

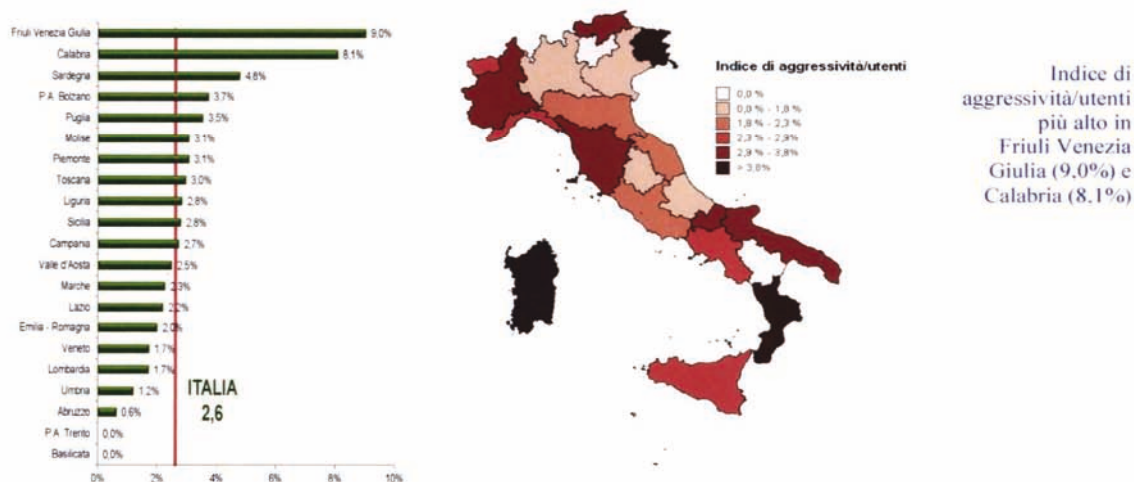
continua

Regione	Episodi di violenza fisica agli operatori e alle infrastrutture	N. violenze/N.utenti (indice di aggressività)
Valle d'Aosta	2	2,5%
Veneto	46	1,7%
Totale	905 (100%)	2,6%
Medie	43	

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Rapportando gli episodi di violenza sul numero di utenti, le Regioni che hanno l'indice di aggressività più alto risultano essere il Friuli Venezia Giulia (9,0%), la Calabria (8,1%) seguite dalla Sardegna (4,8%), dalla Provincia Autonoma di Bolzano (3,7%) e dalla Puglia (3,5%). Per contro le Regioni con più basso indice di aggressività sono la Provincia Autonoma di Trento e la Basilicata (0,0%) e l'Abruzzo (0,6%) (Figura 8).

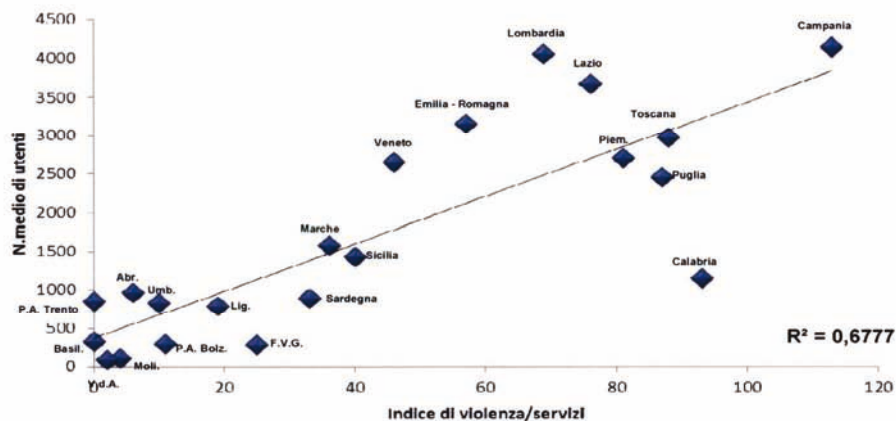
Figura 8: Distribuzione dell'indice di aggressività (n. episodi di violenza/n. utenti) per Regione negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Effettuando uno studio sulle correlazioni, tra l'indice di violenza nei servizi e il numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica negli ultimi 12 mesi, mostra che con l'aumentare del numero medio di utenti aumenta a sua volta anche il numero di episodi di violenza.

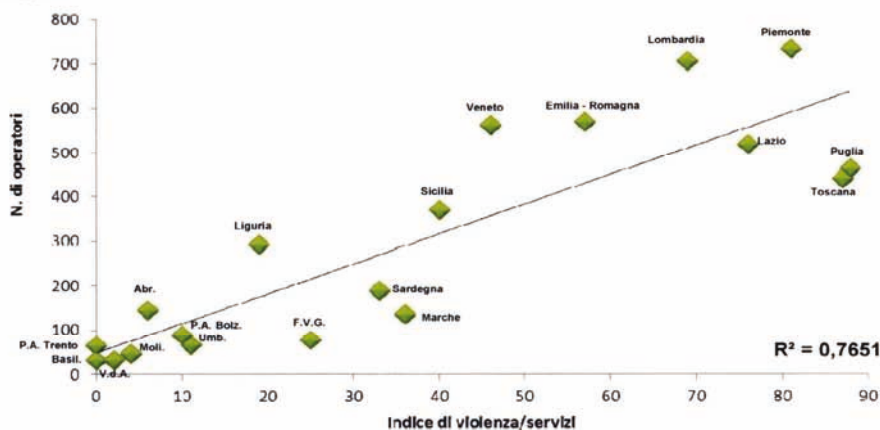
Figura 9: Analisi dell'indice di violenza/servizi con il numero medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Si evince una correlazione tra l'indice di violenza e il numero di operatori, infatti si osserva che all'aumentare dei valori dell'indice di violenza si registra un numero di operatori più elevato (per migliorare la correlazione sono state tolte regioni "outliers", Calabria e Campania) (Figura 10).

