

ATTI PARLAMENTARI

XIX LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CCXXII**
n. 1

RELAZIONE

SULL'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'OSSE

RATORIO NA-
ZIONALE SULLA SICUREZZA DEGLI ESERCENTI LE
PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

(Anno 2022)

(*Articolo 2, comma 4, della legge 14 agosto 2020, n. 113*)

Presentata dal Ministro della salute

(SCHILLACI)

Trasmessa alla Presidenza il 20 marzo 2023

PAGINA BIANCA

0004051-02/03/2023-GAB-MDS-A - Allegato Utente 1 (A01)



Ministero della Salute



Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie

Relazione attività anno 2022

PAGINA BIANCA

Sommario

Premessa: l’Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS).....	5
1. Inquadramento del fenomeno a livello globale.....	9
2. Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni.....	21
Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari.....	22
L’indagine del Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute	28
La Survey dell’ONSEPS per i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario	29
I Rapporti Regionali e delle Province Autonome	31
Sintesi: gli Indicatori comuni.....	81
L’ambito di indagine dell’ONSEPS: le indicazioni della legge n. 113 del 2020	84
Il SIMES - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.....	86
I dati INAIL	88
I dati raccolti dagli Ordini professionali	96
Altri contributi.....	108
Contributi di altri componenti dell’ONSEPS	108
Contributi di enti esterni all’ONSEPS	119
Le variabili essenziali da rilevare.....	121
3. Studio e monitoraggio delle misure di prevenzione	123
Raccomandazione ministeriale N. 8.....	125
Piano Nazionale della Prevenzione	127
Contributi dei componenti dell’ONSEPS - Alcune esperienze regionali e altre iniziative	129
Questionario inviato al Coordinamento del Gruppo tecnico interregionale salute e sicurezza sul lavoro	135
4. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari. Comunicazione. Promozione delle buone prassi	141
Formazione.....	141
Agenas - La formazione continua per la sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie. Stato dell’arte.....	142
Esperienze di formazione presentate dai componenti dell’ONSEPS	145
Questionario inviato al Coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro – Area Formazione	155
Comunicazione e informazione.....	159
5. Proposte, conclusioni e obiettivi futuri	163
Proposte dell’ONSEPS.....	163
Conclusioni e obiettivi 2023	164
Bibliografia essenziale	169
Principali acronimi contenuti nel testo.....	177

PAGINA BIANCA

Premessa: l’Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS)

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescita esponenziale e preoccupante di episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro *caregiver*, che si traducono in aggressioni fisiche, verbali o di comportamento. La preoccupazione di fronte a tali episodi ha portato le diverse istituzioni operanti nel sistema a realizzare nel tempo specifici monitoraggi, documenti, raccomandazioni con finalità diverse, e proprio con l’obiettivo di assicurare un lavoro sinergico da parte delle istituzioni, il legislatore ha ritenuto necessario individuare un apposito organismo che coinvolgesse tutti gli *stakeholder* di riferimento.

In tale contesto la legge 14 agosto 2020, n. 113 avente ad oggetto “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”, all’art. 2, ha previsto l’istituzione dell’Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti.

L’Osservatorio è stato istituito, presso il Ministero della salute, con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell’interno e dell’economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, del 13 gennaio 2022, ed è costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne. I componenti dell’ONSEPS sono stati nominati con decreto del Ministro della salute del 17 febbraio 2022.

Componenti dell’ONSEPS sono:

- un rappresentante per ciascuna delle seguenti Direzioni Generali del Ministero della Salute:
 - Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale;
 - Direzione generale della prevenzione sanitaria;
 - Direzione generale della programmazione sanitaria;
 - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.
- un rappresentante per ciascun Consiglio/Federazione degli Ordini professionali interessati:
 - CNOAS - Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali;
 - CNOP - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi;
 - FNCF – Federazione nazionale degli ordini dei Chimici e dei Fisici;
 - FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri;
 - FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni infermieristiche;
 - FNOPO – Federazione Nazionale Ordini professioni Ostetriche;
 - FNOVI - Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani;
 - FNO TSRM e PSTRP - Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione;
 - FOFI - Federazione Ordini Farmacisti Italiani;
 - ONB - Ordine Nazionale dei Biologi;
- un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale:
 - AAROI EMAC - Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica;
 - ANAAO ASSOMED - Associazione Medici Dirigenti;
 - ANPO-ASCOTI-FIALS Medici Associazione Primari Ospedalieri;
 - CGS - Confederazione Generale Sindacale;
 - CIDA - Confederazione Italiana Dirigenti e Alte Professionalità;

- CIMO - Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri;
- CISL FP - Funzione Pubblica;
- CISL medici;
- CODIRP - Confederazione della dirigenza pubblica;
- CONFSAL - Confederazione Generale Sindacati Autonomi Lavoratori;
- COSMED - Confederazione sindacale medici e dirigenti;
- CSE - Confederazione Indipendente Sindacati Europei;
- FASSID - Federazione Patologi clinici, Radiologi, Medici del Territorio, Farmacisti, Psicologi ed altri Dirigenti;
- Federazione CIPE-SISPE-SINSPE - Confederazione Italiana Pediatri - Sindacato Italiano Specialisti Pediatri - Sindacato Italiano Nazionale Specialisti Pediatri;
- Federazione CISL Medici;
- FeSMeD - Federazione Sindacale Medici Dirigenti;
- FESPA – Federazione Specialisti Ambulatoriali;
- FIALS - Federazione italiana Autonomie Locali e Sanità;
- FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;
- FIMP – Federazione Italiana Medici Pediatri;
- FP CGIL - Funzione Pubblica;
- FSI - Federazione Sindacati Indipendenti;
- FVM - Federazione Veterinari Medici e Dirigenti Sanitari;
- NURSIND - Sindacato delle professioni infermieristiche;
- NURSING UP - Sindacato infermieri italiani;
- SiMPeF – Sindacato Medici Pediatri di Famiglia;
- SMI – Sindacato dei Medici Italiani;
- SNAMI – Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani;
- SUMAI ASSOPROF – Sindacato Unico di Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria;
- UIL FPL;
- USAE - Unione Sindacati Autonomi Europei;
- otto rappresentanti delle Regioni individuati da parte della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome:
 - Emilia Romagna;
 - Friuli Venezia Giulia;
 - Liguria;
 - Marche;
 - Molise;
 - Toscana;
 - Umbria;
 - Veneto;
- un rappresentante dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (Agenas);
- un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'Interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- un rappresentante per dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro;
- un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni di settore:
 - FEDERSANITÀ – Confederazione Federsanità ANCI regionali;
 - FIASO – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

All'ONSEPS sono attribuiti i seguenti compiti:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie 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 socio-sanitarie 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;
- 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 socio-sanitarie, 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”.

L'Osservatorio, secondo quanto previsto dalla legge n. 113 del 2020, acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenas, e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità acquisisce i predetti dati dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, istituiti in ogni Regione dalla legge n. 24 del 2017 (c.d. Legge Gelli) e li trasmette tramite l'Agenas.

Entro il 31 marzo di ciascun anno, il Ministro trasmette alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

L'Osservatorio si è insediato l'11 marzo 2022, in occasione della prima “Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari” istituita, dalla medesima legge n. 113 del 2020, il 12 marzo di ogni anno al fine di sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza.

L'ONSEPS si è dotato di un proprio Regolamento di funzionamento. Al fine di snellire i lavori, data la numerosità dei componenti facenti parte dell'Osservatorio (circa 60), si è convenuto sulla necessità di definire una metodica lavorativa distinta per ambiti sulla base dei diversi compiti istituzionali propri dell'Osservatorio.

In particolare, ciascun componente della Commissione, su base volontaria e tenuto conto delle proprie competenze, ha aderito ai gruppi di lavoro di seguito riportati:

- Gruppo di lavoro n. 1: monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (*art. 2, comma 1, lettere a) e b), L. 113/2020*);
- Gruppo di lavoro n. 2: studio e monitoraggio delle misure di prevenzione (*art. 2, comma 1, lett. c) e d), L. 113/2020*);
- Gruppo di lavoro n. 3: promozione delle buone prassi e formazione degli operatori sanitari (*art. 2, comma 1, lett. e) ed f), L. 113/2022*).

L'ONSEPS, nel corso dell'anno 2022, si è riunito 5 volte in seduta plenaria e 8 volte nei tre sottogruppi. Al fine di facilitare i lavori è stata predisposta un'apposita piattaforma dedicata sulla quale ciascun componente ha potuto caricare la propria documentazione condividendola con gli altri, nonché uno

specifico indirizzo di posta elettronica onseps@sanita.it tramite il quale la segreteria dell’Osservatorio poteva interloquire con i componenti medesimi.

La priorità assoluta è stata dettata dalla necessità di reperire i dati ad oggi esistenti sulle aggressioni dei professionisti e sulla base dello studio e dell’analisi condotta avviare le iniziative necessarie per procedere ad uniformare i flussi informativi. Le maggiori difficoltà sono state rilevate soprattutto nel rendere confrontabili i dati pervenuti all’Osservatorio medesimo.

Durante le sedute dell’Osservatorio sono state effettuate specifiche audizioni, nell’ambito delle quali sono stati convocati i rappresentanti di alcune istituzioni quali la Croce Rossa Italiana e l’Associazione Nazionale Medici INPS ANMI – FEMEPA, associazione dei medici legali per illustrare gli aspetti specifici del settore d’interesse.

1. Inquadramento del fenomeno a livello globale

Preliminariamente, si è intesa approfondire e analizzare la letteratura di settore poiché per inquadrare correttamente e in maniera scientifica il fenomeno, è apparso necessario verificare cosa, ad oggi, sia stato prodotto a livello globale.

La sicurezza sul luogo di lavoro costituisce una questione di rilevante e crescente importanza soprattutto in relazione alla necessità di promuovere la salute dei lavoratori in base a specifici obblighi normativi. Questo aspetto risulta ancora più rilevante se si considera il contesto sanitario, per le implicazioni che comporta la sicurezza degli operatori sanitari. Dal 2002 al 2013, gli incidenti che si sono verificati sul luogo di lavoro sono stati, infatti, molto più frequenti per il settore sanitario e di assistenza sociale rispetto ad altre aree (NIOSH, 2015).

L’Osservatorio europeo sui rischi dell’*European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA), ha indicato nella violenza e nelle molestie i rischi psicosociali emergenti in materia di sicurezza e salute (EU-OSHA 2010). Si tratta di un fenomeno in crescita negli ultimi anni in tutto il mondo soprattutto nel settore sanitario, anche in scenari di crisi e di emergenza umanitaria (WHO 2016; Haar et al. 2021), che, oltre a deteriorare le condizioni di lavoro e la qualità della sicurezza delle cure, costituisce uno specifico rischio lavorativo da contrastare tramite idonee misure di prevenzione. L’esposizione alla violenza degli operatori del settore sanitario può risultare anche più di dieci volte superiore a quella di operatori di altri settori (Najafi et al., 2014).

Nella letteratura internazionale sono presenti differenti definizioni per descrivere la violenza sul posto di lavoro tra cui quella del *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) che la identifica come “ogni aggressione fisica o tentativo di aggressione, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro” (NIOSH, 2002). L’OMS e l’Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) hanno proposto congiuntamente una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: “Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio隐含 o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute” (OMS 2002, ILO 2006). Pur riconoscendo una oggettiva difficoltà per la classificazione delle diverse forme di violenza, soprattutto per il frequente sovrapporsi della violenza fisica e psicologica, sono stati definiti i due concetti di violenza fisica e violenza psicologica, quest’ultima per molto tempo sottostimata come rilevanza e frequenza. La violenza fisica si identifica con “l’uso della forza fisica contro una persona o un gruppo che esiti in una lesione fisica, sessuale o psicologica”. La violenza psicologica comporta “l’impiego intenzionale della forza, comprese le minacce del ricorso alla forza fisica, contro una persona o un gruppo che esiti in un danno fisico, mentale, spirituale, morale o sociale”. L’*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) ha adottato una ulteriore definizione: “ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, spaziando da minacce, abuso verbale all’aggressione fisica fino all’omicidio può coinvolgere lavoratori, clienti, utenti e visitatori” (OSHA 2004).

Il notevole e preoccupante incremento del fenomeno a livello globale è testimoniato da un numero crescente di studi presenti in letteratura a livello internazionale rispetto alle decadi precedenti (Caillier, 2021), in particolar modo relativamente alla professione dell’infermiere, considerata la categoria più vulnerabile per la tipologia di lavoro svolto, sempre a stretto contatto con i pazienti e in situazioni non ordinarie che possono generare facilmente tensione (Pich et al., 2017; Iennaco et al., 2013).

Durante la pandemia il ruolo centrale assunto dai professionisti sanitari nel garantire la salute della popolazione, soprattutto in situazioni di emergenza, è risultato di particolare rilevanza, determinando, per converso, e in molte situazioni un aumento del rischio di aggressione e violenza. Aiutare e curare le persone rappresenta, purtroppo spesso e paradossalmente, un rischio per l’incolumità dei professionisti sanitari e sociosanitari (Civillotti et al., 2021). Questo fenomeno si sta manifestando con crescente frequenza e gravità soprattutto in alcuni servizi particolarmente caratterizzati da una gestione di situazioni di emergenza e a

elevata complessità assistenziale, come ad esempio i dipartimenti di emergenza, dove il rischio di aggressione e violenza è diventato molto elevato. Sempre più importante, a questo proposito, risulta la necessità che un numero crescente di operatori sanitari debbano prepararsi a doversi difendere e a imparare le tecniche e le strategie per evitare di subire un evento violento. Questa situazione paradossale sembra costituire un esempio paradigmatico di una società in cui gli episodi di conflittualità, aggressività e violenza, molto spesso connessi anche a una peggiore condizione generale di salute mentale della popolazione, si verificano sempre più spesso anche in contesti di cura ed assistenza.

Pur riconoscendo un chiaro incremento degli episodi di aggressione e violenza, la principale criticità per una possibile e oggettiva analisi delle reali caratteristiche e dimensioni del fenomeno risulta connessa con l'effettiva possibilità di rilevare gli eventi. Sebbene siano molteplici i tentativi di inquadrare il fenomeno da un punto di vista quantitativo, infatti, i dati riportati dai numerosi studi esistenti in proposito risentono di una riconosciuta condizione di sottostima connessa ad una minimizzazione e sottovalutazione anche da parte degli stessi operatori sanitari, vittime delle aggressioni e delle violenze. Questa criticità è determinata soprattutto da problemi di disomogeneità e sotto-notifica nella segnalazione degli eventi da parte degli operatori sanitari, anche per la mancanza di criteri rigorosi e sistematici per la raccolta e l'analisi dei dati.

Questo pone, in primo luogo, la necessità di definire dei criteri condivisi affinché la segnalazione degli eventi sia promossa tra gli operatori sanitari attraverso un adeguato atteggiamento improntato alla assenza di tolleranza e, conseguentemente, accompagnato dalla necessità di individuare sistemi e metodologie di registrazione centralizzati in grado di fornire dati attendibili e omogeneamente raccolti sul territorio nazionale.

Se, da una parte, le principali organizzazioni internazionali quali OMS e ILO indicano che il fenomeno possa riguardare fino al 50% degli operatori (WHO 2002; ILO 2006), la mancata denuncia degli episodi e la mancata richiesta di aiuto nel momento in cui si compie l'aggressione costituiscono, soprattutto in alcuni contesti un fenomeno molto frequente, raggiungendo secondo alcuni studi anche il 70-80% degli episodi (Behnam et al., 2011; Zampieron et al., 2010; Duncan et al., 2000; Pinar e Ucmak, 2011).

I dati raccolti riguardano prevalentemente, come detto, la violenza sugli infermieri perché si ritiene che gli infermieri siano più esposti al rischio stante che la probabilità di aggressione si correla con il tempo trascorso a contatto con il paziente (Phillips, 2016; Nikathil et al., 2017; Varghese et al., 2022).

Per un primo inquadramento generale del fenomeno, uno degli studi più ampi disponibili è costituito da una revisione sistematica (Spector et al., 2014) che ha analizzato i dati provenienti da 160 centri nel mondo su oltre 150.000 infermieri. Lo studio riporta come circa un terzo di questi operatori sanitari subisce una violenza fisica e circa due terzi violenza psicologica o verbale. Secondo questo studio non esiste un contesto esente da episodi di violenza anche se esistono *setting* a rischio più elevato. Inoltre, lo studio evidenzia come da un punto di vista geografico esistano aree che presentano una maggiore frequenza di episodi, soprattutto nei Paesi anglosassoni dove, probabilmente, è maggiormente diffusa la cultura della segnalazione con minore accettazione del fenomeno, e altri caratterizzati da una minore frequenza (o minore segnalazione/maggiore accettazione), come l'Europa. A tale riguardo, una *survey* condotta dall'EU-OSHA ha evidenziato come negli stati membri dell'Unione Europea non vi sia ancora un livello sufficiente di consapevolezza e di capacità di riconoscere sul fenomeno della violenza sul posto di lavoro (EU-OSHA 2010). Anche una revisione sistematica condotta su studi realizzati in Spagna conferma che, nonostante il fenomeno sia in aumento negli ultimi anni, raramente gli episodi sono denunciati e registrati (Serrano Vicente et al., 2019).

Negli Stati Uniti circa un quarto dei medici in servizio presso reparti di emergenza-urgenza subisce violenza (Kowalenko et al., 2012, 2013; Pompei et al., 2015). Sempre negli Stati Uniti, secondo uno studio, il 78% dei medici che lavorano in pronto soccorso aveva subito violenza nel corso dell'ultimo anno (75% violenze verbali, 21% violenza fisica, 5% scontri esterni al luogo di lavoro, 2% *stalking*) (Benham et al., 2011).

