essere esaminati i dati relativi a patologie e lesioni subite dagli operatori sanitari a seguito di episodi di violenza o le segnalazioni relative a comportamenti aggressivi o a minacce verbali subite nel corso dell'attività lavorativa. Fonti di tali dati possono essere: segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale, denuncia di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso e altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza occorso. L'analisi dovrebbe consentire di identificare la frequenza e severità degli episodi, utile per verificare le successive azioni di miglioramento, nonché mettere in evidenza l'esistenza di fattori favorenti che potrebbero essere rimossi mediante modifiche dei luoghi di lavoro, cambiamenti procedurali o addestramento del personale;

- **conduzione di indagini ad hoc presso il personale:** importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l’uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate. La somministrazione di un questionario può, inoltre, essere opportuna ogni qualvolta vengano realizzate importanti modifiche lavorative o dopo la segnalazione di un episodio di violenza; in tali casi può aiutare a identificare nuovi o sconosciuti fattori di rischio o carenze relative a protocolli, procedure o controlli.

- **analisi delle condizioni operative e dell’organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio:** personale addestrato dovrebbe periodicamente effettuare sopralluoghi negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento a quelli in cui si è verificato un recente episodio di violenza, al fine di identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni che possono favorire atti di violenza. Il sopralluogo dovrebbe consentire di:
 - analizzare l’incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche di aggressore e vittima, la successione di eventi prima e durante l’incidente. In questa fase può essere utile acquisire il rapporto e le indicazioni delle Forze di Polizia;
 - identificare attività lavorative, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato;
 - rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti (ad esempio, quelli affetti da patologie psichiatriche o sotto effetto di droghe, alcool), alle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, e/o scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro.ecc.); alle attività lavorative.

4.3. Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo

Dopo che i rischi sono stati identificati attraverso l'analisi delle situazioni, bisogna definire le soluzioni, di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche, necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili.

Misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate:

- valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;
- valutare la necessità di installare, e mantenere 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. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;
- installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio. In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy;
- assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
- assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare *fattori stressogeni*;
- garantire, al fine di limitarne l'accesso, 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), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
- prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;

- mantenere in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e chiuderle sempre a chiave.

Misure organizzative

Le misure organizzative riguardano le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative. I cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire ad impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza.

Alcune azioni da compiere da parte della Direzione sono:

- esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;
- stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);
- regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria, assegnando un pass 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;
- predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;
- assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa;
- definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza;
- assicurare sempre, all'atto di una visita, di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale;
- scoraggiare il personale 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;

- prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;
- assicurarsi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;
- sviluppare 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;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
- registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione.

Gestione degli episodi di violenza

Ogni programma di prevenzione dovrebbe assicurare un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza. Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compreso una valutazione psicologica, a prescindere dalla severità del caso. Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari. Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

4.4. Formazione del personale

La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore.

Formazione rivolta a tutti gli operatori

Ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di “precauzioni universali della violenza”, che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio dovrebbero poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l’attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti.

Formazione per il management

I dirigenti e i coordinatori dovrebbero essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.

Formazione per il personale di sicurezza

Il personale di sicurezza richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.

5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale

La Direzione Aziendale è invitata a favorire lo sviluppo e l'implementazione della presente Raccomandazione. Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzare la presente Raccomandazione devono predisporre una propria procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori.

5.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione

Si raccomanda di monitorare attivamente gli interventi attuati rispetto alla procedura adottata per prevenire atti di violenza a danno degli operatori.

5.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali.

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 della Salute.

6. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso "Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella".

La presente Raccomandazione è stata elaborata dal dottor Paolo Cantaro e dal dottor Salvatore Scarlata dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania.

L’Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Angela De Feo, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Giuseppe Murolo, Maria Concetta Patisso, Claudio Seraschi) del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ha curato la revisione insieme alla dott.ssa Piera Poletti ed al “Gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti”.

La Raccomandazione è stata quindi sottoposta ad un processo di consultazione con esperti delle seguenti Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Centri ed Istituzioni che si ringraziano per la collaborazione fornita: ANMDO, Croce Rossa Italiana, FIASO, FISM, FNOMCeO, FNCO, IPASVI, ISPESL, SIAARTI, SIC, SIGO, SIMG, SIMEU, SIQuAS-VRQ, SIP, Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale, Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana Sistemi 118, INAIL, SIMLII, Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Centro di Riferimento per la regione Lazio per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio emarginazione.

7. Riferimenti bibliografici

1. U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. Washington, DC: DOL, 2001.
2. The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
3. Dati INAIL, Andamento degli infortuni sul lavoro. Numero 1, gennaio 2007.
4. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh
5. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. OSHA 3148-01R. U.S. Department of Labor, 2004. <http://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>
6. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International - Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva 2002.