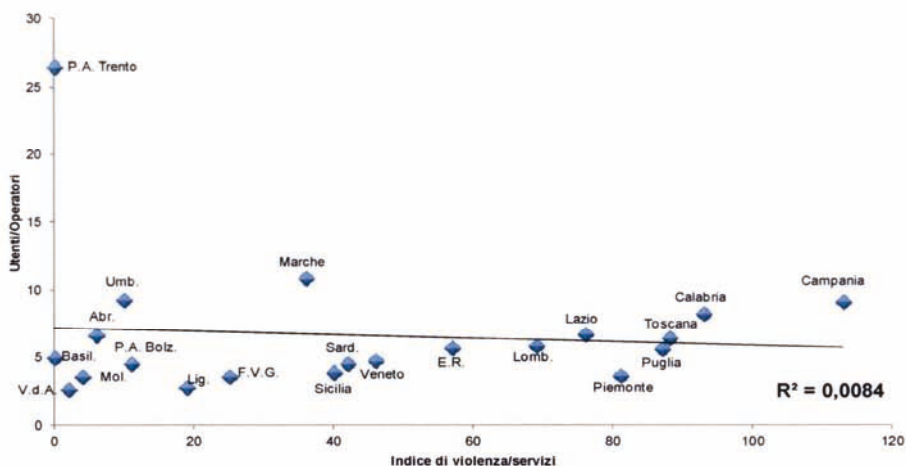
Figura 10: Analisi dell'indice di violenza/servizi con il numero di operatori negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Analizzando la correlazione tra l'indice di violenza nei servizi ed il rapporto tra utenti ed operatori è risultato che non esiste alcuna correlazione tra questi l'indice di violenza e il rapporto utenti su operatori.

Figura 11: Analisi dell'indice di violenza/servizi con il rapporto utenti/operatori (ultimi 12 mesi).



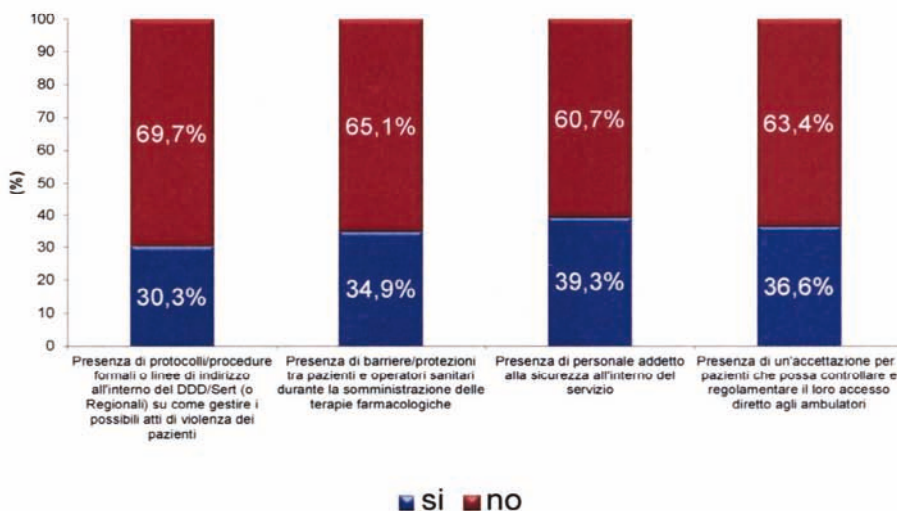
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

2.2 – Misure di sicurezza

Mediante il questionario inviato ai referenti dei Ser.T. sono state chieste informazioni circa le quattro più comuni misure di sicurezza adottate e/o presenti all'interno della struttura. Dalle analisi, purtroppo, emerge che solo il 30,3% dei Servizi ha protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, il 34,9% ha barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari, il 39,3% ha personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio ed infine il 36,6% dei servizi ha l'accettazione per i pazienti che possa controllare e regolamentare il loro accesso diretto agli ambulatori (Figura 12).

Bassa presenza delle misure di sicurezza protezione

Figura 12: Distribuzione delle singole misure di sicurezza adottate e/o presenti nei Ser.T. negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Per capire meglio il fenomeno della violenza nei Ser.T., le misure di sicurezza

adottate e/o presenti nei Ser.T. sono state suddivise in classi di protezioni:

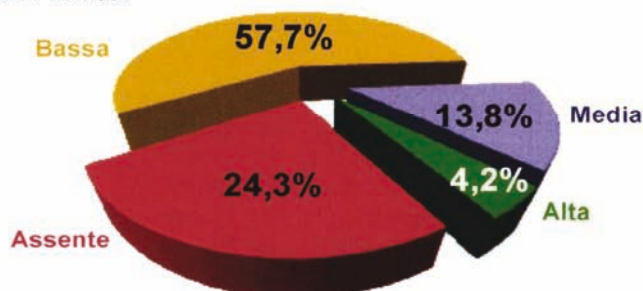
1. **Assente** nessuna misura specifica presente nei servizi;
2. **Bassa**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo e accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori;
3. **Media**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori e barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche;
4. **Alta**: protocolli/procedure formali o linee di indirizzo, accettazione per i pazienti con controllo dell'accesso diretto agli ambulatori, barriere/protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche e personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio e all'accettazione dei pazienti.