Le violenze contro gli operatori sono riportate, in ogni caso, come una sfida di sanità pubblica ovunque in tutti i Paesi del mondo, ma soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, dove le condizioni e i servizi di assistenza sono molto limitati. A tal proposito, una recente revisione sistematica condotta su studi realizzati in Africa riporta una prevalenza tra il 9 e il 100%, con il dato più elevato rilevato in Sudafrica (54-100%) ed Egitto (59,7-86,1%) (Njaka et al., 2020). In tale contesto, le tipologie di violenza perpetrata sono costituite soprattutto da violenze verbali, fisiche, psicologiche e da molestie sessuali. Le variabili più correlate con gli eventi sono il genere, l'età, i turni, il dipartimento di emergenza e quello psichiatrico, lo stato maritale. In questi Paesi non esistono, peraltro, politiche e strategie di gestione sulla violenza. Anche in Asia il fenomeno è studiato approfonditamente rilevando caratteristiche simili a quelle messe in evidenza, con alcuni aspetti in comune con quanto riportato nel continente africano rispetto a servizi scarsi e mal amministrati, alla differenza tra ospedali pubblici e privati e a un'immagine negativa dei medici riportata dai media (Kumari et al., 2020).

A livello globale, una prima introduttiva revisione della letteratura, effettuata nell'ambito dell'ONSEPS, ha evidenziato un importante incremento negli ultimi anni del numero degli studi condotti in tutto il mondo su aggressioni e violenze nei confronti dei professionisti sanitari, confermato anche da un significativo aumento degli studi di maggiore qualità e rilevanza scientifica per la definizione di evidenze, ovvero revisioni sistematiche e meta-analisi pubblicate soprattutto nell'arco degli ultimi cinque anni. Le tematiche e i contesti in cui tali studi sono stati condotti sono diversi. L'ambito professionale maggiormente esplorato si conferma quello degli infermieri, in secondo luogo quello dei medici. Una revisione sistematica pubblicata nel gennaio 2022 (Chakraborty et al., 2022) condotta sulla violenza contro medici e infermieri attraverso una selezione di 22 studi pubblicati tra il 2010 ed il 2020, mette in evidenza otto temi salienti secondo cui inquadrare e rappresentare il fenomeno (tipo e prevalenza della violenza, gruppi vulnerabili, luogo della violenza nei servizi sanitari, soggetti determinanti l'atto di violenza, cause della violenza, reportistica sulle violenze, conseguenze e strategie di mitigazione), come di seguito riportato. Altro materiale utilizzato per questa analisi introduttiva del fenomeno a livello globale, è costituito dal documento scientifico sul fenomeno che FNOMCeO ha presentato nell'ambito del corso FAD “Violenza nei confronti degli operatori sanitari” rivolto ai medici.

Tipologia di violenza

Come indicato nella definizione del NIOSH (NIOSH, 2002), esistono varie tipologie di violenza che gli operatori sanitari e, in particolare, gli infermieri possono subire suddivise in (Hesketh et al., 2003):

- aggressione fisica (es. essere spinti, colpiti, ricevere sputi);
- tentativo di aggressione (verbale o scritta con intenzione di recare danno);
- aggressione emotiva, che si esplicita con atteggiamenti dannosi (insulti, gesti, umiliazione davanti al gruppo di lavoro, coercizione);
- molestia sessuale verbale (domande intime non desiderate o richiami di natura sessuale);
- violenza sessuale (qualsiasi contatto o atto sessuale forzato).

Le forme di violenza verbale più frequenti sono insulti e urla; mentre ricevere una spinta è la forma di violenza fisica più frequente. 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 può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi (Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, 2007). Le aggressioni tendono infatti a seguire lo stesso schema e sono prevalentemente verbali e psicologiche, spesso accompagnate da minacce (Serrano Vicente et al., 2019).

In merito alla definizione delle diverse tipologie di violenza, si riporta di seguito, ai fini di una corretta classificazione e definizione degli eventi, il breve glossario tratto dal documento scientifico sul fenomeno che FNOMCeO ha proposto nell'ambito del corso FAD “Violenza nei confronti degli operatori sanitari” rivolto ai medici (Ministero della Salute, 2012; World Health Organization (WHO), 2002).

- Abuso (abuse). Comportamento caratterizzato da un uso illegittimo e/o eccessivo della potenza fisica e psicologica che umilia, degrada o indica comunque una mancanza di rispetto per la dignità e il valore di una persona. Comprende molestie, bullismo e mobbing.
- Aggressione/attacco (assault/attack). Comportamento intenzionale che provoca un danno fisico. Comprende l'aggressione sessuale.
- Bullismo/mobbing (bullying/mobbing). Comportamento ripetitivo e offensivo che si avvale di tentativi vendicativi, crudeli o malevoli di umiliare o ferire una persona o un gruppo di lavoratori. Si configura come una forma di molestia psicologica continua attuata attraverso osservazioni o critiche ingiustificate, costanti e negative, isolamento della persona dai contatti sociali, pettegolezzo o diffusione di informazioni false.
- Minaccia (threat). Avvertimento del ricorso alla forza fisica o psicologica che determina la paura di lesioni fisiche, sessuali, psicologiche o di altro tipo.
- Molestia (harassment). Comportamento rivolto contro aspetti della persona come età, disabilità, stato HIV, situazione domestica, sesso, orientamento sessuale, cambiamento di sesso, etnia, colore della pelle, lingua, religione, orientamento politico, adesione a sindacati, o altra opinione o credo, nazionalità o provenienza sociale, appartenenza a una minoranza, patrimonio, nascita o altro status che sia non gradito o indesiderato e che comprometta la dignità di un uomo o di una donna sul luogo di lavoro.
- Molestia sessuale (sexual harassment). Comportamento a sfondo sessuale che sia non gradito o indesiderato, non corrisposto o non accetto, che sia offensivo per la persona coinvolta e faccia sentire la persona minacciata, umiliata o imbarazzata o che sia percepito come un obbligo cui sottostare per svolgere il proprio lavoro.
- Molestia razziale (racial harassment). Qualsiasi comportamento minaccioso basato su etnia, colore della pelle, nazionalità, religione, associazione con una minoranza, nascita o altro stato che sia non corrisposta o non desiderata e che comprometta la dignità di un uomo o di una donna sul luogo di lavoro.
- Stalking. Lo *stalking* consiste in un insieme di condotte persecutorie ripetute nel tempo (come le telefonate, molestie, pedinamenti, minacce) che provocano un danno alla vittima incidendo sulle sue abitudini di vita oppure generando un grave stato di ansia o di paura, o, ancora ingenerando il timore per la propria incolumità o per quella di una persona cara.
- Straining. Situazione di stress forzato sul posto di lavoro, in cui la vittima subisce, solitamente da un superiore, almeno una azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente lavorativo, azione che, oltre a essere stressante, è caratterizzata anche da una durata costante.
- Autore (perpetrator) La persona che commette un atto di violenza o adotta un comportamento violento.
- Vittima (victim) La persona soggetta a un atto di violenza o a un comportamento violento.
- Luogo di lavoro (workplace) Qualsiasi struttura sanitaria, indipendentemente da dimensioni, sede, tipo di servizio erogato. Rientrano nella definizione anche i servizi forniti in ambulanza e le cure *domiciliari*.

È, infine, da segnalare a proposito della tipologia di aggressione e atto di violenza, il verificarsi di numerosi casi di aggressione e di cyberbullismo effettuati tramite social media. Il personale di reparti geriatrici e medici e dipartimenti di emergenza è spesso bersaglio di commenti negativi, soprattutto nei confronti di operatori impegnati in prima linea. La violenza *online* contro gli operatori sanitari costituisce un problema reale e largamente sconosciuta che necessita di una attenzione immediata e concreta per le sue conseguenze potenzialmente disastrose. (La Regina et al., 2021)

Prevalenza della violenza

La maggior parte dei partecipanti ai diversi studi è concorde nel riportare di aver subito un tipo di aggressione violenta nel corso degli ultimi 12 mesi rilevati (Chakraborty et al., 2022). Secondo una recente revisione sistematica e meta-analisi, la prevalenza aggregata a un anno della violenza fisica perpetrata da pazienti e visitatori contro i professionisti sanitari è di circa il 20% a livello globale (Li et al., 2020).

Gli studi mettono in rilievo che la forma più comune di violenza è costituita dall'aggressione verbale mentre gli altri tipi di violenza riportati sono costituiti da minacce verbali, attacchi fisici, abuso sessuale (molestia e violenza), molestia etnica, diffamazione, mobbing, bullismo, comportamento intimidatorio e molestia razziale. Una revisione sistematica e meta-analisi (Liu et al., 2019) ha mostrato che il 61,9% degli operatori sanitari ha riportato l'esposizione a una forma di violenza sul posto di lavoro e che di questi il 42,5% ha fatto esperienza di una violenza verbale mentre il 24,4% di violenza fisica durante i 12 mesi precedenti. La forma più comune di violenza non fisica è costituita da abuso verbale e molestia sessuale. Un'altra revisione sistematica e meta-analisi (Azami et al., 2018) mette in evidenza che la prevalenza dell'abuso verbale nei dipartimenti di emergenza nei confronti degli infermieri è dell'89,7% mentre per la violenza fisica del 21%.

Negli ultimi 15 anni l'attenzione su questo fenomeno ha prodotto molte evidenze grazie a studi che indagano sull'incidenza degli episodi di violenza sul luogo di lavoro riportati soprattutto dagli infermieri. È dimostrato che la frequenza degli episodi di violenza raggiunge percentuali elevate fino all' 87% (Pich et al., 2017); mentre fino all'80% per violenza verbale (Azami et al., 2018).

Gruppi vulnerabili

Diversi studi mettono in evidenza che gli operatori che si occupano dell'assistenza diretta risultano essere particolarmente a rischio (Pompeii et al., 2015). Le categorie a maggiore rischio risultano essere costituite dagli infermieri e dalle donne (Algwaiz e Aghanim, 2012; Park et al., 2015; Abed et al., 2016; Ferri et al., 2016; Alsaleem et al., 2018; Honarvar et al., 2019; Demirci e Uğurluoğlu, 2020; Serrano Vicente et al., 2019). Uomini e medici appaiono più esposti a violenza fisica (Kitaneh e Hamdam, 2012). Infermieri e donne sono più esposte a molestie sessuali (Demirci e Uğurluoğlu, 2020). Operatori più giovani ed inesperti sono più esposti a violenza degli operatori di età più elevata, per una maggiore conoscenza di questi ultimi della gestione dei pazienti e dei loro familiari e un maggiore rispetto da parte dei pazienti (Kitaneh e Hamdam, 2012; Hamdam e Abu Hamra, 2015; Sachdeva et al., 2019; Anand et al., 2016; Kumar et al., 2016; Phillips, 2016).

Da quanto emerge dalla letteratura, per alcuni aspetti si potrebbero identificare nell'infermiere donna e nell'altro personale ricompreso tra gli esercenti le professioni sanitarie sempre di genere femminile, le categorie che costituiscono la tipologia di operatore sanitario su cui si concentrano maggiormente in numero assoluto gli eventi di aggressione e violenza, evidenziando la possibilità di definire l'inquadramento di questo specifico fenomeno nel più ampio contesto della violenza contro le donne.

Inoltre, è importante sottolineare come il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario assuma una particolare rilevanza nell'ambito della medicina veterinaria. Già nel 2016, peraltro, l'assemblea generale EASVO, tenutasi a Bruxelles il 10/11/2016, affronta, tra gli altri, il problema della *Safety of official vets*, evidentemente sentito in tutta l'Unione Europea. Tra i Paesi europei, l'Irlanda, nel 2017, emana la prima regolamentazione “*Health and Safety Risk Management System (HSRMS) – Managing Potentially Threatening/violent/Distressing Incidents in the Workplace Issue: February, 2017*” rivolta al personale dipendente pubblico, anche con lo scopo di limitare l'alto tasso di suicidi di cui i veterinari detengono il triste primato. Primato evidenziato purtroppo anche in America come dimostrano i dati pubblicati nel 2019 dal “*Journal of the American Veterinary Medical Association (JAVMA)*”.

Le linee guida ILO (*International Labour Office*), ICN (*International Council of Nurses*), WHO (*World Health Organisation*) e PSI (*Public Services International*) sintetizzano i fattori di rischio relativi alla vittima:

- Profilo professionale:
 - infermieri e personale dei mezzi di soccorso: rischio molto alto,
 - medici, personale tecnico: rischio alto,
 - tutti gli altri professionisti: rischio comunque presente;
- Vulnerabilità reale o percepita:
 - personale appartenente a minoranze,
 - personale in formazione o in fase di inserimento,
 - lavoratori precari,
 - lavoratori di giovane età,
 - donne;
- Esperienza e attitudini:
 - basso livello di esperienza,
 - atteggiamento poco disponibile o irritante,
 - scarsa capacità di accettare i problemi.

Indossare una divisa o un cartellino nominativo è stato segnalato come un fattore protettivo o scatenante episodi di violenza, secondo le circostanze.

Luogo di violenza

Le aree assistenziali in cui questi episodi accadono con maggiore frequenza sono i dipartimenti di emergenza urgenza e le psichiatrie, in cui la violenza sul luogo di lavoro è percepita ed accettata dagli infermieri come parte del lavoro stesso (Ayasreh e Hayajneh, 2021; Pich et al., 2017; Hesketh et al., 2003). Nelle terapie intensive, invece, l'incidenza risulta essere ridotta per quanto riguarda gli episodi di violenza fisica causata dai pazienti o dai familiari (Pich et al., 2010).

Diversi studi evidenziano come l'abuso verbale, minacce di violenza e violenza fisica avvengono maggiormente nelle unità di cura di emergenza (Aljohani et al., 2021), mentre il maggior numero di casi di molestie sessuali e bullismo sono registrati nelle camere operatorie (Demirci e Uğurluoglu, 2020). Gli operatori che lavorano nei dipartimenti psichiatrici e di emergenza, così come coloro che offrono prestazioni di elevata qualità, sono più esposti a violenze fisiche (Ferri et al., 2016; Alsaleem et al., 2018; Wong et al., 2017; Hilton et al., 2022). Una revisione sistematica e meta-analisi (Liu et al., 2019) riporta che i dipartimenti di psichiatria e di emergenza risultano essere le aree dove maggiormente si verificano episodi di violenza. Per quanto riguarda i dipartimenti di emergenza secondo un'altra revisione sistematica (Stowell et al., 2016) le ragioni principali per il verificarsi di episodi di violenza è costituito dalla presenza di diversi fattori ambientali quali la carenza di personale, la mancanza di *privacy*, il sovraffollamento e la disponibilità di equipaggiamento non sicuro che può essere utilizzato come arma. Nei dipartimenti dove maggiore risulta la frequenza di episodi esiste una carenza di posti letto, si tratta di dipartimenti dove la comunicazione tra sanitari e pazienti è più complessa per ragioni/vincoli di tempo, di spazio e altri fattori. In ragione di questo esiste in questi dipartimenti una maggiore possibilità del verificarsi di fraintendimenti tra i pazienti e i loro familiari e gli erogatori delle prestazioni sanitarie. Anche le condizioni ambientali dei servizi dove si presta l'erogazione delle prestazioni costituiscono un elemento rilevante rispetto alla determinazione dell'evento e delle sue possibili conseguenze.

Soggetti determinanti l'atto di violenza

La maggior parte degli studi mostrano che i pazienti, i parenti ed i familiari dei pazienti, i colleghi sono i principali attori degli atti di violenza (Kitaneh e Hamdam, 2012; Hamdam e Abu Hamra, 2015; Sachdeva et al., 2019; Kvas e Seljak et al., 2015; Algwaiz e Aghanim, 2012; Park et al., 2015; Abed et al., 2016). La violenza a danno degli operatori sanitari è causata nel 60-90% dei casi dai pazienti o dai loro familiari (EU-OSHA, 2010; Zampieron et al., 2010; ILO, ICN, WHO, PSI, 2002; Grange e Corbett, 2002). L'aggressore è più spesso un uomo e il professionista aggredito una donna (Serrano Vicente et al., 2019), inoltre, l'aggressore comunemente appartiene a una condizione sociale contraddistinta da difficoltà socio-economiche, con storia

di precedenti comportamenti violenti o criminosi (in questo caso l'aggressione risulta anche più grave). (EU-OSHA, 2010; Zampieron et al., 2010; Joint Commission, 2015; MacPhaul e Lipscomb, 2004; Kelen et al., 2012).

Una delle caratteristiche più comuni tra gli autori di violenza è lo stato mentale alterato per effetto di diverse condizioni (demenza, delirio, malattia psichica non controllata, uso di stupefacenti) (Zafar et al 2013; Ferri et al., 2016; EU-OSHA, 2010; CDC e NIOSH, 2002; Pompeii e Dement, 2013; Phillips, 2016; May e Grubbs, 2002; Duncan et al., 2000; Lin e Liu, 2005, Palma et al., 2018). Anche il comportamento degli operatori contribuisce come possibile fonte per la genesi di episodi di violenza (Shafran-Tikva et al., 2017).

Senza alcun intento di discriminazione o stigmatizzazione, individuare a priori le caratteristiche che rendono un individuo ad alto rischio di commettere violenza è utile per porre in atto azioni preventive e protettive (Documento FNOMCeO corso FAD 2022; EU-OSHA, 2010; ILO, ICN, WHO, PSI, 2002). Alcuni studi hanno smentito la possibilità di predire il rischio in base ai dati demografici sia dell'autore sia della vittima (Hartley et al., 2012; Gates et al., 2011). Le linee guida ILO, ICN, OMS e PSI sintetizzano i fattori di rischio salienti dei potenziali autori: storia di comportamento violento, infanzia difficile, uso di stupefacenti o consumo rischioso/dannoso di alcol, malattia psichica grave, ovvero non diagnosticata e controllata adeguatamente, accesso ad armi da fuoco o a oggetti e strumenti che possono essere utilizzati come armi.

Cause della violenza

La maggior parte degli studi mostrano che l'eccessivo tempo di attesa nell'erogazione delle prestazioni costituisce il principale fattore determinante il verificarsi di episodi di aggressione e violenza contro gli operatori sanitari (Algwaiz e Aghanim, 2012; Hamdam e Abu Hamra, 2015; Davey et al., 2020; Shafran-Tikva et al., 2017; Raveel e Schoenmakers et al., 2019; Serrano Vicente et al., 2019). Altri fattori sono connessi con aspettative irrealistiche da parte dei pazienti (Honarvar et al., 2019; Hamdam e Abu Hamra, 2015; Davey et al., 2020; Shafran-Tikva et al., 2017; Raveel e Schoenmakers, 2019), scarsa conoscenza da parte dei pazienti e dei loro familiari del sistema sanitario e dei servizi, scarsa comunicazione tra i pazienti e gli erogatori delle prestazioni (Hamdam e Abu Hamra, 2015; Shafran-Tikva et al., 2017; Tucker et al., 2015), mancanza di competenze nella comunicazione tra gli erogatori delle prestazioni (AulAlRab e Al Khawaldeh, 2014; Hamdam e Abu Hamra, 2015; Tucker et al., 2015), comportamento adottato (Pompeii et al., 2015; Shafran Tikva et al., 2017), condizioni connesse al *setting* ospedaliero (Shafran-Tikva et al., 2017; Wong et al., 2017), professionalità del personale sanitario incluso l'uso di commenti inaccettabili e la disaffezione da parte degli utenti nei confronti della qualità dei servizi (Pompeii et al., 2015; Shafran-Tikva et al., 2017), assenza di politiche e strategie e staff inadeguato (Algwaiz e Aghanim, 2012; Bilici et al., 2016), lunghi turni di lavoro (Honarvar et al., 2019). Una revisione sistematica riporta come causa degli eventi di violenza l'abuso di sostanze da parte dei pazienti ed il loro stato psichiatrico (Raveel e Schoenmakers, 2019). Un'altra revisione sistematica indica che la salute psicologica del paziente, inclusa ansia, reazioni acute di stress, intossicazione alcolica e/o da droghe e demenza, sono predittori di violenza fisica contro gli operatori sanitari perpetrata dai pazienti (D'Ettorre et al., 2018).

Per quanto riguarda gli infermieri, le cause principali sono, comunque, multifattoriali e includono, oltre ai fattori indicati, anche: personale ridotto, elevato carico di lavoro, tipologia di pazienti (Ayaresh e Hayajneh, 2021; Pich et al., 2010), lavorare con persone con precedenti di violenza o sotto effetto di stupefacenti o con problematiche mentali; movimentare e trasportare i pazienti; lavorare da soli; limitazioni strutturali dell'ambiente lavorativo; mancanza di formazione ed addestramento del personale; riduzione del numero del personale specialmente durante l'orario di visita e i pasti; elevato turnover; sicurezza inadeguata; tempi di attesa e affollamento; alta tolleranza della violenza e sfiducia nell'organizzazione che riceve la segnalazione di violenza (NIOSH, 2015). In taluni studi non sono state trovate differenze significative tra la frequenza degli episodi nei confronti di infermieri di sesso maschile e femminile (Berlanda et.al. 2019). La tendenza a non segnalare gli episodi di violenza (*underreporting*) contribuisce indirettamente all'aumento insieme ad altri elementi, tra cui: aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere

e residenziali; diffusione dell'abuso di alcol e droga (Connor et al., 2020; Ramacciati et al., 2018); accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali; lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche (Efrat-Treister et al., 2019) e conseguente possibilità di generare nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità ad 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 (NIOSH, 2002).

Secondo una recente revisione sistematica (Nyberg et al., 2021) esistono evidenze consistenti, basate su associazioni statisticamente significative, tra violenza psicologica e assenteismo per malattia degli operatori sanitari così come per la violenza fisica.

Reportistica

Un aspetto comune a livello globale riguarda la tendenza a non riportare gli episodi di violenza (*underreporting, miscommunication*), soprattutto per le violenze verbali (Ayaresh e Hayajneh, 2021; Richardson et al., 2018; Kvas e Seljak, 2014; Hesketh et al., 2003), sia per mancanza di sistemi di *reporting* efficaci, sia per la tendenza ad accettare tali episodi come parte del proprio lavoro (Azami et al., 2018; Pich et al., 2017).

Le violenze sono segnalate soprattutto da personale della sicurezza e dai dipartimenti di emergenza (Sachdeva et al., 2019). La carenza di segnalazione è presente in tutti i *setting* assistenziali. Uno studio afferma che solo il 19% degli episodi viene segnalato (Pompeii et al., 2015). Diversi studi e revisioni riportano che i professionisti non sono interessati a segnalare le violenze per diverse ragioni ma soprattutto per esperienze precedenti di assenza di azioni conseguenti/successive o per paura delle conseguenze e la mancanza di un supporto da parte del management (Hamdam e Abu Hamra, 2015; Zafar et al., 2013; Algwaiz e Aghanim, 2012; AbuAlRub e Al Khawaldeh, 2014). Il personale sanitario che subisce violenza spesso non risulta consapevole e a conoscenza delle politiche e delle procedure di segnalazione (Kitaneh e Hamdam, 2012; Rafeea et al., 2017).

Al fine di facilitare la segnalazione di eventi di violenza, in Italia è stato recentemente sperimentato l'utilizzo di una App per smartphone (Ramacciati et al., 2021).

Conseguenze degli atti di violenza

Per quanto riguarda le conseguenze degli atti di violenza, gli operatori riportano soprattutto una progressiva perdita di soddisfazione lavorativa/motivazione (Caillier, 2021). Alcuni studi riportano che il 26% dei lavoratori coinvolti considerano la possibilità di lasciare il lavoro in ospedale (Rafeea et al., 2017; Sachdeva et al., 2019). Le violenze hanno un impatto sul livello di stress psicologico, la qualità del sonno e significativamente sulla qualità della relazione operatore-paziente e la qualità dei servizi sanitari (Hamdam e Abu Hamra, 2015; Tucker et al., 2015; Sun et al., 2017; Davey et al., 2020). Risultati simili sono stati riportati da una revisione sistematica e meta-analisi (Binmadi e Alblowi, 2019), affermando che l'impatto delle violenze sui lavoratori è costituita dalla compromissione della qualità del lavoro, problemi psicologici, paura, sebbene, più raramente, l'abbandono del lavoro (Baydin e Erenler, 2014), disturbo post traumatico da stress, timori legati al contesto lavorativo, atteggiamenti di rimozione associati a episodi di flash back nel corso dell'attività assistenziale, senso di ansia, rabbia, paura e depressione (Abbot e Brinkmann, 2017; Pompeii et al., 2020; Palma et al., 2018), *burnout* (Ferretti et al., 2021). Esiste una correlazione significativa tra i sintomi del *burnout* e la violenza fisica (Giménez Lozano et al., 2021) e anche verbale (Vincent-Hoper et al., 2021).

Secondo altri studi le conseguenze significative dirette nei confronti degli infermieri che sperimentano violenza ed aggressioni, sono depressione, rabbia, irritabilità, perdita di fiducia in sé stessi e umiliazione (Al-

Quadi, 2020; Pich et al., 2017). Le violenze possono determinare l'abbandono della professione da parte degli infermieri o lo sviluppo di stress lavoro correlato (Ramacciati et al., 2018; Edward et al., 2014). Gli effetti della violenza fisica, invece, includono fratture ossee, danno agli organi interni, dolore acuto o cronico in base alla gravità del danno subito, fino anche alla morte.

Per quanto concerne le conseguenze a livello generale dell'ambiente lavorativo, vi sono: stress lavoro correlato, *burnout*, assenteismo, ridotta comunicazione con i colleghi e i pazienti, percezione di mancanza di supporto dalle organizzazioni e dalla dirigenza, ridotta tolleranza e danno economico per le aziende che si trovano a dover far fronte alle spese mediche per i danni subiti dagli operatori in seguito ad uno o più episodi di violenza (Ayasreh e Hayajneh, 2021; Parrish, 2019; Pariona-Cabrera et al. 2020). È stata dimostrata la relazione tra l'esperienza di episodi di violenza al lavoro e la soddisfazione lavorativa, l'influenza sulla performance lavorativa degli infermieri e l'impatto sugli esiti del paziente (Arnetz et al, 2014). Gli operatori che non hanno subito episodi di violenza risultano avere una maggiore soddisfazione nei confronti del loro lavoro. Gli studi hanno inoltre dimostrato un'associazione tra migliore ambiente di lavoro, e buon livello di comunicazione tra gli operatori e la riduzione degli episodi di violenza da parte di pazienti o familiari (Berlanda et.al. 2019).

Esiste una mancanza di studi condotti nel medio lungo periodo che definiscano lo sviluppo dei disturbi e delle conseguenze soprattutto di carattere psicologico e psichiatrico in conseguenza di un evento violento, quali lo sviluppo di *burnout*, disturbo post-traumatico da stress, forme d'ansia e depressione, suicidio (Cannavò, 2018).

Oltre alle conseguenze sulla salute degli operatori sanitari danneggiati è necessario prendere in considerazione le conseguenze sulla loro operatività e su quella della organizzazione nonché l'impatto economico negativo. A livello organizzativo e della qualità dell'assistenza, il disagio espresso sotto forma di paura, stress, disaffezione al lavoro danneggia la performance lavorativa e riduce l'efficienza della struttura e la qualità dell'assistenza (Ministero della Salute, 2012; Fernandes et al., 1999). Le problematiche conseguenti alla violenza che incidono su questa dimensione sono legate all'aumento dell'assenteismo, aumento del *turnover*, sfiducia nel gruppo di lavoro e nel management e ostilità nei confronti dell'ambiente di lavoro, il numero elevato di giornate di prognosi per gli operatori sanitari vittime di violenza complessivamente conseguenti agli episodi di violenza (CDC e NIOSH, 2002; Kamchuchat et al., 2008; Reininghaus et al., 2007; Fisher, 2002; Indagine Nursind, 2017). L'abbandono del posto di lavoro determina problemi per l'organizzazione in termini di quantità e qualità del personale e maggiori costi di formazione (Abbot e Brinkmann, 2017; Mc Kenna et al., 2003; Taylor e Rew, 2011). Una revisione sistematica riporta che gli operatori sanitari vittime di violenza tendono a ridurre per intensità e durata la relazione con i pazienti, comunicano meno, adottano atteggiamenti meno empatici, e sono riluttanti a prestare attenzione, sono più incerti in attività precedentemente svolte con sicurezza, possono avere una ridotta concentrazione sul lavoro che può determinare possibili errori (Abbot e Brinkmann, 2017).

Tutti questi aspetti determinano ricadute negative sull'intera comunità che rischia di ricevere servizi peggiori e con costi più elevati (Ministero della Salute, 2012; ILO, ICN, WHO, PSI, 2002).

Da un punto di vista economico tutte le conseguenze indicate determinano un impatto negativo, anche per quanto riguarda i costi connessi alle lesioni fisiche e il supporto psicologico oltre i costi legati ai contenziosi legali (Abbot e Brinkmann, 2017; Gates et al., 2011). Uno studio internazionale ha stimato che stress e violenza pesano per circa il 30% dei costi complessivi degli incidenti connessi all'assistenza sanitaria (Hoel et al., 2000).

Strategie di gestione delle conseguenze degli atti di violenza

In un'ottica di approccio reattivo all'evento di violenza a danno dell'operatore sanitario, si stanno studiando e rappresentando quali siano i fattori che possono agire positivamente sull'instaurazione di disturbi e danni determinati dalle conseguenze dell'evento soprattutto a livello psicologico. Tra questi, i fattori che si

sono dimostrati favorenti la correlazione tra violenza e *burnout* sono di carattere strutturale/organizzativo (supporto sociale, qualità dell'ambiente di lavoro, *leadership* autoritaria, basso livello di autonomia, lunghe giornate di lavoro) e tipo di personale (età, genere, nazionalità e laurea). Fattori invece che sono risultati protettivi sono la qualità dell'ambiente di lavoro, rete di mutuo supporto e strategie di adattamento (Giménez Lozano et al., 2021).

La disponibilità nelle fasi di *follow-up* di un supporto di *counseling* attenua la relazione tra l'aggressione fisica e le tre dimensioni caratterizzanti il *burnout* (esaurimento emotivo, spersonalizzazione e realizzazione personale) in maniera meno rilevante in relazione a un'aggressione verbale. In generale, la disponibilità di un intervento di *counseling* può aiutare a minimizzare l'impatto negativo dell'esposizione ad una aggressione sulla salute mentale (Vincent-Hoper et al., 2020; Di Prinzipio et al., 2022).

Strategie di mitigazione del fenomeno

Le strategie di prevenzione dovrebbero essere attuate per ridurre gli attacchi contro i professionisti sanitari, soprattutto di coloro che lavorano nei dipartimenti di emergenza (Bilici et al., 2016). Potenziare il personale di sicurezza e la formazione per mitigare la violenza sul luogo di lavoro in contesto sanitario è particolarmente raccomandato, anche se la maggior parte degli operatori sanitari non ha ricevuto formazione su come gestire un paziente violento (Pompeii et al., 2020). Soprattutto è messo in evidenza da diversi studi il ruolo centrale della formazione degli operatori anche per promuovere la comprensione del fenomeno, e la necessità di supervisione clinica (Geoffrion et al., 2020; Ashton et al., 2018; Kynoch et al., 2011).

Un tema chiave ai fini della prevenzione è costituito dalla definizione di strategie di comunicazione così come dalla organizzazione e conduzione di campagne informative e di sensibilizzazione pubbliche sul fenomeno, altamente raccomandate per annullare carenze di comunicazione (Davey et al., 2020). Governi, *policy maker* e istituzioni sanitarie devono promuovere azioni globali di prevenzione del fenomeno (Liu et al., 2019). Altre misure di prevenzione sono costituite dall'avere con sé un telefono, conoscere e praticare tecniche di autodifesa e inerenti alla capacità di dissuadere possibili aggressori invitandoli in maniera efficace ad evitare di essere violenti, avere capacità di auto supporto e ricevere supporto sociale e limitare le interazioni con potenziali o conosciuti aggressori (Gillespie et al., 2010).

Gli atti di violenza nelle *long term care* e nelle cure domiciliari, nelle cure primarie e odontoiatriche

Un ambito non frequentemente indagato ma di importante rilevanza a proposito degli episodi di aggressione e violenza subita dagli operatori sanitari è quello delle cure domiciliari (Schaller et al., 2021). Una recente revisione (Phoo e Reid, 2022) ha indagato la letteratura e gli studi esistenti in merito alla definizione dei determinanti della violenza verso gli operatori sanitari in tale contesto. Considerando che l'assistenza domiciliare costituisce, probabilmente, la modalità assistenziale maggiormente in crescita in tutto il mondo a causa dell'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento del carico di malattia determinato dalle malattie cronico degenerative con la conseguente necessità di programmare interventi sociosanitari sempre più spesso centrati sulla casa come luogo di cura, gli operatori sanitari, soprattutto infermieri, che accedono al domicilio dei pazienti subiscono frequentemente aggressioni e atti di violenza. Si tratta di un fenomeno fortemente sotto stimato perché poco segnalato. La revisione ha evidenziato come la violenza risulti più comune in situazioni in cui si tratti di pazienti con disordini cognitivi, abuso di sostanze e mobilità limitata; in operatori che temono la possibilità di subire una violenza, o che conducono una relazione paziente-operatore molto stretta o troppo distante e, infine, laddove il piano assistenziale non includa i bisogni del paziente. La revisione sottolinea una carenza di evidenze sui determinanti delle violenze perpetrate nell'assistenza domiciliare.

Sempre relativamente all'assistenza domiciliare, un'altra revisione sistematica e meta-analisi (Clari et al., 2020) ha messo in evidenza la prevalenza degli episodi di violenza sessuale, sia di molestia sia di abuso, da parte di utenti ai danni degli operatori sanitari. Gli episodi di violenza sessuale si verificano nello 0,06%

dei casi di violenza e hanno una maggiore incidenza gli episodi di molestia. Il contesto delle cure domiciliari costituisce un *setting* di cura particolare non soggetto in genere a possibili controlli e come tale più a rischio di altri per il verificarsi di episodi di violenza, anche sessuale. Queste considerazioni costituiscono specifiche indicazioni perché in questo contesto lo studio e l'applicazione di idonee misure di prevenzione siano da sviluppare al fine di garantire la sicurezza degli operatori coinvolti rispetto ad uno specifico e crescente ambito di assistenza.

L'assistenza primaria e, in particolare, l'attività dei medici di medicina generale costituisce un ulteriore ambito in cui le aggressioni e gli episodi di violenza risultano in aumento. Una revisione sistematica (Tian et al., 2022) ha evidenziato, per questo specifico ambito, dell'assistenza una stima della prevalenza del 63,1% di medici che hanno avuto esperienza di una qualche forma di aggressione e violenza, del 33,8% di medici che hanno subito una violenza non fisica e l'8,5% una violenza fisica. La proporzione di episodi di violenza fisica differisce a seconda degli studi in base all'area geografica in cui è stato condotto lo studio, al sesso degli operatori partecipanti allo studio e al *setting* assistenziale. La prevalenza delle aggressioni e degli atti di violenza contro i medici di medicina generale risulta elevata. Una maggiore prevalenza delle violenze fisiche è stata riscontrata in alcuni paesi asiatici, come la Cina, in medici di medicina generale maschi e nelle cure primarie. Uno studio australiano ha messo in evidenza come il 70,6% dei *General Practitioner* (medici di medicina generale) aveva avuto esperienza di una aggressione verbale o scritta e il 32,2% una aggressione fisica nei 12 mesi precedenti (Hills et al., 2011).

Un particolare *setting* assistenziale e di cura poco esplorato dagli studi sulle aggressioni e sugli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari è quello delle cure odontoiatriche. Una recente revisione sistematica (Binmadi e Alblowi, 2019) evidenzia un incremento nella incidenza dei fenomeni di violenza in tale *setting*, indicando la necessità di implementazione di misure volte a creare un ambiente più sicuro per i professionisti delle cure odontoiatriche. La violenza esperita dagli operatori sanitari include, anche in questo contesto, forme fisiche e non fisiche derivanti dall'urlare, bullizzare e minacciare, inclusa la molestia sessuale. L'impatto della violenza sui lavoratori si manifesta in un deteriorata qualità lavorativa, problemi psicologici e, sebbene raramente, l'abbandono del lavoro. In letteratura non è riportata l'adozione di politiche occupazionali specifiche nell'ambito dell'odontoiatria per la prevenzione degli atti di violenza, la promozione della constatazione e segnalazione degli eventi e la creazione di un ambiente di lavoro più sicuro nonostante l'incremento dell'incidenza del fenomeno.