4 classi di protezione: assente, bassa, media e alta

I risultati mostrano che dei 478 Ser.T., il 24,3% di essi non possiede alcune misure di sicurezza (116), il 57,7% si trova in corrispondenza della classe bassa (276), il 13,8% nella classe media (66) ed il 4,2% in quella alta (20).

Oltre l'80% dei Ser.T. non ha misure di sicurezza

Figura 13: Classificazione in base alle varie Misure di sicurezza e protezione adottate nei Ser.T. negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

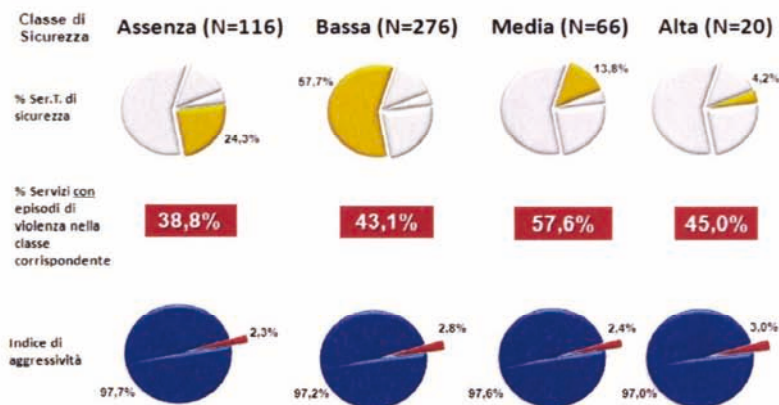
Dallo studio delle misure di sicurezza adottate e/o presenti nei Servizi per le Tossicodipendenze, si osserva che i servizi che riportano percentuali di episodi di violenza più elevate, appartengono alla classi di protezione «Media» e «Alta»

Più alte misure in Ser.T. con pregressi episodi di violenza e utenza più aggressiva

1. Tra i 66 Ser.T. appartenenti alla classe di protezione «Media», il 57,6% dichiara di aver avuto episodi di violenza (danni alle infrastrutture o danni alla persona od entrambi) con un indice di aggressività pari al 2,4%;
2. La classe di protezione «Alta», rappresentata da 20 Ser.T., evidenzia un 45,0% di episodi di violenza, con un indice di aggressività pari al 3,0%;
3. Dei 276 Ser.T. appartenenti alla classe di protezione «Bassa», il 43,1% ha asserito di aver avuto episodi di violenza.

Infine, dei 116 Ser.T. che hanno «Assenza» di misure di sicurezza, il 38,8% ha dichiarato di aver avuto episodi violenti (Figura 14).

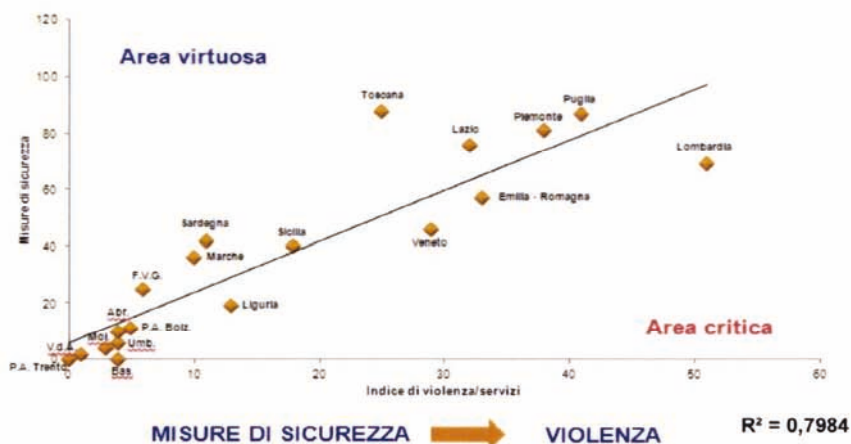
Figura 14: Misure di sicurezza e protezione adottate e/o presenti nei Ser.T. per classi negli ultimi 12 mesi.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Questi risultati potrebbero essere indicativi del fatto che i Ser.T. adottano misure di sicurezza non a scopo preventivo, ma come reazione ad episodi e quindi in difesa ed in seguito a danni subiti alla persona o alle infrastrutture (Figura 16). Anche in questo caso, per migliorare la correlazione sono state tolte le regioni "outliers" Calabria e Campania).

Figura 15: Analisi dell'indice di violenza/servizi e misure di sicurezza (ultimi 12 mesi).