Pandemia e atti di violenza

La pandemia è stata caratterizzata da un particolare e grave incremento delle aggressioni e violenze verso gli operatori sanitari (Dopelt et al., 2022). Gravi episodi di cronicità che quasi quotidianamente hanno caratterizzato tutto il periodo passato durante la pandemia, soprattutto durante le prime fasi, hanno aggravato l'atteggiamento ed il comportamento negativo e aggressivo da parte dei pazienti e da parte dei loro familiari verso gli operatori, ma anche verso le strutture sanitarie (McKay et al., 2020). Una revisione sistematica e meta-analisi (Saragih et al., 2022) ha stimato che gli episodi di violenza hanno interessato il 42% degli operatori sanitari durante la pandemia. L'escalation a cui si è assistito durante la pandemia può essere attribuita soprattutto all'ansia e allo stato mentale dei pazienti e dei loro parenti ed è attribuibile alla minore anzianità del personale, al lavorare in dipartimenti di emergenza o di medicina interna e all'essere infermiere o medico.

La letteratura sul fenomeno in Italia

In Italia sono disponibili alcuni studi che confermano la tendenza internazionale relativa all'incremento della violenza nei confronti degli operatori sanitari (Magnavita et al., 2020; Cannavò et al., 2017; Ramacciati et al., 2019). Una ricerca, in particolare, dimostra che la percentuale di infermieri che riportano episodi di violenza lavorativa, di qualsiasi natura, va dal 48,6% al 65,9% (Ferri et al., 2016). Questa percentuale aumenta al 76% in riferimento all'esperienza di violenza verbale per gli infermieri del Pronto Soccorso (Ramacciati et al., 2018). Uno studio recente sui rischi e gli effetti della violenza sul luogo di lavoro nei confronti di infermieri

e medici delle aree di emergenza-urgenza ha confermato i risultati presenti a livello globale (Berlanda et.al. 2019). Anche relativamente agli assistenti sociali si confermano i dati emersi a livello internazionale relativamente alle professioni sanitarie (Sicora, Rosina, 2019).

Conclusioni

Dall'ampia analisi condotta risulta che, per avere una conoscenza più esauriva del fenomeno, è necessario condurre studi in aree clinico assistenziali differenti dall'emergenza e dalla psichiatria, avviare indagini sistematiche sulle violenze nei luoghi di lavoro nei confronti degli operatori sanitari con l'utilizzo di disegni di studio simili in modo da poter confrontare i dati a livello globale. Vi sono, ad esempio, ancora pochi studi riferiti alle aggressioni verso la professione medica (Berlanda et al., 2019) e nell'ambiente pediatrico che riguardano in prevalenza l'ambito perinatale (Harolds e Hurst, 2016; Truman et al., 2013). Si dovrebbero anche condurre studi che misurino l'efficacia dell'applicazione di vari interventi per arginare il fenomeno tra cui: analisi e segnalazione degli eventi, percorsi specifici per la segnalazione, training sulla sicurezza per gli operatori sanitari, modifiche strutturali degli ambienti di lavoro.

L'analisi sullo stato della ricerca e delle numerose pubblicazioni sul fenomeno delle aggressioni e delle violenze contro gli operatori sanitari appena proposta testimonia, in maniera tangibile, la rilevanza e la crescente gravità del fenomeno.

I dati di prevalenza inerenti il numero di operatori sanitari interessati direttamente dal fenomeno secondo tutte le sue possibili manifestazioni, come ad esempio il rischio di molestia e violenza sessuale (Kahsay et al., 2020), evidenziano chiaramente che siamo di fronte ad un rischio professionale da considerare al pari dei rischi per i quali si definiscono specifiche strategie di protezione e prevenzione nelle strutture sanitarie, anche in base a specifici obblighi normativi, quali il rischio biologico, chimico e fisico.

Dalle linee guida internazionali risulta la necessità di una politica e una strategia di prevenzione che si deve sostanziare in prima istanza nella adozione di linee di indirizzo e specifica normativa nazionale e regionale e in specifiche procedure e prassi aziendali per l'adozione delle necessarie ed appropriate misure di prevenzione. La presenza di tali documenti costituisce il primo passo di un percorso che deve portare a una necessaria e puntuale valutazione della effettiva applicazione delle misure di prevenzione in essi previste. In base alla effettiva ed efficace adozione di tali misure, tutti gli operatori sanitari devono essere messi nelle condizioni di conoscere e, all'occorrenza, applicare l'intero percorso da seguire in caso di violenza, avendo, peraltro, la necessaria tutela legale.

Risultano evidenti anche le reali dimensioni di impatto che, peraltro, potrebbero essere maggiormente studiate. Pochi sono, infatti, gli studi in proposito rispetto all'impatto sul sistema delle cure e dei servizi sanitari, sulle conseguenze a medio e lungo termine sugli operatori vittime delle violenze e sulla quantificazione dei danni economici determinati sul sistema delle cure e dei singoli professionisti coinvolti.

Appare, infine, evidente che in tutto il mondo si stia approfondendo la conoscenza delle caratteristiche e delle dimensioni del fenomeno al fine di definire le strategie più adeguate ed efficaci possibili per il suo contenimento. In Italia e a livello globale, infatti, esiste un urgente necessità per i governi, i *policy-maker* e le istituzioni sanitarie di prevenire, monitorare e gestire le aggressioni e gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari (Civilotti et al., 2021).

Questo contributo sulle evidenze attualmente esistenti permette di identificare complessivamente le problematiche connesse alla gestione di politiche e strategie da attuare per una appropriata azione di sistema, che ponga come primo obiettivo la crescita di una cultura condivisa sul fenomeno da parte dei diversi portatori di interesse, così come l'identificazione di una rete virtuosa in grado di diffondere conoscenza, informazioni ma soprattutto che sappia costruire le condizioni per una concreta applicazione delle misure di prevenzione, delle buone pratiche e della formazione degli operatori a livello delle singole strutture sanitarie dell'intero territorio nazionale.

2. Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni

Art. 2, comma 1, lettere a) e b), L. 113/2020

L'ONSEPS ha effettuato una ampia e approfondita ricognizione finalizzata alla definizione dello stato dell'arte rispetto all'esistenza di fonti dati e di flussi informativi in essere concernenti gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

L'analisi è stata condotta al fine di caratterizzare gli strumenti esistenti per verificarne l'utilità per il perseguitamento degli obiettivi dell'Osservatorio.

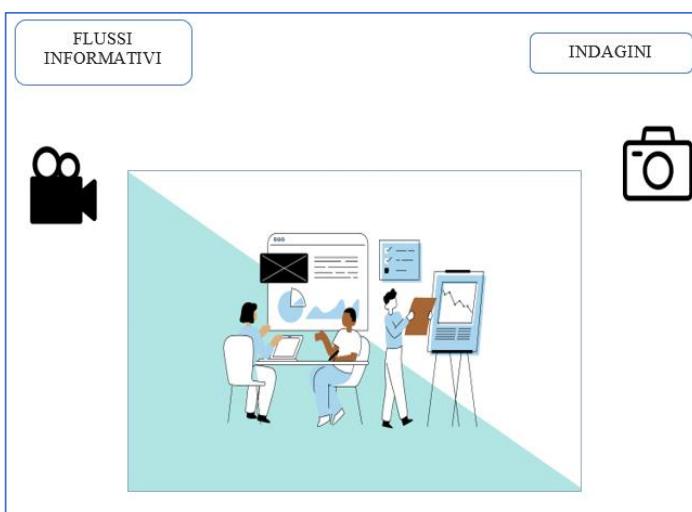
Al riguardo preliminarmente si evidenzia che l'art. 2 della Legge n. 113 del 2020 ai commi 2 e 3 stabilisce che:

- l'Osservatorio acquisisce con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza della sanità istituito presso Agenas e degli ordini professionali i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno;
- l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette tramite l'Agenas, i predetti dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

L'Ufficio di coordinamento dell'ONSEPS, quindi, ha preso diretto contatto con gli uffici di coordinamento dell'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche sulla sicurezza in sanità (ONBP) e i responsabili dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario (CRGRS) al fine di recepire i dati acquisiti nell'ambito delle rilevazioni già esistenti nei diversi contesti regionali.

Sono, inoltre, state acquisite informazioni tramite i diversi componenti dell'ONSEPS raccogliendo presso una specifica piattaforma informatica dell'Osservatorio tutti i contributi ed i documenti utili al lavoro dell'Osservatorio.

L'attività di ricognizione, così effettuata, ha evidenziato l'esistenza di flussi informativi e di alcune indagini *ad hoc* condotte da diverse istituzioni negli ultimi anni indaganti le dimensioni del fenomeno. A tal proposito si evidenzia che l'Osservatorio si è focalizzato in primo luogo sull'analisi di tutte le fonti esistenti, anche nell'ottica di un futuro potenziamento delle stesse, tenendo conto primariamente, in linea con quanto previsto dalla legge, dei dati trasmessi dalle Regioni e dagli Ordini professionali che già hanno attivato monitoraggi specifici.



Di seguito si riportano i documenti, i flussi e le indagini oggetto di analisi, nonché i dati rilevati.

Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Il Documento del Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute

Il documento “Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari. Documento di inquadramento tecnico”, di cui di seguito si riportano i principali contenuti, è stato elaborato, nel febbraio 2020, dalla Commissione Salute – Coordinamento Rischio Clinico – Sicurezza delle Cure. Tale organismo è costituito dal coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome e opera sulla sub-area sicurezza delle cure e rischio clinico dell’assistenza ospedaliera con l’obiettivo di promuovere le politiche sanitarie nazionali e internazionali per la sicurezza delle cure e favorire lo sviluppo della cultura della sicurezza nei contesti regionali e delle aziende sanitarie. Il Documento evidenzia come il fenomeno degli atti di violenza subiti dagli operatori sanitari durante la propria attività lavorativa è stato oggetto di specifica attenzione a partire dal 2007, quando il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull’argomento e ha inserito gli “atti di violenza a danno di operatore” fra gli “eventi sentinella” che devono essere segnalati attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). 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., “Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.

La questione delle fonti informative e degli strumenti da utilizzare per la rilevazione degli eventi è di fondamentale importanza per garantire la qualità dei dati e la loro confrontabilità a livello sia nazionale sia internazionale. Come riportato dal Documento in questione, *ne scaturisce la necessità di un lavoro di analisi e sintesi, che possa contribuire all’inquadramento delle fonti e dei flussi disponibili, al fine di garantire una raccolta di informazioni quanto più omogenea su tutto il territorio nazionale e quindi una migliore qualità del dato.*

In particolare, per quanto riguarda gli Strumenti, fonti e flussi informativi disponibili, il Documento riporta che, attualmente, sono costituiti da:

- A) *Incident reporting* e segnalazione di Eventi Sentinella
- B) Infortuni sul lavoro
- C) Segnalazioni all’autorità giudiziaria

Si riportano di seguito le descrizioni contenute nel Documento medesimo.

A) *Incident reporting e segnalazione di Eventi Sentinella*

La principale fonte informativa disponibile per la rilevazione degli episodi di violenza è rappresentata dal sistema di incident reporting disponibile a livello regionale o aziendale. Nonostante tutti i limiti dello strumento, infatti, la disponibilità di un sistema di segnalazione è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi e, se del caso, di alimentazione del flusso ministeriale SIMES.

Le regioni dovrebbero dare indicazioni alle strutture di sottolineare che la segnalazione andrebbe fatta sempre, indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso. La segnalazione andrebbe inoltre effettuata appena possibile dall’operatore direttamente coinvolto dall’evento o, in caso di sua impossibilità, da un operatore diretto testimone.

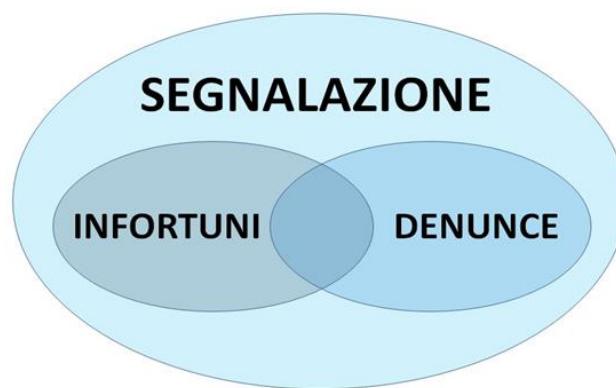
Si suggerisce di adottare una specifica scheda di incident reporting per la segnalazione di aggressioni (di seguito denominata SSA), adattandola alle specifiche esigenze aziendali. È importante sottolineare che la SSA non sostituisce né la denuncia di infortunio, né la denuncia/querela all’autorità giudiziaria, ove

ricorrano i presupposti. Nel rispetto dell'autonomia regionale e aziendale, i contenuti minimi della SSA (Scheda di Segnalazione Aggressione), anche per garantire la raccolta delle informazioni necessarie all'eventuale corretta alimentazione del flusso SIMES, dovrebbero essere i seguenti:

1. anno di nascita, sesso e qualifica dell'operatore vittima dell'atto di violenza (l'anno di nascita è un dato necessario nel caso in cui l'episodio venga classificato come Evento Sentinella - ES);
2. data e ora dell'evento;
3. luogo dell'evento;
4. tipo di aggressione;
5. breve descrizione dell'episodio;
6. fattori contribuenti all'evento;
7. esito dell'evento;
8. sezione specifica per consentire una unica segnalazione per gli atti di violenza a danno di più operatori, al fine di evitare la duplicazione degli eventi.

Al fine di evitare ambiguità che compromettano la qualità dei flussi informativi, è opportuno chiarire quanto segue:

1. **tutti gli atti di violenza (verbale o fisica) dovrebbero essere segnalati utilizzando una SSA**, anche quelli per i quali vi sia il dubbio che l'evento sia legato a particolari caratteristiche del paziente che ne compromettano la capacità di giudizio, poiché si ritiene di dover privilegiare la sensibilità dello strumento di reporting rispetto alla sua specificità, in quanto è più importante ridurre al minimo i falsi negativi (cioè aggressioni non segnalate), anche se questo significa avere di qualche falso positivo in più (cioè non aggressioni segnalate);
2. nel caso in cui gli esiti di un atto di violenza determinino un infortunio sul lavoro, **oltre** alla segnalazione con SSA, l'evento si configura come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL;
3. se l'atto di violenza si configura come reato, **oltre** alla segnalazione con SSA occorre procedere alla querela o denuncia all'Autorità Giudiziaria e, nel caso in cui dal reato derivino le conseguenze descritte al punto 2, l'evento si configura **anche** come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL.



Raffigurazione grafica dei tre possibili processi da attivare successivamente a un atto di violenza a danno degli operatori sanitari

Come è stato già detto, l'accadimento “Atto di violenza a danno di operatore” rappresenta anche un Evento Sentinella previsto dal SIMES. Da definizione, l'evento sentinella è un “evento avverso di particolare

gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti”.

Per tale motivo, la Sub Area Rischio Clinico, nel tentativo di favorire comportamenti omogenei in tutti i contesti locali rispetto alla segnalazione di alcuni Eventi Sentinella, riguardo all'ES n. 12 “Atti di violenza a danno di operatore”, ha espresso i seguenti orientamenti sui criteri di inclusione:

1. mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi;
2. esito dell'aggressione/entità del danno a) ferita profonda b) trauma maggiore c) necessità di intervento chirurgico d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva e) disabilità permanente f) coma g) morte h) diagnosi che ha determinato una prognosi superiore ai 40 giorni;
3. indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che hanno:
 - a. messo in pericolo di vita il soggetto leso;
 - b. provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - c. provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo.

B) Infortuni sul lavoro

Un'altra fonte informativa importante per quantificare il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari è rappresentata dalle denunce e dalle comunicazioni di infortunio.

Per “infortunio sul lavoro” s'intende ogni incidente avvenuto per “causa violenta in occasione di lavoro” dal quale sia derivata una inabilità assoluta temporanea della durata di almeno un giorno, escluso quello dell'evento; dall'evento può altresì derivare l'inabilità permanente e/o la morte. L'infortunio sul lavoro si caratterizza pertanto per l'evento che lo determina, che è improvviso e violento; si differenzia quindi dalla malattia professionale la cui causa è diluita nel tempo.

La causa violenta è un fattore che opera dall'esterno nell'ambiente di lavoro, con azione intensa e concentrata nel tempo, e presenta le seguenti caratteristiche: efficienza, rapidità ed esteriorità. L'occasione di lavoro è un concetto ampio, non unicamente riferito alle comuni categorie di spazio/luogo e di tempo. Pertanto, per poter classificare l'evento come “infortunio sul lavoro” non è sufficiente che esso occorra durante il lavoro e sul luogo di lavoro, ma è necessario che esso si determini per finalità di lavoro. Deve esistere, in sostanza, un rapporto causale, anche indiretto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che causa l'infortunio. Sono pertanto esclusi dalla tutela gli eventi che conseguono a un comportamento agito non per finalità di lavoro, quelli simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso. Vengono invece tutelati gli infortuni occorsi per “colpa” del lavoratore.

L'assicurazione dell'Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) cui ogni datore di lavoro deve trasferire obbligatoriamente il rischio risarcisce gli effetti di ogni infortunio sul lavoro: inabilità assoluta temporanea (ad eccezione dei primi tre giorni di assenza dal lavoro, che sono a carico del datore di lavoro), inabilità permanente e morte.

L'assicurato è obbligato a dare immediata notizia al proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio che gli accada, anche di lieve entità. In caso contrario, se il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti

*a conoscenza dell'infortunio, non procede con la denuncia all'INAIL, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio*¹.

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni, escluso quello dell'evento, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio², indipendentemente da ogni valutazione rispetto alla ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, lo stesso deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia nei termini e con le modalità di legge³. Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico.

Per gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, tutti i datori di lavoro hanno, comunque, l'obbligo di inoltrare, a fini statistici e informativi, la "Comunicazione di infortunio"⁴.

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di mancata oppure inesatta indicazione, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa⁵. In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa⁶.