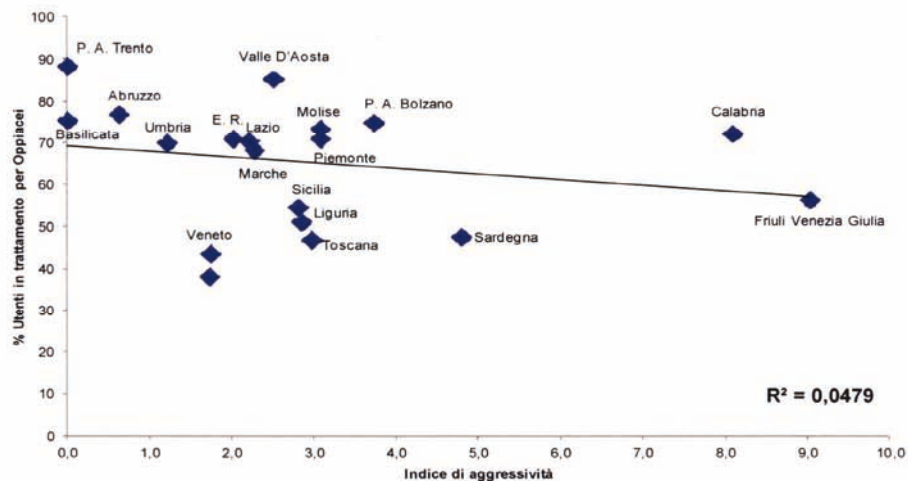


Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Analizzando la correlazione tra la percentuale del numero di soggetti in trattamento per sostanza primaria presso i Ser.T. e l'indice di aggressività, è risultato che non esiste alcuna correlazione tra l'indice di aggressività e la percentuale di soggetti in trattamento per uso dei vari tipi di sostanze illecite. In particolare non si è trovata conferma dell'ipotesi che si potesse avere un aumento dell'aggressività (e quindi degli episodi di violenza) in relazione all'aumento della % degli utenti con uso di sostanze eccitanti (cocaina, amfetamine, ecc...).

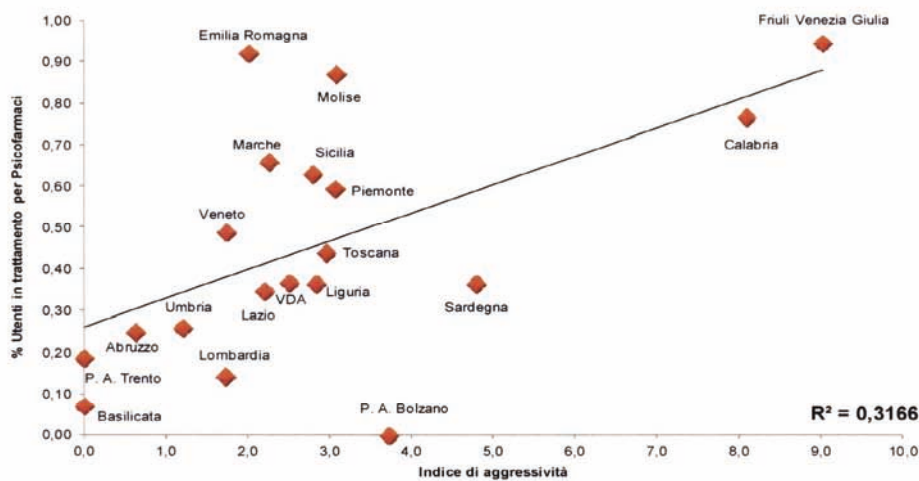
Non correlazione dell'indice di Aggressività e sostanze primarie utilizzate

Figura 16: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Oppiacei**.



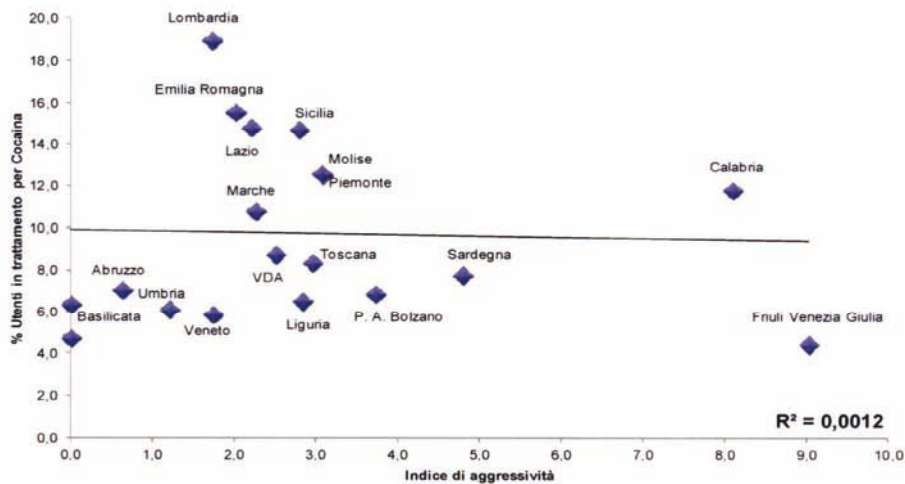
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 17: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Psicofarmaci**.



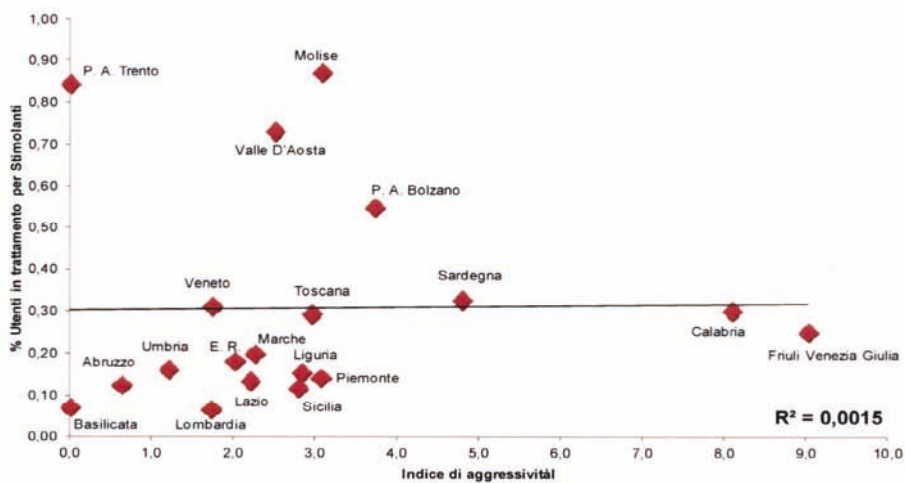
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 18: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Cocaina.**