I problemi principali rappresentati dal flusso informativo legato agli infortuni sono essenzialmente di due tipi:

1. *scarsa digitalizzazione e frammentazione del flusso, poiché, spesso, le informazioni sono raccolte in registri cartacei che, soprattutto in aziende territoriali, possono essere distribuiti in più uffici e anche le comunicazioni all'INAIL sovente avvengono utilizzando moduli cartacei, creando difficoltà nell'aggregazione del dato e, soprattutto, nella sua analisi;*
2. *difficoltà nell'associazione con il flusso di incident reporting, visto che, in assenza di link specifici fra i due flussi che consentano di individuare gli episodi segnalati sia nel sistema di incident reporting sia in quello INAIL, non è possibile escludere una quota di sovrapposizione di eventi e, quindi, una sovrastima del dato.*

...

C) Segnalazioni all'Autorità Giudiziaria

L'ultima fonte informativa, escludendo gli eventi di cui si viene a conoscenza tramite i mezzi di comunicazione, è rappresentata dalle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria.

Tutti gli esercenti una professione sanitaria che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in un'organizzazione sanitaria ricoprono sempre almeno la qualifica di incaricato di pubblico servizio e, in taluni casi, acquisiscono, in modo permanente o transitorio, la qualifica di pubblico ufficiale. I caratteri

¹ Art. 52 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

² Art 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

³ Art. 53, comma 1 e 2 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

⁴ Combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

⁵ Art. 16 della Legge 10 maggio 1982, n. 251. Recante "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".

⁶ Art. 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

definitori di ciascuna qualifica sono contenuti all'interno del codice penale agli articoli 357 e seguenti. Va ricordato che la commissione di un reato contro incaricati di pubblico servizio o pubblici ufficiali integra un'aggravante, ex art. 61 del codice penale, con conseguente inasprimento della pena⁶.

Art. 357 c.p. Nozione del pubblico ufficiale

Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

Art. 358 c.p. Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio

Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Per gli scopi di questo documento è opportuno evidenziare tre importanti fattispecie previste dal codice penale che riguardano o possono riguardare gli esercenti le professioni sanitarie operanti sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie pubbliche o private. Il codice penale, infatti, impone agli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di informare tempestivamente l'Autorità Giudiziaria di qualsiasi notizia di reato relativa a delitti procedibili d'ufficio, la cui violazione è punita con una sanzione.

...

Sono procedibili d'ufficio quei reati che, per la particolare gravità, sono obbligatoriamente perseguiti dall'Autorità Giudiziaria anche contro la volontà della persona offesa. Relativamente alle professioni sanitarie possono essere di seguito sintetizzati:

1. **delitti contro la vita**: omicidio volontario, preterintenzionale e colposo;
2. **delitti contro l'incolumità individuale**: lesioni personali dolose gravissime (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, per manette gravi difficoltà della favella; deformazione o sfregio permanente del viso, aborto della persona offesa, mutilazioni di organi genitali femminili, come la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione); lesioni personali dolose, da cui sia derivata una malattia di durata superiore a 20 gg; lesioni personali dolose aggravate (pericolo per la vita, malattia superiore ai 40 giorni, permanente di un senso di un organo, su donna incinta e se dal fatto deriva l'acceleramento del parto); lesioni personali colpose aggravate (sono escluse le lesioni lievissime e le percosse);
3. **delitti contro la libertà personale**: sequestro di persona; violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata; l'incapacità procurata mediante violenza.

Pertanto, tutti gli esercenti le professioni sanitarie che operano all'interno dell'organizzazione sanitaria, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale, in quanto pubblici ufficiali (ex art. 361 c.p.) o incaricati di pubblico servizio (ex art. 362 c.p.), sono obbligati a notiziare l'Autorità Giudiziaria di qualsiasi reato procedibile d'ufficio che si verifichi durante l'attività lavorativa.

⁶ Il disegno di legge in discussione al momento della stesura del documento, aggiunge all'art. 61 primo comma del c.p. il numero 11-octies che introduce una nuova circostanza aggravante per i "delitti commessi con violenza o minacci, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

Anche per quel che riguarda il flusso informativo legato alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria possono identificarsi almeno due tipi di problemi:

1. *Le informazioni relative alle segnalazioni, soprattutto per quel che riguarda i reati non perseguitibili d'ufficio, non è detto che siano note alla struttura. L'unica informazione disponibile presso gli uffici affari legali, potrebbero essere connesse ai reati per i quali la struttura si sia costituita parte civile o abbia a sua volta sporto denuncia per interruzione di pubblico servizio.*
2. *Difficoltà nell'associazione con il flusso di incident reporting. In altri termini, in assenza di link specifici fra i due flussi che consentano di individuare gli episodi segnalati sia nel sistema di incident reporting che in quello giudiziario, non è possibile escludere una quota di sovrapposizione di eventi e, quindi, una sovrastima del dato.*

L'indagine del Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute

Tra le attività svolte nel corso del 2022 dal Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute vi è stata una *survey* condotta nell'aprile 2022 al fine di rilevare l'utilizzo degli strumenti e delle fonti informative descritte nel paragrafo precedente da parte delle Regioni italiane tramite l'attività dei CRGRS.



In sintesi la *survey* ha evidenziato:

- l'esistenza di altri sistemi di raccolta dati oltre il SIMES in 5 Regioni;
- solo 2 (10%) delle Regioni gestiscono direttamente il flusso SIMES;
- l'esistenza in tutte le Regioni di una scheda specifica aziendale per la segnalazione dell'episodio di violenza e/o di una scheda di *incident reporting*;
- la gestione della raccolta delle segnalazioni in tutte le Regioni è in capo al *Risk manager* e/o al Servizio di Prevenzione e protezione;
- l'esistenza nel 48% delle Regioni e PA (10 su 11) di un flusso informativo dalle aziende/organizzazioni sanitarie verso la Regione/PA e che il Centro gestione del rischio sanitario regionale gestisce direttamente il flusso informativo in 6 delle 10 Regioni per le quali esiste un flusso informativo. Negli altri 4 casi (P.A. Trento, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia) esistono altre modalità di gestione;
- solo 2 Regioni acquisiscono anche i dati relativi alle denunce di infortunio a seguito di violenza nei confronti degli operatori (Emilia Romagna attraverso l'Osservatorio Regionale di monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali o correlate con il Lavoro (OReIL) e la Lombardia attraverso INAIL e un flusso da parte delle Aziende Sanitarie).

Relativamente agli obiettivi dell'ONSEPS, i risultati della *survey* realizzata dal Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute hanno permesso di descrivere l'attuale quadro degli strumenti e delle fonti informative esistenti a livello regionale e, conseguentemente, la possibilità di acquisire dai CRGRS, come previsto dalla Legge 113/2020, pur nell'ambito di un quadro piuttosto disomogeneo a livello nazionale, documenti e dati inerenti il monitoraggio degli eventi di violenza ai danni dei professionisti sanitari.

La Survey dell'ONSEPS per i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario

Come ampiamente già evidenziato finora non esiste un'unica fonte di dati completa sulle aggressioni. Dopo aver effettuato una prima indagine attraverso le Regioni partecipanti all'Osservatorio ed aver esaminato i documenti acquisiti dal Coordinamento Rischio Clinico della Commissione Salute, **è apparso subito evidente che le Regioni adottano sistemi di raccolta dati diversi, con cadenza variabile e tracciato non sovrapponibile**. In assenza di un flusso informativo strutturato per la raccolta di questi dati, almeno per l'anno 2022 è stato quindi necessario procedere in maniera “esplorativa”, anche al fine di capire come si stanno orientando le Regioni nella rilevazione del fenomeno e nell'ottica di costruire, per il futuro a regime, un set di indicatori e informazioni standard, che dovranno poi confluire in una piattaforma informatica accessibile a tutti e, conseguentemente, alimentare un flusso informativo apposito.

Con tali finalità, l'Osservatorio ha inviato per il tramite di AgeNaS, presso la quale opera l'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche, in data 21 Novembre 2022, una *Survey* ai Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario (CRGRS) chiedendo di fornire i dati in loro possesso riguardanti le segnalazioni di aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario aggiornati all'anno 2022.

Nella scheda trasmessa si chiedeva di:

1. fornire i dati aggiornati (o quelli ultimi disponibili) se possibile in forma di *report*, specificando il periodo di riferimento;
2. indicare la lista delle variabili rilevate e le loro modalità statistiche;
3. indicare le procedure di raccolta dei dati, se esiste un sistema centralizzato di raccolta e chi e come lo gestisce (tempistiche, *data entry*, ecc.).

Questionario rivolto ai Centri Regionali per la gestione del Rischio Sanitario sul tema della sicurezza del personale sanitario e socio-sanitario ai sensi della legge 113/2020

Regione

(Nome, Cognome, Contatti,
Compilatore Affiliazione)

Raccolta dati sulle aggressioni

Si raccolgono dati sulle aggressioni? (Sì/No)

Esiste un sistema centralizzato di raccolta e un flusso informativo strutturato? (Sì/No - se Sì descriverlo)

Chi gestisce i dati raccolti? (Centro Regionale Rischio Clinico, RSPP, Altro-Specificare)

Come? (Piattaforma dedicata, Inserimento manuale in *database*, Questionari, Schede di *incident reporting*)

Non tutte le Regioni/P.A. che hanno inviato i dati avevano a disposizione quelli aggiornati, per cui talune hanno trasmesso quelli più recenti in loro possesso.

Alla ricognizione effettuata hanno risposto tutte le Regioni e P.A. ad esclusione di Molise, Sicilia e Valle d'Aosta. Par tale motivo, i risultati presentati nelle pagine successive non terranno conto delle già citate 3 Regioni.

Le risposte dei CRGRS hanno evidenziato una situazione piuttosto eterogenea su tutto il territorio nazionale, con Regioni in possesso di flussi strutturati e organismi che si occupano dell'analisi e della diffusione dei dati sotto forma di *report* e altre Regioni che si limitano ad alimentare il flusso SIMES per la voce “atto di violenza a danno di operatore”.

Diverse Regioni/P.A. hanno emanato linee di indirizzo sulla segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno di tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari nelle quali si fa presente che, a prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di violenza (oppure il Responsabile o il Coordinatore della Struttura/Servizio), deve tempestivamente segnalare l'evento ai Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione e Gestione Rischio Clinico Aziendali, identificati quindi come i soggetti che gestiscono i dati raccolti.

Nello specifico le Regioni e P.A. raccolgono dati sulle aggressioni con modalità molto diverse tra loro ed una differente aderenza tra aziende sanitarie dello stesso territorio. Nella maggior parte delle realtà, le segnalazioni vengono raccolte su schede cartacee dalle aziende sanitarie e poi trasmesse ad un coordinamento centrale, nella P.A. di Trento il sistema di *incident reporting*, invece, è informatizzato, così come in regione Lazio, in regione Piemonte e in regione Veneto. Nella ASL3 della Liguria, le schede di *incident reporting* vengono inviate via mail ad un indirizzo dedicato mentre altre Regioni stanno avviando un processo di digitalizzazione delle schede di segnalazione, costruendo piattaforme informatizzate. In tal senso, progetti pilota sono stati avviati in alcune aziende sanitarie emiliane, mentre regione Umbria sta attendendo l'implementazione di una piattaforma con tali caratteristiche. I sistemi locali di *incident reporting* della regione Abruzzo, invece, fluiscono in parte su modulistica cartacea, in parte su piattaforma informatica e in alcuni casi vengono reclutati con procedura mista, cartacea ed elettronica.

In regione Lombardia, non è ancora previsto un sistema di segnalazione, ma alcuni dati sulle aggressioni sono stati raccolti tramite un questionario di tipo retrospettivo, inserito in Google Moduli ed effettuato in due edizioni, che ha permesso di raccogliere le informazioni sugli gli eventi occorsi tra il 2019 e il 2021. Tale questionario però, essendo stato compilato su base volontaria, non ha una copertura totale, pertanto i dati rilevati non possono essere considerati esaustivi del fenomeno.

Vi sono poi Regioni, come la Campania, nelle quali non risulta esistere uno specifico flusso informativo Aziende sanitarie/Regione pertanto nelle Aziende sanitarie sono monitorate/acquisite solo le segnalazioni volontarie degli Eventi sentinella tramite flusso SIMES, denominati “Atto di violenza a danno di operatore”.

Ad ogni modo, nel 70% delle Regioni/P.A. non esiste un sistema centralizzato di raccolta dati di *incident reporting*: le singole aziende sanitarie raccolgono il dato e lo inviano al CRGRS (oltre a pubblicarlo sui siti web aziendali in alcuni casi). Le Regioni poi, effettuando il coordinamento delle aziende sanitarie, analizzano i dati e, in molti casi, pubblicano dei *report* con cadenza principalmente annuale.

Di seguito è riportata la documentazione fornita dalle Regioni/P.A. in risposta alla *survey* sopracitata. Per una parte delle Regioni/P.A. è disponibile una sintesi dei dati sottoforma di breve *report*, per le Regioni/P.A. che, invece, non hanno fornito il dato già analizzato sono state riportate solo le informazioni trasmesse con comunicazione formale.

È indispensabile ricordare che, per questa annualità, non è possibile procedere ad un'aggregazione a livello nazionale dei dati raccolti dalle singole Regioni poiché il tracciato record, le tempistiche, le modalità di raccolta dati e gli universi di riferimento sono completamente eterogenei e non consentono quindi né il confronto tra Regioni/P.A. né la sintesi. Tuttavia, i dati raccolti, benché non permettano di elaborare un dato nazionale, evidenziano l'impegno delle Regioni/P.A. sul monitoraggio del fenomeno, seppure frammentario.

Al riguardo appare pertanto doveroso specificare che ad un maggior numero di segnalazioni non corrisponde una più alta incidenza di aggressioni in quel determinato contesto territoriale, ma piuttosto una specifica attenzione al monitoraggio del fenomeno.

I Rapporti Regionali e delle Province Autonome

Si rappresentano di seguito i contributi sintetici relativi ai dati raccolti e condivisi dalle Regioni e dalle Province Autonome sul fenomeno delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario.

Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo ha comunicato, di aver effettuato, su richiesta dell'ONBP una prima ricognizione "esplorativa", nelle quattro aziende regionali in relazione alle aggressioni agli operatori sanitari.

I dati ricevuti dalle aziende sono stati selezionati dai sistemi locali di *incident reporting*, che fluiscono in parte su modulistica cartacea, in parte su piattaforma informatica, in alcuni casi vengono reclutati con procedura mista, cartacea ed elettronica.

Sono stati raccolti i dati dell'ultimo triennio 2020-2021-2022 (per quest'ultimo anno gli 11 mesi da gennaio a novembre compreso) e sono stati aggregati in funzione delle variabili comuni.

In assenza di flusso informativo istituzionale di riferimento e nelle more di questo, si prospetta di uniformare e standardizzare la rilevazione, proponendo, in una prima fase, un set fisso di variabili e specifiche cui adeguare i sistemi di rilevazione aziendali, per poi procedere, in una seconda fase, alla centralizzarne del flusso attraverso una piattaforma regionale condivisa di "*incident reporting*", di cui i dati delle aggressioni agli operatori costituiscano un "subset" dedicato (con sotto-maschera di input). Sarebbe, a tale scopo, auspicabile conoscere, condividere e "interpolare" i tracciati già in uso presso le Regioni con sistemi di rilevazione centralizzati.

Non esiste un *report* strutturato ma è stato condiviso un file excel allegato contenente 3 tabelle:

- Nella prima denominato "Aggressioni per sede" ci sono i dati relativi alle aggressioni per anno e luogo dell'evento, distinti per sedi ospedaliere e territoriali con i subtotali per anno, ASL, eventi ospedalieri, eventi territoriali e totali generali.
- Nella seconda denominata "Aggressioni in ordine decrescente di frequenza" i dati sono rappresentati in ordine decrescente di frequenza che dimostra la maggiore occorrenza di eventi rispettivamente nei Pronto Soccorso, nelle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e nei reparti ospedalieri maggiormente esposti alle dinamiche di "sovraffollamento" e stress degli indicatori di attività (medicina e geriatria).
- La terza, denominata, "Elaborazione dal campione dati ASL PESCARA" contiene informazioni elaborate dal campione dei dati trasmessi dalla ASL Pescara (40% circa dei dati totali) relative alle seguenti variabili: qualifica aggredito, tipologia aggressore, modalità aggressione, intervento forze dell'ordine, necessità di cure, denuncia INAIL.

Interpellata la sede INAIL di Pescara, il CRRC ha cercato di esplorare anche la banca dati infortuni dell'istituto per tale tipologia di eventi. È stato confermato che esiste una sottostima di tali eventi e che tra quelli risultanti non c'è possibilità di distinguere tra eventi causati da esseri umani ed eventi causati da animali o altro (per il 2021 quelli sicuramente associabili alle aggressioni, escludendo i casi non definibili con certezza o dubbi, sono di numero pari a 13 e non è possibile la "riconciliazione" con i dati ASL).

È utile rammentare che sulla banca dati SIMES, per il triennio considerato, sono stati registrati complessivamente, 5 eventi sentinella di questo tipo, presumibilmente riconducibili ai soli casi critici con danno grave.