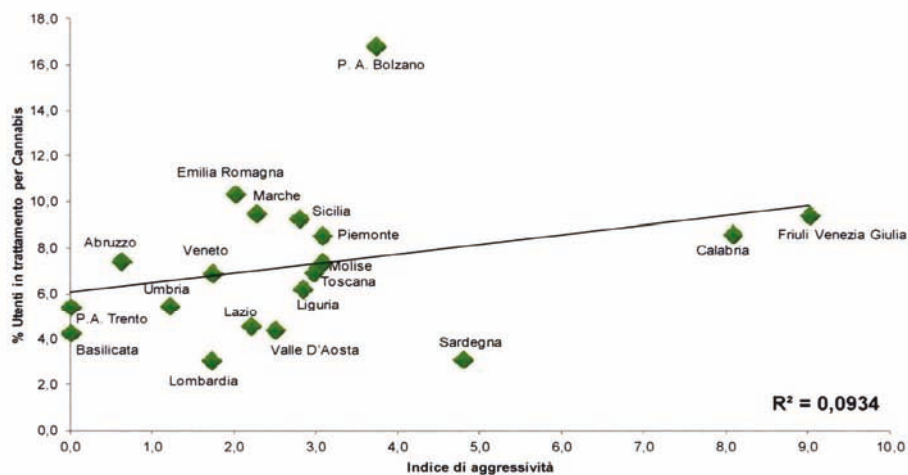
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 19: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Stimolanti.**



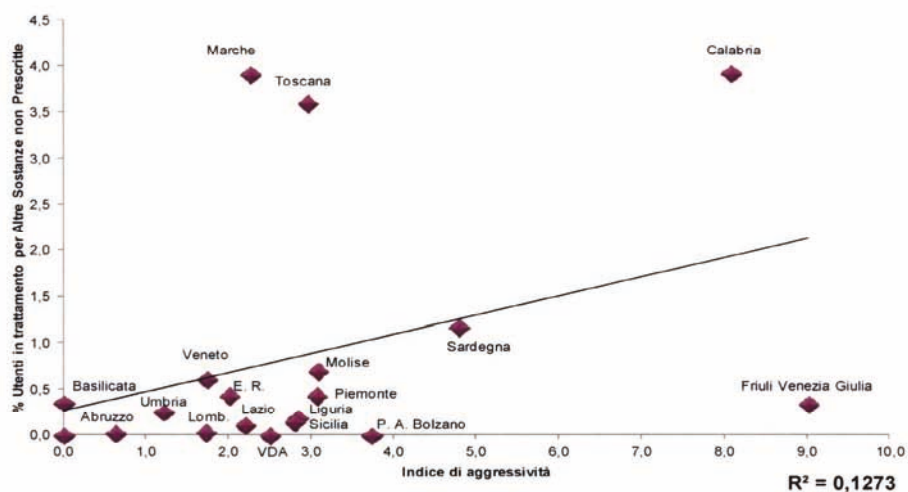
Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 20: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Cannabis**.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 21: Analisi dell'indice di aggressività e utenti in trattamento per sostanza primaria **Altre Sostanze non Prescritte**.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

2.3 Conclusioni

Prima di tutto vogliamo ringraziare gli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze per la grande partecipazione dimostrata da questa indagine.

Il problema della sicurezza e protezione degli operatori dei Ser.T. è risultato rilevante e da affrontare tempestivamente. Il quadro rilevato, infatti, mostra una situazione preoccupante con l'82% dei servizi che hanno misure di protezione totalmente assenti o basse. Questa osservazione acquista ulteriore peso se valutata anche alla luce del dato di "evenienza di violenza" ad operatori o strutture che è risultato nel suo complesso del 44% dei Ser.T. . E' chiaro che si impone una rivalutazione degli assetti di sicurezza da attivare e mantenere all'interno dei Ser.T. per evitare e prevenire quanto più possibile non solo episodi estremi di

violenza fisica o psicologica ma, anche il distress professionale derivante dal lavorare costantemente in una condizione percepita come a bassa protezione.

Le difficili condizioni di malattia e sociali dei pazienti tossicodipendenti li espongono spesso a deficit del controllo comportamentale e a disturbi psichiatrici con slatentizzazione di aggressività che non possono essere sottovalutati né possono essere fonte di discriminazione nei loro confronti. Al contrario tali condizioni devono essere correttamente gestite con misure preventive, sia ambientali che procedurali e relazionali che non possono essere disattese.

Servono specifici programmi Regionali di prevenzione del rischio professionale specifico per i Dipartimenti delle Dipendenze. Questi programmi dovrebbero far parte delle dotazioni e dei criteri di qualità necessari per raggiungere gli standard minimi di sicurezza che consentono di accreditare le varie strutture socio – sanitarie presenti nei Dipartimenti delle Dipendenze come idonee all'ordinario funzionamento in condizioni di sicurezza sia per i pazienti sia per gli operatori.