Aggressioni per sede	Struttura coinvolte/ segnalanti	2020				2021				2022 (mesi 1-11)				Totali triennio per ASL				Totale REGIONE
		ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	
		Pediatria e P.S. Pediatrico	1	1	1		13	1		1	11	1		2	36	6	1	4
SPDC (DSM)		12	4	1	1					3	1		1	17	2	12	0	31
Chirurgia Vascolare		1								4	1		8	3	1	0	0	1
Laboratorio analisi														3				3
Pronto Soccorso		9	4	10	3	14	3	2		9	1	6	6	32	8	18	9	67
UTIC										1				1	0	0	0	1
Chirurgia Generale		1				2		1						3	0	1	0	4
Nefrologia/Dialisi		1												1	0	1	0	2
Ostetricia-Ginecologia						2		1		1		1		1	0	3	0	4
Rianimazione						1								1	0	0	0	1
Medicina		9	8		1	2	2	1		6		2		2	11	16	3	32
Geriatria		1	3		7	3		6		2		0		0	14	8	0	22
Oriopedia		1				6	2							0	1	6	2	9
Oncologia		1								4				0	1	4	0	5
Cardiologia						1								0	0	1	0	1
Ematologia		4												0	0	4	0	4
Pneumologia		1						1						0	1	1	0	2
Neurologia/Stroke unit		2								1				0	0	3	0	3
Endocrinologia e mal. metaboliche		3						1						0	0	4	0	4
Sala Parto		2												0	0	2	0	2
Endoscopia digestiva		1						2		1		4		0	2	2	4	8
Malattie infettive		1								1		1		0	0	1	1	2
Radiologia														0	0	1	0	1
Neurochirurgia								1						0	0	1	0	1
Direzione Sanitaria		1												0	1	0	0	1
Sub-totale sedi ospedaliere		25	24	35	4	31	13	22	4	25	11	21	16	81	48	78	24	231
TERRETTORIO						10	3	4	1	8	3	1	1	17	2	12	0	31
Sedi distrettuali														0	1	0	0	1
Servizio di Medicina Legale						1								0	1	0	0	1
Strutture Psicoriparative (DSM)		10				6				3				19	0	0	0	19
CSM (DSM)		1	4		1			10		5				1	1	19	0	21
REMS		1			1			2		1		4		2	0	7	2	11
SER-D		6	2	4				11		1		4		4	0	18	2	24
Totali		20	2	14	2	16	1	31	0	7	1	11	2	43	4	56	4	107
Totali		45	26	49	6	47	14	53	4	32	12	32	18	124	52	134	28	338

Aggressioni in ordine decrescente di frequenza

	2020				2021				2022 (mesi 1-11)				Totale triennio per ASL			Totale Regione	
	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	
Struttura coinvolte/ segnalanti	9	4	10	3	14	3	2	9	1	6	6	32	8	18	9	67	19,8
Pronto Soccorso	9	4	1	1	13	1	1	11	1	2	2	36	6	1	4	47	13,9
SPDC (DSM*)	12	4	1	1	1	2	1	1	6	2	2	11	16	3	32	32	9,5
Medicina**	9	8															
Sedi distrettuali	10		3	4	1	8		3	1	1		17	2	12	0	31	9,2
SER-D		6	2	4		11			1			4	0	18	2	24	7,1
Geriatrica**	1	3			7	3		6	2	0	0	14	8	0	0	22	6,5
CSM (DSM*)	1	4		1		10			5		1	1	19	0	0	21	6,2
Strutture psicoriparative (DSM*)	10			6			3					19	0	0	0	19	5,6
REMS		1		1		2		1		4	2	2	0	7	2	11	3,3
Ortopedia	1					6	2					0	1	6	2	9	2,7
Malattie infettive	1					2		1		4	0	0	2	2	4	8	2,4
Oncologia	1								4		0	0	1	4	0	5	1,5
Chirurgia Generale	1			2		1						3	0	1	0	4	1,2
Ostetricia-Ginecologia					2		1		1		1	0	0	3	0	4	1,2
Ematologia			4									0	0	4	0	4	1,2
Endocrinologia e mal. Metaboliche		3			1							0	0	4	0	4	1,2
Pediatria e P.S. Pediatrico	1	1	1									1	1	1	0	3	0,9
Laboratorio analisi							2	1			2	1	0	0	0	3	0,9
Neurologia/Stroke unit			2						1		0	0	3	0	0	3	0,9
Chirurgia Vascolare	1								1	1	0	1	0	2	0	2	0,6
Nefrologia/Dialisi	1								1	1	0	0	1	2	0	2	0,6
Pneumologia		1						1		0	1	1	0	0	2	0	0,6
Sala Parto			2							0	0	0	2	0	2	0	0,6
Radiologia				1					1	0	0	1	1	2	0	2	0,6
UTIC						1				1	0	0	0	1	1	0	3
Rianimazione				1						1	0	0	0	1	1	0	3
Cardiologia					1		1			0	0	1	0	1	1	0	3
Endoscopia digestiva	1									0	1	0	0	1	1	0	3
Neurochirurgia						1					0	0	1	0	1	0	3
Direzione Sanitaria			1								0	1	0	0	1	1	0,3
Servizio di Medicina Legale		1								0	1	0	0	1	1	0	3
Totali	45	26	49	6	47	14	53	4	32	12	32	18	124	52	134	28	338
																	100,0

		Anno			Totale	%
		2020	2021	2022		
<i>Elaborazione dal campione dati ASL PESCARA (40% ca sul totale dei dati)</i>						
CPSI		27	28	24	79	59,0
DIRIGENTE MEDICO		15	11	4	30	22,4
DIRETTORE		2	8	1	11	8,2
OSS		2	1	2	5	3,7
AMMINISTRATIVO		2	1	1	3	2,2
ASSISTENTE SOCIALE			2		2	1,5
TSMR		1		1	1	0,7
TENICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA						
OSTETRICA		1		1	1	0,7
DIRIGENTE PSICOLOGA			1		1	0,7
Total		49	53	32	134	100,0
TIPOLOGIA AGGRESSORE						
UTENTE/PAZIENTE		30	41	26	97	72,4
PARENTE/VISITATORE		19	11	5	35	26,1
AGENTE PENITENZIARIO				1	1	0,7
OPERATORE			1		1	0,7
Total		49	53	32	134	100,0
MODALITA' AGGRESSIONE						
VERBALE		41	51	27	119	88,8
FISICA		8	2	5	15	11,2
Total		49	53	32	134	100,0
INTERVENTO FORZE DELL'ORDINE						
Si		19	5	8	32	23,9
NECESSITA' DI CURE		3	2	6	11	8,2
DENUNCIA INAIL		5	0	5	10	7,5

Regione Emilia Romagna

La **Regione Emilia-Romagna** da anni ha predisposto indicazioni adattate al contesto operativo regionale e in particolare con ultima nota PG/2020/0138477 del 17/02/2020 sono state trasmesse alle Aziende Sanitarie le “Linee di Indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari” chiedendo alle singole aziende di attivare gli interventi ivi previsti, calandoli nella realtà aziendale e valutando le modalità che meglio garantiscano l’efficacia degli interventi e di segnalare eventuali problematiche.

Tra gli obiettivi del documento si ricorda la necessità di aumentare la conoscenza del fenomeno e dei suoi determinanti, di programmare e implementare misure (strutturali, tecnologiche, organizzative e formative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari, di promuovere la diffusione di competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi, di promuovere l’offerta di supporto psicologico e/o sanitario al lavoratore che subisce l’atto di violenza, qualora necessario e la tutela legale dei lavoratori, prevedendo la possibilità, in caso di denuncia dell’aggressione, di domiciliazione presso l’Azienda, nonché l’impegno da parte dell’Azienda ad un’azione efficace di supporto, anche costituendosi essa stessa in giudizio.

Tutte le aziende sanitarie regionali hanno implementato le linee di indirizzo, redigendo un Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS) che prevede sia la raccolta, tramite una scheda specifica delle segnalazioni di aggressioni fisiche, verbali e contro la proprietà, sia la costituzione di un gruppo di miglioramento nelle singole aziende sul tema specifico, la valutazione del rischio, l’analisi degli infortuni con l’eventuale presa in carico sanitaria del lavoratore e la messa a punto delle misure di prevenzione e controllo del fenomeno. Il PREVIOS è parte integrante anche del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.

È in fase di collaudo (presso un’Azienda Sanitaria della RER) un sistema di segnalazione informatizzato (Segnal-ER) che raccoglierà con scheda specifica, in sostituzione di una cartacea, le segnalazioni di aggressione provenienti dalle varie Aziende Sanitarie per una analisi e controllo tempestivo del fenomeno, lasciando alle stesse la gestione del singolo episodio e le misure di prevenzione e protezione conseguenti.

Fino ad oggi, con cadenza annuale, i dati raccolti vengono trasmessi dalle Aziende Sanitarie alla Regione che analizza il fenomeno e pubblica un *report* “L’andamento del fenomeno delle aggressioni nei lavoratori della sanità della regione Emilia-Romagna” L’ultimo rapporto è stato pubblicato recentemente sul sito www.oreil.it. I dati oggettivi che emergono sono i seguenti: l’andamento infortunistico rilevato da dati ufficiali INAIL dimostra che gli infortuni regionali nel periodo 2010 – 2019 rappresentano un 1,8% circa del totale degli infortuni accaduti nelle strutture sanitarie e sono sostanzialmente stabili nel tempo. Le segnalazioni di aggressione fisica e verbale invece sono in aumento e prevalentemente a carico del personale addetto all’assistenza. Per quanto attiene alle aggressioni fisiche il 50% riguarda l’area psichiatrica- dipendenze, mentre le aggressioni verbali sono più frequenti nei Pronto Soccorso (33%). I dati che comprendono l’analisi anche dell’anno 2021 confermano un trend in crescita.

Il sistema di raccolta informatizzato permetterà di conoscere in tempo reale il fenomeno, tramite le segnalazioni, con un elevato livello di dettaglio, sia regionale sia locale per potere intervenire anche con interventi sia trasversali su tutto il territorio regionale e/o contestualizzati nei luoghi delle segnalazioni.

In relazione all’attivazione di specifiche azioni, tutte le Aziende Sanitarie hanno realizzato interventi di tipo tecnologico (sistemi di allarme, videosorveglianza, sistemi selettivi per l’accesso in determinate aree, ...), e organizzativi con revisione delle procedure di lavoro in modo che gli operatori non si trovino mai soli in presenza di utenza o pazienti potenzialmente aggressivi, rivisitando anche gli spazi e i layout per permettere la fuga degli operatori che si trovino in situazioni critiche e mettendo a punto procedure di emergenza in situazioni specifiche.

In particolare in alcune U.O. di Pronto Soccorso sono state sviluppate azioni di revisione dei layout con installazione di sistemi di allarme a pulsante o a chiamata e potenziato il servizio di guardia giurata, sono stati realizzate azioni di potenziamento dell'illuminazione delle aree esterne e dei sistemi di videosorveglianza. In alcune Aziende si è agito con interventi sull'accoglienza in sala d'attesa del PS tramite utilizzo di associazioni di volontariato o con progetti specifici ed effettuati progetti di comunicazione mirati ai cittadini.

La formazione è un fattore importante in tema di prevenzione degli episodi di aggressione. Da anni tutte le Aziende Sanitarie organizzano corsi di formazione per gli operatori sanitari, puntando principalmente sulle modalità di riconoscimento dei principali segni premonitori di una possibile aggressione, sulle tecniche di *descaling* e, in alcuni casi, sull'addestramento relativo alle tecniche di divincolamento e difesa. Molti di questi corsi sono stati organizzati con la collaborazione di operatori delle Forze dell'Ordine ed hanno interessato principalmente operatori di Pronto Soccorso, dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, dell'assistenza domiciliare e dei *front office*.

È in corso l'organizzazione di un corso di formazione regionale progettato con le Forze dell'Ordine da erogare, in una prima fase, alle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana bolognese, da estendere successivamente alle altre Aziende Sanitarie della Regione. L'argomento, inoltre, è stato inserito nel nuovo corso di formazione per operatori sanitari neoassunti, obbligatorio ai sensi dall'art. 37 del D. Lgs. 81/08. I Servizi di prevenzione e protezione della Regione stanno inoltre predisponendo un corso specifico in e-learning da inserire sulla piattaforma regionale E-llaber rivolto a tutti di tutti gli operatori.

La tematica, poi, è stata inserita anche nel Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 nel Programma Predefinito PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro in cui sono stati finanziati due progetti che hanno il fine di contribuire a creare a livello regionale degli standard di valutazione del fenomeno e di formazione/intervento e fornire interventi mirati, con particolare riferimento a:

il fenomeno della violenza nei confronti degli operatori delle Aziende Sanitarie Regionali ed analisi delle differenze per genere; (in cui rientra la predisposizione del corso e learning citato)

la definizione da parte dei medici competenti di un percorso di assistenza psicologico specifico per operatori sanitari in relazione ad un disagio lavorativo, quindi anche a seguito di aggressioni. (in cui rientra la predisposizione di un percorso individuale e/o di gruppo con lo psicologo).

La principale fonte informativa quindi disponibile per la rilevazione degli episodi di violenza a danno di operatore è rappresentata dal sistema di *incident reporting*. Nonostante tutti i limiti dello strumento, correlati soprattutto alla volontarietà della segnalazione, la disponibilità di un tale sistema è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi e di eventuale alimentazione del flusso ministeriale SIMES Eventi sentinella. **Per tale motivo la Regione Emilia-Romagna nel settembre del 2018 ha adottato e inviato alle Aziende Sanitarie un modello di specifica scheda di segnalazione per gli eventi di violenza a danno degli operatori.** Le segnalazioni effettuate tramite questa scheda vengono raccolte in data base aziendale e successivamente i dati vengono trasmessi da ogni azienda in forma aggregata alla Regione.

Come si può notare dalla lettura della tabella successiva, a fronte di un sostanziale incremento di aggressioni fisiche nell'anno 2019, nel 2020 si evidenziava un calo del fenomeno probabilmente collegato sia all'interruzione di alcune attività sanitarie e quindi alla diminuzione del numero complessivo di accessi dovuto allo stato emergenziale da COVID-19, sia al ruolo assunto dai sanitari nella percezione comune come figure necessarie per far fronte alla pandemia, nel 2021 si assiste ad una ripresa delle segnalazioni che risultano in linea con il dato 2019 pre-pandemico.

Aggressioni fisiche per Azienda Sanitaria (2017-2021). Fonte: <i>incident reporting - scheda violenza a danno di operatore</i>						
Azienda/anno	2017	2018	2019	2020	2021	Totale
AUSL Piacenza	18	14	23	2	22	79
AUSL Parma	24	19	16	4	27	90
AUSL Reggio Emilia	22	21	22	38	54	157
AUSL Modena	9	22	68	39	30	168
AUSL Bologna	79	52	56	47	74	308
AUSL Imola	36	43	36	16	24	155
AUSL Ferrara	7	32	34	8	8	89
AUSL Romagna	21	20	35	9	11	96
AOU Parma	5	6	6	3	15	35
AOU Modena	3	4	13	34	33	87
AOU Bologna	3	3	2	7	10	25
AOU Ferrara	5	4	5	3	0	17
Istituto Ortopedico Rizzoli	0	0	0	0	0	0
Ospedale di Sassuolo	-	-	0	0	0	0
Montecatone Rehabilitation	-	-	0	0	0	0
IRST Meldola					0	0
Totale	232	240	316	210	308	1306

* Il dato dell’Ospedale di Sassuolo e di Montecatone Rehabilitation Institute è disponibile a partire dal 2019

Per quanto attiene alle aggressioni verbali, negli anni 2017, 2018 e 2019 si riscontra un progressivo costante incremento delle segnalazioni. Nell’anno 2020, contrariamente ai precedenti, si registra una flessione anche se non rilevante di tali segnalazioni che può essere collegata alle motivazioni esposte nel commento alla tabella precedente relativa alle aggressioni fisiche. Nell’anno 2021, infine, si assiste ad una ripresa del fenomeno che raggiunge un numero più elevato rispetto a tutti gli anni precedenti.

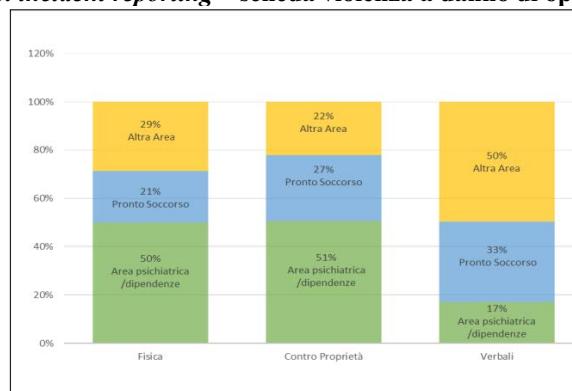
Aggressioni verbali per Azienda (2017-2021). Fonte: <i>incident reporting – scheda violenza a danno di operatore</i>						
Azienda/anno	2017	2018	2019	2020	2021	Totale
AUSL Piacenza	10	17	20	5	12	64
AUSL Parma	14	42	24	22	16	118
AUSL Reggio Emilia	49	75	78	71	94	367
AUSL Modena	9	13	60	63	59	204
AUSL Bologna	200	185	136	176	231	928
AUSL Imola	13	15	40	46	67	181
AUSL Ferrara	13	43	58	17	14	145
AUSL Romagna	43	186	318	199	202	948
AOU Parma	0	3	19	11	98	131
AOU Modena	2	19	105	109	108	343
AOU Bologna	5	7	38	29	38	117
AOU Ferrara	0	4	14	29	12	59
Istituto Ortopedico Rizzoli	4	3	6	5	12	30
Ospedale di Sassuolo	-	-	-	8	5	13
Montecatone Rehabilitation	-	-	8	8	7	23
IRST Meldola	-	-	31	38	14	83
Totale	362	612	955	836	989	3.754

Gli atti di violenza contro la proprietà, come si può notare dalla tabella successiva, sono in numero più ridotto rispetto alle altre tipologie di evento. Anche per questo tipo di segnalazioni si evidenzia un costante aumento, particolarmente rilevante nell'anno 2021.

Azienda	Aggressioni contro la proprietà per Azienda (2017-2020).					
	2017	2018	2019	2020	2021	Totale
AUSL Piacenza	0	2	1	0	4	7
AUSL Parma	12	13	2	3	2	32
AUSL Reggio Emilia	1	0	3	21	8	33
AUSL Modena	4	3	8	3	4	22
AUSL Bologna	8	18	15	15	30	86
AUSL Imola	3	0	7	0	14	24
AUSL Ferrara	0	0	7	2	2	11
AUSL Romagna	3	3	4	0	1	11
AOU Parma	0	0	2	3	6	11
AOU Modena	2	1	9	16	10	38
AOU Bologna	1	0	2	5	8	16
AOU Ferrara	0	0	1	0	2	3
Istituto Ortopedico Rizzoli	0	0	0	0	0	0
Ospedale di Sassuolo	-	-	0	0	0	0
Montecatone Rehabilitation	-	-	0	0	0	0
IRST Meldola					0	0
Totale	34	40	61	68	91	294

Per quanto riguarda la provenienza delle segnalazioni, nel 2021 le aree più interessate dal problema sono l'area psichiatrica-dipendenze per quanto riguarda le aggressioni fisiche (50%) e contro la proprietà (50,5%), mentre l'area più interessata dalle aggressioni verbali rimane il Pronto Soccorso con una percentuale del 33%.

Aggressioni per tipologia ed ambito (2021).
Fonte: *incident reporting – scheda violenza a danno di operatore*



Per quanto riguarda gli Eventi Sentinella, la Regione Emilia-Romagna, in accordo con le altre Regioni e PA della Sub Area Rischio Clinico, ha stabilito criteri selettivi e caratteristiche di gravità per la segnalazione dell'evento “atto di violenza a danno di operatore” sul portale SIMES del Ministero della Salute. In coerenza con tali criteri, le segnalazioni per “atto di violenza a danno di operatore” sul sistema SIMES Eventi sentinella nel 2021 sono state tre.

Gli Infortuni

I dati sugli infortuni relativi agli episodi di violenza sono stati elaborati utilizzando le informazioni del portale dell’Osservatorio Regionale di monitoraggio degli Infortuni e delle malattie professionali correlate con il Lavoro (OReIL) che consente accessi riservati per elaborazioni particolari. Il sistema OReIL contiene le informazioni INAIL sugli infortuni e le malattie professionali dei casi denunciati e riconosciuti condivise nell’ambito del progetto *Flussi Informativi INAIL- Regioni e Province Autonome*.

Le informazioni sulle aggressioni provengono da una delle variabili ESAW (*European Statistics for Accidents at Work*) contenute nei dati INAIL, precisamente nella **deviazione**, cioè la variabile che codifica, per ogni singolo infortunio, ciò che è “andato storto”. Per avere un quadro di riferimento oggettivo, si è proceduto, in prima istanza, alla estrazione di tutti gli infortuni contenenti la seguente codifica:

Codice Deviazione ESAW:

83 - Violenza, aggressione, minaccia - proveniente da persone esterne all’impresa verso le vittime nel quadro della loro funzione (rapina in banca, aggressione ad autisti di autobus, ecc.)

82 - Violenza, aggressione, minaccia - tra dipendenti dell’impresa.

Gli infortuni da aggressione nel comparto Sanità, identificato secondo il codice ATECO Q, rappresentano circa il 31% del totale degli infortuni definiti positivamente per aggressione/violenza in tutti i compatti negli anni 2011-2020 in esame. Il dato relativo all’anno 2020, alla data della pubblicazione del *report*, è ancora in fase di consolidamento trattandosi, come sopra riportato, di dato relativo agli infortuni riconosciuti dall’INAIL. In ogni caso possiamo già notare in questo ultimo anno un calo degli infortuni. Questo codice non è esclusivo delle Aziende Sanitarie pubbliche ma comprende anche il mondo sanitario privato.

L’analisi ha poi ristretto il campo agli infortuni da aggressioni/violenze accaduti nelle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna, selezionandole esplicitamente mediante l’elenco della Tabella 2.

Si può notare che nel periodo oggetto di valutazione sono stati denunciati 553 eventi che rappresentano il 1,8 % degli infortuni totali accaduti nello stesso periodo nelle stesse Aziende Sanitarie, pari a 30.050 eventi.

Tabella 1 Grafico 1 - Infortuni con modalità Esaw “violenza, aggressione”: dati relativi alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, negli anni 2011- 2020

Struttura	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale
01 AUSL Piacenza	1	3	4	2	3		5	2	2		22
02 AUSL Parma	4		5	8	3	6	5	4	11		46
03 AUSL Reggio Emilia	4	6	6	4	8	4	2	2	1	2	39
04 AUSL Modena	3	5	3	4	1	3	3	7	8	6	43
05 AUSL Bologna	17	15	20	11	7	7	6	9	6	1	99
06 AUSL Imola	1	2	2	2		2	4	5	1	2	21
07 AUSL Ferrara	3	4	2	1	1	2		1	3	3	20
08 AUSL Romagna				23	38	20	25	23	19	19	167
09 AOU Parma	5	5	3	4	7	2	3	3	7	7	46
10 AOU Modena	1	1	1		1		2	2	1	1	10
11 AOU Bologna	4	3	8	1		5	1	4	2	1	29
12 AOU Ferrara	2		1	2				1		1	7
13 Istituto Ortopedico Rizzoli	1										2
14 IRST Meldola								2			2
15 Ospedale Sassuolo											
16 Montecatone Rehabilitation Institute											
Totale	46	44	56	62	69	51	58	63	61	43	553

Regione Lazio

Nel 2021 il portale regionale Rating ASL (di seguito “portale”) è stato alimentato da 61 strutture (18 pubbliche e 43 private). Il numero delle strutture private è diminuito di 6 unità rispetto al 2020. Più nel dettaglio, rispetto alle strutture che hanno alimentato il portale lo scorso anno, 15 strutture non lo hanno fatto nel 2021, mentre nove strutture hanno iniziato ad alimentare il portale nel 2021 (Tabella 1, in blu sono evidenziate le strutture che hanno alimentato il portale sia nel 2020 che nel 2021).

Tabella 1 – Elenco delle strutture che hanno alimentato il portale regionale nel 2021	
1. ACISMOM	32. POLICLINICO CASILINO
2. ANTEA	33. POLICLINICO GEMELLI
3. AO SAN CAMILLO FORLANINI	34. POLICLINICO TOR VERGATA
4. AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	35. POLICLINICO UMBERTO I
5. AOU SANT'ANDREA	36. QUISISANA
6. ARES 118	37. REGINA APOSTOLORUM
7. ASL FROSINONE	38. SALUS
8. ASL LATINA	39. SAN CARLO DI NANCY
9. ASL RIETI	40. SAN FELICIANO
10. ASL ROMA 1	41. SAN LUCA DOLOMITI
11. ASL ROMA 2	42. SAN PIETRO FBF
12. ASL ROMA 3	43. SAN RAFFAELE BORBONA
13. ASL ROMA 4	44. SAN RAFFAELE CASSINO
14. ASL ROMA 5	45. SAN RAFFAELE FLAMINIA
15. ASL ROMA 6	46. SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI
16. ASL VITERBO	47. SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA
17. ASSUNTA	48. SAN RAFFAELE SABAUDIA
18. CITTA DI APRILIA	49. SAN RAFFAELE TREVIGNANO
19. CLINICA LATINA	50. SANTA CHIARA
20. CLINICA PARIOLI	51. SANTA ELISABETTA 1 E 2
21. COMUNITÀ CAPODARCO	52. SANTA LUCIA DEI FONTANILI
22. IDI	53. SANTA RITA
23. IFO	54. SANTO VOLTO
24. INMI SPALLANZANI	55. VILLA AURORA
25. KAROL WOJTYLA	56. VILLA BUON RESPIRO
26. MADONNA DELLE GRAZIE	57. VILLA DEI PINI
27. MATER DEI	58. VILLA FULVIA
28. MENDICINI	59. VILLA IMMACOLATA
29. NEMO	60. VILLA STUART
30. NUOVA ITOR	61. VILLA TUSCOLANA
31. OSPEDALE ISRAELITICO	

Complessivamente sono stati caricati 6.074 eventi, un dato in aumento del 31% rispetto all’anno precedente (1.438 eventi in più), così distribuiti nelle tre principali categorie di classificazione:

- CADUTE: 3.600 eventi (il 59,3% del totale, in aumento del 9,8% rispetto al 2020; 323 casi in più);
- AGGRESSIONI: 360 eventi (5,9%; in diminuzione del 3,2%; 12 casi in meno);
- ALTRO: 2.114 eventi (34,8%, in aumento del 114,2%; 1.127 casi in più).

Le strutture pubbliche pur rappresentando il 29,5% di quelle che hanno alimentato il portale, hanno caricato oltre il 56% degli eventi (pari a 3.426 casi).

La **Tabella 2** riporta la distribuzione delle strutture in relazione al numero di eventi caricati nel 2021. Il numero medio di segnalazioni per singola struttura è di poco inferiore a 100, un valore nettamente in aumento rispetto a quello dello scorso anno (pari a 69). Tuttavia, è da segnalare che la mediana è pari a nove, un valore molto basso, che si spiega con il fatto che trentuno strutture hanno caricato nel corso dell’anno meno

di dieci eventi ciascuna. Eliminando queste strutture dall’analisi si assiste a un deciso aumento sia del valore medio, che sale a 199, che della mediana, che arriva a novanta.

Tabella 2 – Distribuzione delle strutture per numero di eventi caricati		
N. Eventi caricati	N. Strutture	Totale eventi
<10	31	110
≥10 <50	12	291
≥50<100	4	315
≥100<200	5	646
≥200<300	4	1010
≥300	5	3702
TOTALE	61	6074

Le **Tabelle 3 e 4** riportano, rispettivamente, la distribuzione delle strutture pubbliche e private in relazione al numero di eventi caricati nel 2021.

Nel caso delle strutture pubbliche, il numero medio di segnalazioni supera le 190/anno, con una mediana di 122. Escludendo dall’analisi le quattro strutture che hanno caricato meno di dieci eventi nel 2021, il numero medio di segnalazioni sale a quasi 244 e la mediana a centottantasei.

Relativamente alle strutture private, il numero medio di segnalazioni è di circa 62/anno, con una mediana di sei. Escludendo dall’analisi le ventisette strutture che nel 2021 hanno caricato meno di 10 eventi, il numero medio di segnalazioni sale a quasi 160 e la mediana a venticinque.

Tabella 3 – Distribuzione delle strutture pubbliche per numero di eventi caricati		
N. Eventi caricati	N. Strutture	Totale eventi
<10	4	16
≥10 <50	1	47
≥50<100	2	180
≥100<200	4	509
≥200<300	3	773
≥300	4	1901
TOTALE	18	3426

Tabella 4 – Distribuzione delle strutture private per numero di eventi caricati		
N. Eventi caricati	N. Strutture	Totale eventi
<10	27	94
≥10 <50	11	244
≥50<100	2	135
≥100<200	1	137
≥200<300	1	237
≥300	1	1801
TOTALE	43	2648

Pur consapevoli dei limiti dello strumento di *reporting* che non consentono affidabili analisi statistiche, il dato relativo al numero medio di segnalazioni/anno delle strutture pubbliche è stato disaggregato in cinque classi sulla base delle caratteristiche organizzative delle strutture per come di seguito specificate: (a) ASL Metropolitane; (b) ASL della provincia di Roma; (c) ASL Provinciali; (d) AO/AOU/Policlinici; (e) IRCCS. I dati sono riportati nella **Tabella 5** (dall’analisi sono state escluse le quattro strutture che nel 2021 hanno segnalato meno di dieci eventi).

**Tabella 5 – Numero medio di segnalazioni/anno
in base alle caratteristiche organizzative delle strutture pubbliche**

Tipo di struttura	N. medio
ASL Metropolitane	364,5
ASL della provincia di Roma	144,7
ASL Provinciali	126,0
AO/AOU/Policlinici	355,8
IRCCS	108,0
TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	243,6

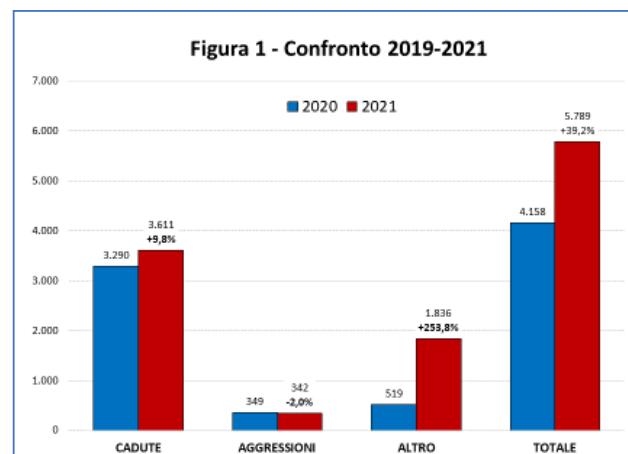
Campione analizzato

Dal totale degli eventi caricati nel 2021 sono state eliminate 285 segnalazioni per motivi sostanzialmente legati a errori di classificazione e, marginalmente, alla duplicazione di eventi. La maggior parte delle segnalazioni eliminate dall’analisi appartiene alla categoria “altro” (273 casi), e i motivi dell’esclusione sono sovrapponibili a quelli citati nel precedente *Rapporto*: (a) dalla descrizione non risultava nessuna correlazione a un danno evitato o subito dal paziente; (b) segnalazioni di malfunzionamento di dispositivi medici senza alcuna correlazione riferita o riferibile a un danno evitato o subito dal paziente; (c) segnalazioni relative alla sicurezza dei lavoratori (D.lgs. 81/08).

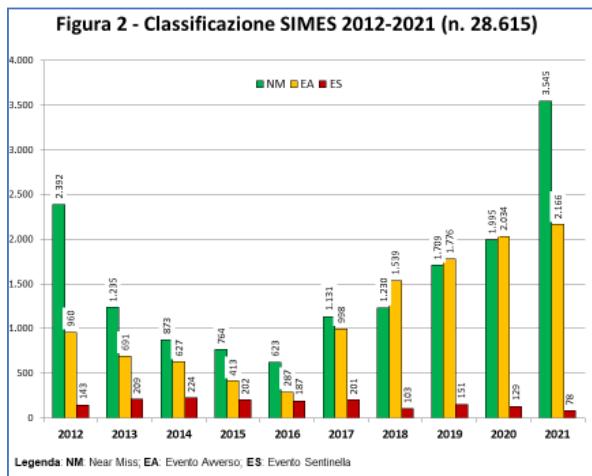
La pulitura dei dati non ha riguardato gli eventi classificati dai segnalatori come eventi sentinella (ES). È bene ricordare, a tal proposito, che gli eventi caricati come ES, pur essendo analizzati come tali in questo rapporto, prima di essere inseriti nel flusso SIMES eventi sono sottoposti a verifica da parte del CRRC, al fine di evitare il rigetto da parte del Ministero della Salute: pertanto il numero degli ES analizzato in questo *report* potrebbe non corrispondere a quello degli ES inviati al SIMES. Relativamente alla classificazione SIMES, inoltre, si ricorda che il portale regionale in uso non consente a chi immette il dato di classificare l’evento come NM o EA, ma unicamente come ES. Si tratta di una scelta legata al fatto che il debito informativo nei confronti del flusso ministeriale è limitato agli ES e, soprattutto, alla possibilità di classificare NM e EA *ex post* al momento dell’analisi dei dati, secondo questi criteri: gli eventi senza danno non classificati come ES dal segnalatore sono considerati come NM, mentre quelli con danno di qualsiasi entità non classificati come ES dal segnalatore sono considerati come EA.

Al termine della ripulitura dei dati e della riclassificazione degli eventi (ad esempio 11 eventi classificati come “altro” e riclassificati come “caduta” sulla base della descrizione dell’evento), **sono stati pertanto sottoposti ad analisi 5.789 eventi**, un dato in aumento del 39,2% rispetto all’anno precedente (pari a 1.631 eventi in più). Di questi il 62,4% delle segnalazioni ha riguardato le cadute (3.611 casi), il 31,7% la categoria “altro” (1.836 casi) e il 5,9% le aggressioni (342 casi).

La **Figura 1** sintetizza le variazioni delle tre categorie di eventi rispetto all’anno precedente. Nel 2021 l’unica categoria di eventi in diminuzione, pur se molto lieve, rispetto al 2020 è quella relativa agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Da segnalare il considerevole aumento delle segnalazioni appartenenti alla categoria “altro” (+ 1.317 casi), anche se l’87,5% delle 1.836 segnalazioni totali di questa categoria proviene da sole due strutture.

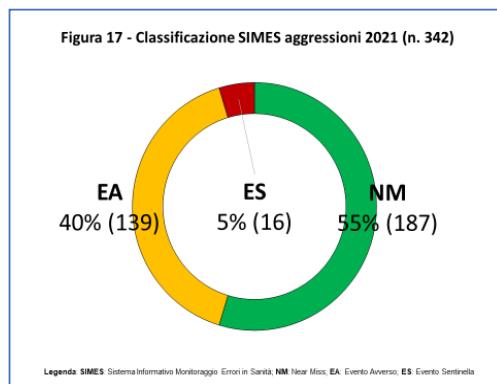


Analizzando la classificazione SIMES degli eventi, nel 2021 si rileva un considerevole aumento dei *near miss* (NM) con 3.545 NM caricati (pari al 61,2% del totale) rispetto ai 2.166 eventi avversi (EA, pari al 37,4%). Questo dato, rispetto a quello dei tre anni precedenti, potrebbe essere indicativo di un miglioramento della cultura della segnalazione degli eventi intercettati o senza danno (**Figura 2**).



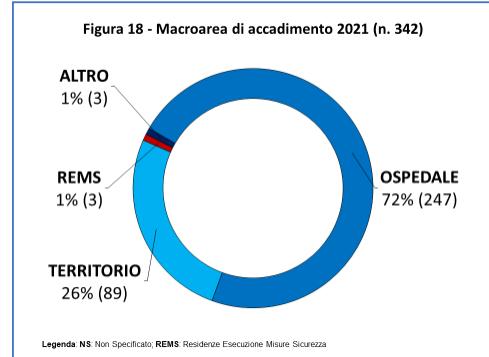
Atti di violenza a danno di operatori sanitari

Il numero di atti di violenza a danno di operatori sanitari segnalati sul portale nel corso del 2021 è stato di 342, pari al 5,9% del totale delle segnalazioni, in diminuzione rispetto all'8,4% dello scorso anno anche se, in numeri assoluti, la riduzione è stata di soli sette casi.

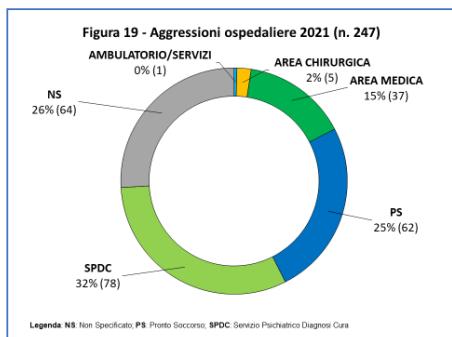


Nel

2021 le aggressioni classificabili come NM sono state il 54,7% del totale (in aumento dal 52,7% del 2020), seguite da quelle classificabili come EA attestate al 40,6% (erano al 37,8%) e da quelle classificate come ES, quasi dimezzate in termini percentuali: dal 9,5 al 4,7%. Rispetto agli anni precedenti si conferma la tendenza in diminuzione degli ES, probabilmente da collegare a un miglioramento nella classificazione degli eventi (**Figura 17**).