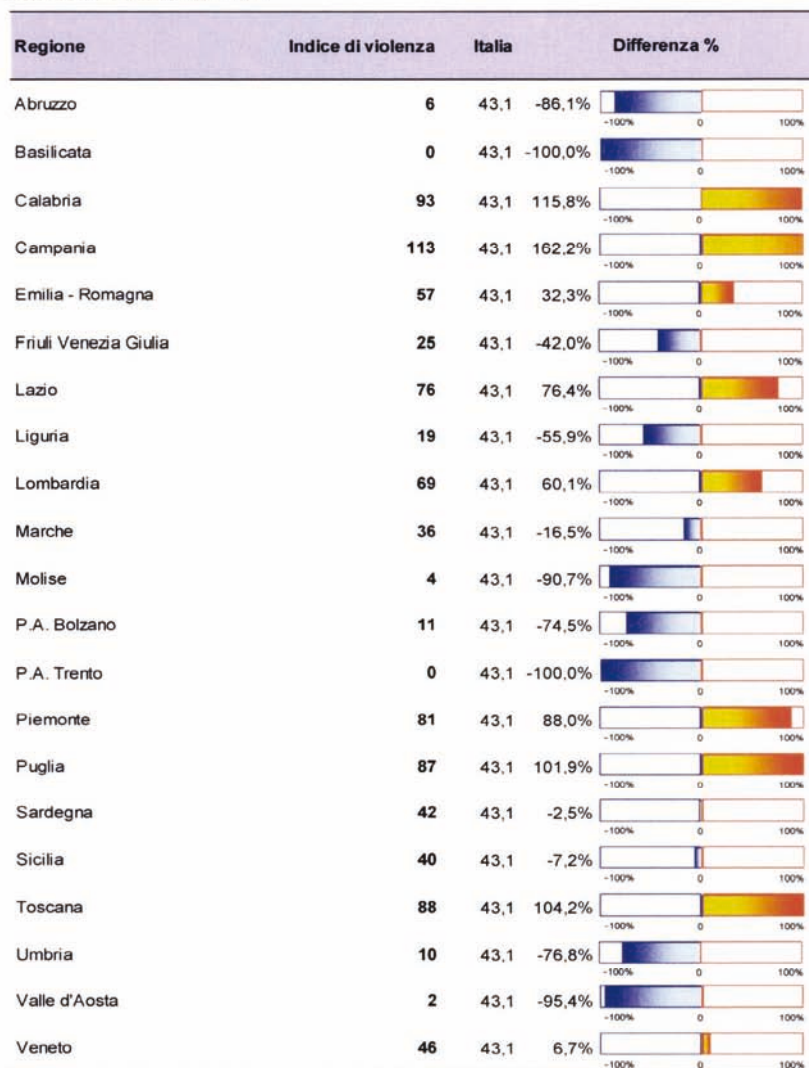
Si impone, quindi, la convenienza di uno sforzo comune tra gli amministratori centrali e le Regioni e Province Autonome al fine di arrivare a definire le Linee di Indirizzo Nazionali condivise e sostenibili.

Il Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema dell'Ufficio III, nel novembre 2007 ha pubblicato la Raccomandazione n. 8 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Con tale documento "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". Obiettivo principale della raccomandazione è proprio "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".

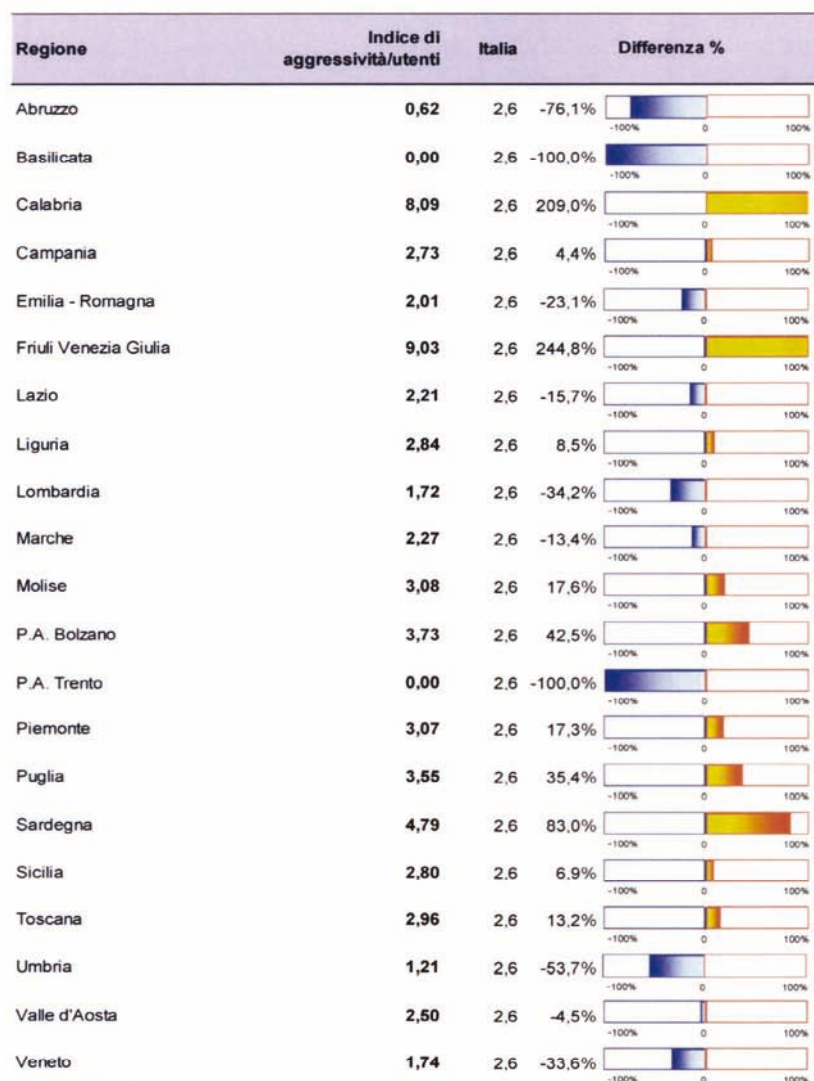
Per sostenere questa necessità di cambiamento virtuoso e alla luce di quanto risultato dall'indagine qui presentata e della necessità di prevenire atti di violenza contro gli operatori sanitari (già sottolineata dalla Raccomandazione n°8 del Ministero della Salute), il Dipartimento Politiche Antidroga ha messo in programma uno specifico progetto nazionale da poter attuare nel 2014 in stretta collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome che vorranno partecipare, al fine di far aumentare preventivamente i livelli di sicurezza e protezione per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei loro pazienti.

2.4 Delta System

Figura 22: Scostamento dell'indice di violenza per Regione negli ultimi 12 mesi e confronto con il dato Nazionale.



Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Figura 23: Indice di aggressività (n. episodi di violenza/n. di utenti) per Regione negli ultimi 12 mesi.

Fonte: Elaborazioni DPA su dati inviati dai Dipartimenti delle Dipendenze

Allegato - Scheda raccolta dati

Figura 24: Scheda raccolta dati rivolta ai referenti dei Servizi per le Tossicodipendenze



**Indagine conoscitiva sulla sicurezza e protezione degli operatori
e dei pazienti nei Dipartimenti delle Dipendenze**

Regione/Provincia autonoma

ASL

Sert di

Indirizzo:

Responsabile del Sert

Telefono (fisso e mobile):

Email:

Si prega di inviare la scheda seguente debitamente compilata via fax al numero 06/6779.6843 oppure via e-mail all'indirizzo di posta elettronica dipartimentoantidroga@governo.it entro venerdì 20 settembre p.v.

	Numero
1 N. eventuali episodi di violenza fisica diretti agli operatori sanitari negli ultimi 12 mesi	
2 N. atti di violenza e danni diretti alle infrastrutture negli ultimi 12 mesi	
3 N. segnalazioni formali fatte per episodi soprariportati negli ultimi 12 mesi a:	
• Amministrazione di appartenenza	
• Forze dell'Ordine	
4 N. di interventi delle Forze dell'Ordine su chiamata negli ultimi 12 mesi	
5 N. operatori coinvolti che hanno riportato lesioni con successive dichiarazioni di infortunio negli ultimi 12 mesi	
6 N. medio di utenti giornalieri in terapia farmacologica	

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

7	N. operatori (full-time e part-time) che lavorano presso l'unità operativa negli ultimi 12 mesi	
8	Misure di sicurezza adottate e/o presenti:	
	• Esistono protocolli / procedure formali o linee di indirizzo all'interno del Dipartimento delle Dipendenze/Sert (o Regionali) su come gestire i possibili atti di violenza dei pazienti?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	• Esistono barriere / protezioni tra pazienti e operatori sanitari durante la somministrazione delle terapie farmacologiche?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	• Esiste personale addetto alla sicurezza all'interno del servizio?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	• Esiste una accettazione per i pazienti che possa controllare e regolamentare il loro accesso diretto agli ambulatori?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	• Altre misure eventualmente adottate	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
	Specificare:	SI <input type="checkbox"/>

Note aggiuntive e commenti:

Grazie della gentile collaborazione.

ALLEGATI**1. Aspetti metodologici dello studio GPS-DPA**

I criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e della realizzazione dello studio di popolazione generale sono stati ampiamente descritti nel documento "REPORT GPS-ITA 2012 - Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione italiana 18-64 anni", pubblicato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2012 mediante invio del questionario postale a 60.000 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 19.294, con una percentuale di adesione allo studio pari al 33,4%, di cui 396 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

Alta percentuale di adesione al questionario postale

Tabella 1: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione generale 18-64 anni per ripartizione geografica. Anno 2012

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari considerati per analisi	% di adesione allo studio
Italia nord-occidentale	16.961	648	5.892	36,1
Italia nord-orientale	9.363	244	3.634	39,9
Italia centrale	16.807	560	5.362	33,0
Italia meridionale	9.718	543	2.439	26,6
Italia insulare	7.153	262	1.571	22,8
Totale	60.002	2.257	18.898	32,7

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

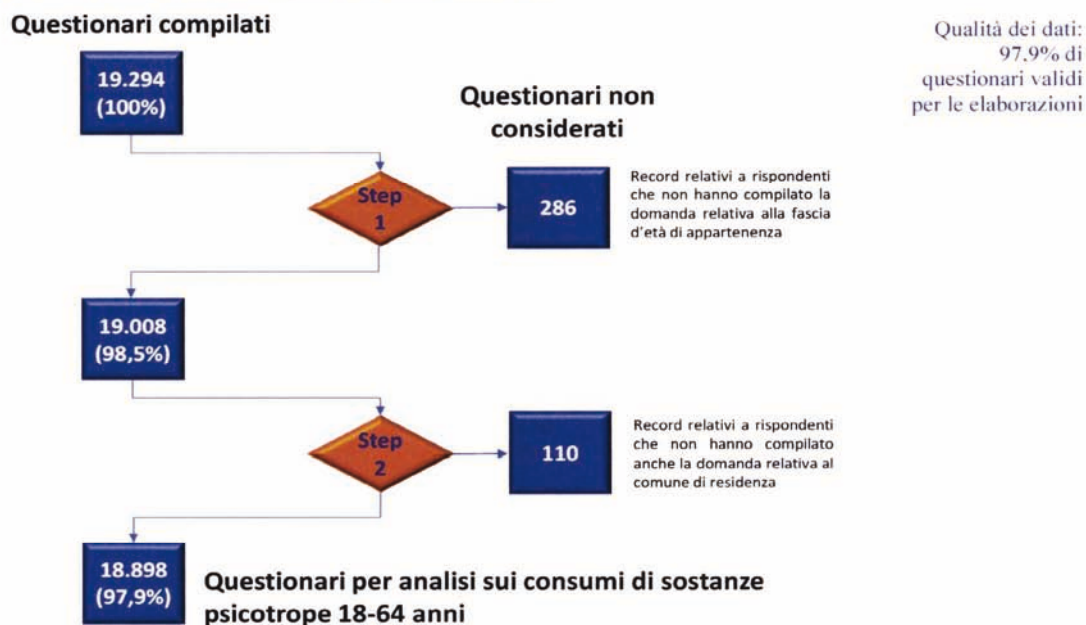
Osservando le percentuali di adesione allo studio nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti al nord-est hanno un tasso di risposta maggiore (39,9%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole hanno la percentuale di adesione minore (rispettivamente 26,6% e 22,8%).

Tasso di risposta maggiore per il nord-est

L'analisi della qualità delle informazioni è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dei questionari "non utilizzabili" nelle successive elaborazioni dei dati. Nello schema riportato di seguito (Figura 1) sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi.

I 396 questionari eliminati dalle analisi successive sono stati ritenuti "non utilizzabili" in quanto assente l'informazione sull'età del rispondente e sul comune di residenza, elementi indispensabili per il calcolo dei pesi campionari da utilizzare per la stima delle prevalenze di consumo nell'intera popolazione di riferimento.

Un ulteriore controllo di qualità è stato effettuato sui 18.898 questionari da elaborare, al fine di verificare e correggere eventuali inconsistenze interne dovute ad errori di compilazione da parte dei rispondenti.

Figura 83: Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2012

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista metodologico va evidenziato che la particolarità del fenomeno oggetto di studio ed il metodo di rilevazione adottato, pur fornendo una maggiore affidabilità delle informazioni rilevate, influiscono sul livello di rispondenza, portando quindi ad una distorsione dell'informazione rilevata.

L'esperienza di tutta l'epidemiologia, inoltre, è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile oggetto di studio, che nel caso di quest'indagine si traduce nel fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (in questo caso i dati stimati sottostimerebbero il fenomeno), oppure molto di meno (in questo caso si avrebbe una sovrastima del fenomeno). L'ipotesi più probabile e attendibile per l'indagine GPS-DPA è la prima, i profili e gli andamenti stimati da queste indagini andranno quindi confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.

2. Aspetti metodologici dello studio SPS-DPA

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio

Disegno di campionamento

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle classi di un intero percorso scolastico. Le unità statistiche dello studio sono rappresentate da tutti gli studenti frequentanti ogni classe campionata, selezionati mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nelle Tabelle 2 e 3.

Tecniche di
campionamento
idonee a garantire
l'affidabilità dei dati

Tale procedura consente da un lato, di ottenere una struttura del campione che riproduce fedelmente quella della popolazione studentesca, e dall'altro di migliorare sensibilmente l'efficienza del campionamento.

Tabella 2: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2014

Regione	Totale istituti	Campione di scuole	Questionari compilati e considerati per analisi
Abruzzo	188	16	654
Basilicata	114	13	597
Calabria	321	25	1.238
Campania	927	69	3.546
Emilia Romagna	355	31	1.785
Friuli Venezia Giulia	143	14	733
Lazio	649	52	2.095
Liguria	138	15	691
Lombardia	1.010	83	5.121
Marche	186	16	1.012
Molise	46	10	758
Piemonte/ Valle D'Aosta	432	42	2.100
Puglia	498	43	2.037
Sardegna	228	27	1.104
Sicilia	767	65	2.605
Toscana	377	33	1.331
Trentino Alto Adige	129	14	619
Umbria	103	12	781
Veneto	476	39	2.854
Totale	7.087	619	31.661

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 3: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2014

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	5	5	3	3	16
Basilicata	4	3	4	2	13
Calabria	8	8	6	3	25
Campania	26	25	12	6	69
Emilia Romagna	10	10	8	3	31
Friuli Venezia Giulia	4	5	3	2	14
Lazio	21	17	8	6	52
Liguria	6	4	3	2	15
Lombardia	33	24	14	12	83
Marche	5	5	4	2	16
Molise	3	2	2	3	10
Piemonte/ Valle D'Aosta	15	13	9	5	42
Puglia	13	15	10	5	43
Sardegna	10	8	6	3	27
Sicilia	23	22	13	7	65
Toscana	12	10	7	4	33
Trentino Alto Adige	4	5	2	3	14
Umbria	4	3	3	2	12
Veneto	14	12	8	5	39
Totale	220	196	125	78	619

Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (regione e tipo di istituto scolastico) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.