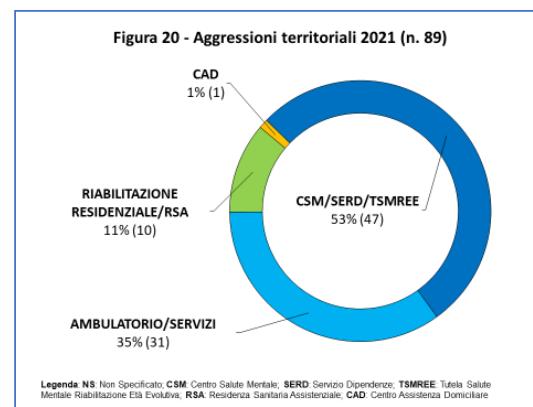


Nel corso del 2021, la percentuale di segnalazioni provenienti da strutture ospedaliere è stata del 72%, in aumento di dieci punti percentuali rispetto al dato dello scorso anno. Le segnalazioni provenienti da strutture territoriali sono rimaste sostanzialmente stabili al 26%, mentre quelle relative alle REMS registrano una diminuzione dall'11 all'1% (da 38 casi a 3) (**Figura 18**).

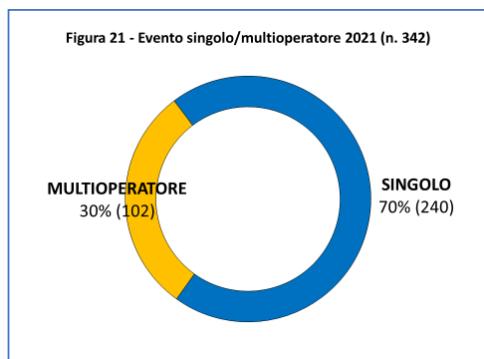


Analizzando nel dettaglio le 247 segnalazioni provenienti dalle strutture ospedaliere nel corso del 2021, emerge che il 32% degli eventi si è verificato in SPDC (78 casi), seguito in ordine di frequenza dal PS con il 25% (62 casi) e dai reparti di Area Medica con il 15% (37 casi). Anche in questo caso si segnala la non trascurabile percentuale di eventi per i quali non è stato possibile risalire al luogo di accadimento, pari al 26% delle segnalazioni (Figura 19).

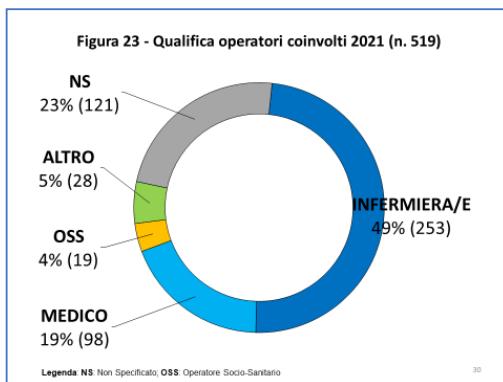
La Figura 20 riporta la sintesi delle 89 segnalazioni provenienti dalle strutture territoriali. Rispetto al 2020 si segnala un aumento della percentuale attribuibile a eventi verificatisi nell'ambito dell'assistenza psichiatrica o per dipendenze. Si è infatti passati dal 51 al 53%, anche se in numeri assoluti il dato è in diminuzione da 48 a 47 casi. Si registra un aumento consistente delle segnalazioni da parte di ambulatori e servizi territoriali (che passano dal 14 al 35% del totale e da 13 a 31 casi) e di strutture di riabilitazione/RSA (che passano dal 5 all'11% e da 5 a 10 casi). La ridistribuzione delle segnalazioni in quest'ambito è da attribuirsi alla scomparsa di segnalazioni prive di indicazioni relativamente alla struttura di accadimento: lo scorso anno le segnalazioni NS erano il 24% del totale (23 casi).



Come già segnalato nello scorso Rapporto, il portale regionale per la segnalazione degli eventi è stato modificato nel 2019 al fine di consentire in maniera strutturata il caricamento di un evento di aggressione a più di un operatore come evento unico completandolo però con i dati di tutti gli operatori coinvolti: questo al fine di evitare la duplicazione degli eventi senza perdere dati utili per valutare le dimensioni del fenomeno. Nel 2021 si registra una diminuzione del 10% delle segnalazioni relative ad aggressioni a singolo operatore e un aumento superiore al 24% di quelle che coinvolgono più operatori. Il numero medio degli operatori coinvolti per eventi “multipli” si attesta a 2.7, in diminuzione rispetto al 3.6 del 2020. Nel 2021, su 342 segnalazioni il 70% ha riguardato aggressioni a un singolo operatore e il 30% aggressioni a più operatori, per un totale di 519 operatori coinvolti (Figura 21).



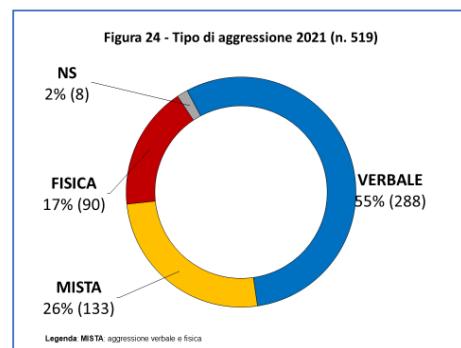
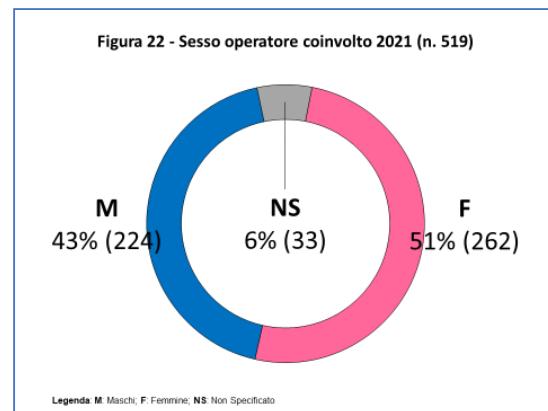
Rispetto al 2020, si registra una diminuzione della percentuale di operatrici coinvolte (dal 55 al 51%) e un aumento della quota di operatori (dal 30 al 43%): tali variazioni sono attribuibili alla decisa contrazione delle segnalazioni in cui non è stato correttamente popolato il campo “sesso” dell’operatore aggredito, passato dal 15 al 6% (**Figura 22**).

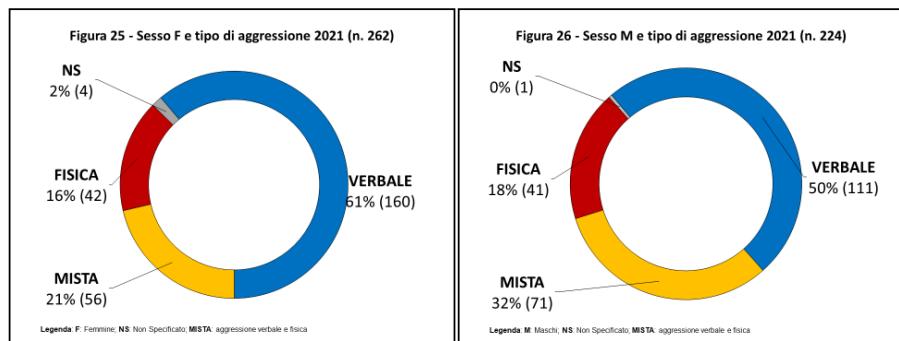


Relativamente alla qualifica degli operatori coinvolti, si conferma anche nel 2021 la netta prevalenza del personale infermieristico, a dimostrazione di una più che probabile correlazione fra il tempo impiegato nelle attività assistenziali e il rischio di essere oggetto di aggressione, anche semplicemente verbale. Rispetto all’anno precedente, nel 2021 si segnala un aumento degli eventi che coinvolgono personale infermieristico dal 41 al 49% (da 228 a 253 casi). Tuttavia si segnala la quota significativa di eventi per i quali non è stata segnalata la qualifica dell’operatore aggredito, anche se in diminuzione rispetto al 2020, essendo passata dal 35 al 23%. È possibile che, almeno in parte, questo dato sia legato a criticità del portale regionale che dovrebbero trovare soluzione con il rilascio della prossima versione (**Figura 23**).

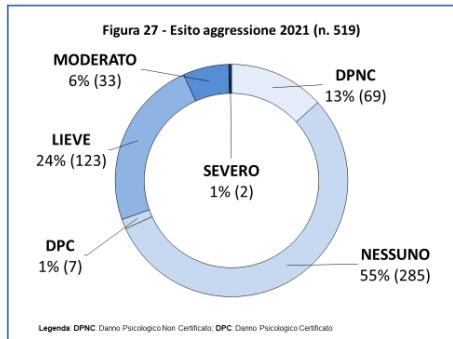
Rispetto al tipo di aggressione segnalata, nel 2021 si rileva la diminuzione delle aggressioni di tipo verbale (che passano dal 65 al 55%), rispetto a quelle di tipo misto (cioè fisico e verbale) e fisiche entrambe in aumento (le prime dal 18 al 21% e le seconde dal 12 al 16%; **Figura 24**).

È stata anche indagata la correlazione fra tipo di aggressione e sesso dell’operatore coinvolto al fine di evidenziare eventuali associazioni. I dati sembrano confermare una prevalenza delle aggressioni di tipo verbale nelle operatrici rispetto a quelle di tipo misto o fisico. Nell’ultimo anno il sesso femminile è stato oggetto di aggressioni di tipo verbale nel 61% degli episodi, rispetto al 50% del sesso maschile. La percentuale di aggressioni di tipo misto è più frequente nel sesso maschile rispetto al femminile (32 contro il 21%). Relativamente alle aggressioni di tipo fisico, invece, la differenza tra i due sessi si riduce, con il 18% nel sesso maschile e il 16% in quello femminile (**Figure 25 e 26**).





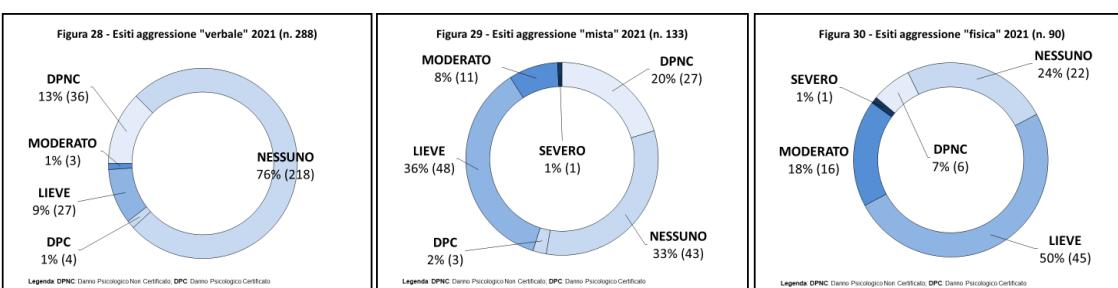
Nel 2021 gli esiti per i 519 operatori coinvolti in episodi di aggressione sono stati i seguenti: NESSUNO nel 55% delle segnalazioni (285), in aumento rispetto al 49% (273) dell'anno precedente; DPNC nel 13% (69) in diminuzione dal 20% (113) del 2020; LIEVE nel 24 % (123) in lieve aumento dal 22% (124); DPC nell'1% (7) rispetto al 2% (10); MODERATO nel 6% (33) stabile rispetto al 2020 e SEVERO nell'1%, dato stabile pur se in diminuzione in numeri assoluti (da 8 a 2; **Figura 27**).



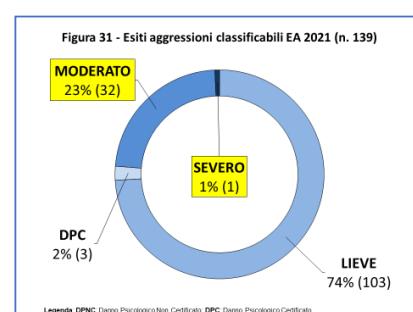
in diminuzione dal 20% (113) del 2020; LIEVE nel 24 % (123) in lieve aumento dal 22% (124); DPC nell'1% (7) rispetto al 2% (10); MODERATO nel 6% (33) stabile rispetto al 2020 e SEVERO nell'1%, dato stabile pur se in diminuzione in numeri assoluti (da 8 a 2; **Figura 27**).

Come preannunciato nello scorso *Rapporto*, a partire dalla prossima versione del portale l'esito degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari tornerà ai cinque livelli previsti dall'OMS, eliminando DPNC e DPC.

Analizzando l'associazione fra tipo di aggressione e l'esito, si conferma la correlazione fra l'entità del danno riportato dall'operatore e il tipo di aggressione segnalata. L'esito NESSUNO passa dal 65% nelle aggressioni verbali al 20% di quelle fisiche. L'esito LIEVE passa dal 13% nelle aggressioni verbali al 51% in quelle fisiche; quello MODERATO dall'1 al 17%. Nessuna aggressione verbale ha avuto un esito SEVERO, contro il 6% in quelle fisiche. Rispetto al 2019 non si rilevano variazioni meritevoli di approfondimento (**Figura 28, 29 e 30**).

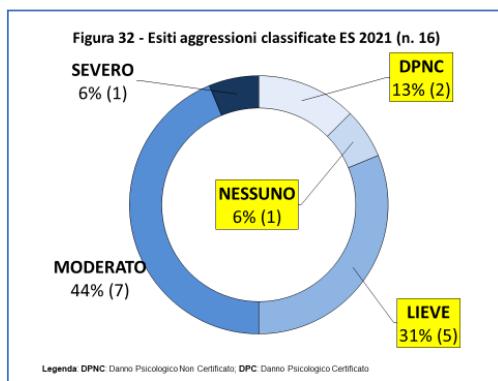


Si è quindi passati ad analizzare la correlazione fra classificazione SIMES e esito dell'evento, evidenziando anche nel 2021 potenziali incongruenze della classificazione rispetto alle indicazioni regionali. Da un lato, infatti, si rileva una possibile sottocodifica dell'evento nel 24% delle aggressioni classificabili come EA che presentano un esito MODERATO (32 casi) o SEVERO (un caso) (**Figura 31**).



All'opposto, il 50% degli eventi classificati come ES (per un totale di 8 casi) riporta come esito: DPNC, NESSUNO o LIEVE, evidenziando un potenziale fenomeno di sovraccodifica, in contrasto con le indicazioni

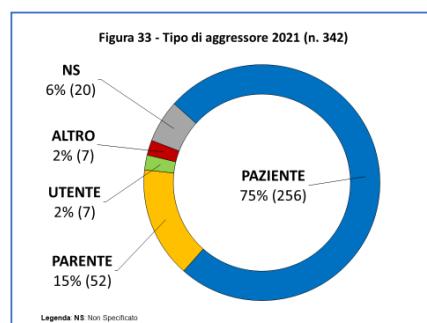
fornite dal citato documento di indirizzo per la corretta classificazione degli eventi, ferma restando l'autonomia del *risk manager* nell'attività di analisi e classificazione degli eventi anche in maniera difforme da tali indicazioni (Figura 32).



Riguardo al tipo di aggressore, si conferma la netta

prevalenza dei pazienti che, uniti agli utenti, arrivando al 77% nel 2021, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2020 (Figura 33).

Disaggregando il dato per le caratteristiche cliniche del paziente/aggressore ed eliminando i pazienti trattati nell'ambito



dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, nelle 140 segnalazioni in cui la descrizione dell'evento riportava informazioni su tali caratteristiche, la percentuale di pazienti per i quali non è segnalata alcuna condizione clinica correlata a un aumento dell'aggressività è stata dell'81% (113 casi), in netto aumento rispetto al 2020 (67%, 68 casi) (Figura 34).

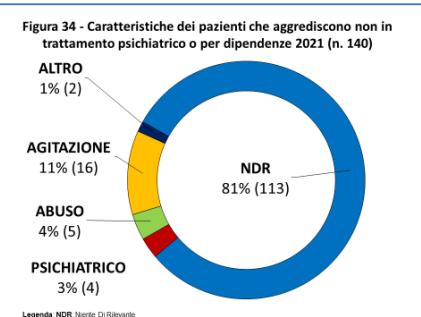
Considerazioni conclusive

Anche quest'anno si confermano i punti di forza e le criticità già segnalate nello scorso *Rapporto*. Pur in presenza di un aumento del numero assoluto di segnalazioni, infatti, il numero di strutture che alimenta il flusso informativo, peraltro in diminuzione rispetto al 2020, è ben lontano dal totale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del SSR.

Un altro elemento di criticità è legato al fatto che, a eccezione di due strutture, la gran parte delle segnalazioni riguarda cadute e aggressioni, laddove ci si aspetterebbe una percentuale molto superiore di eventi appartenenti alla categoria "altro" che, è il caso di ricordare, copre ambiti molto vasti: dalla sicurezza dei farmaci a quella dei dispositivi, dal rischio trasfusionale a quello chirurgico, solo per citarne alcuni.

Fra le 61 strutture che hanno alimentato il portale, quasi la metà ha caricato meno di dieci eventi nel corso dell'anno. Si conferma l'impressione che, ai limiti intrinseci dello strumento di *reporting*, si sommino carenze nella cultura della segnalazione che richiederebbero interventi coordinati e di ampio respiro da parte delle organizzazioni e, soprattutto, l'esplicitazione di un forte *commitment* sul tema della sicurezza delle cure.

Ultimo elemento di criticità continua a essere quello rappresentato dalla qualità del dato in entrata. In questo caso si richiama con forza la necessità che il *risk manager* eserciti una funzione di controllo e di monitoraggio della qualità del flusso di dati. Si spera che entro l'anno venga attivato il nuovo portale regionale SIRES (Sistema Regionale di Segnalazione) che, grazie a una nuova architettura, dovrebbe guidare gli operatori nella compilazione della segnalazione, limitando al minimo le possibilità di errore, l'interpretazione discrezionale dei campi e la perdita di informazioni. Inoltre dovrebbe facilitare sia a livello locale che a livello centrale l'elaborazione di *report* utili per verificare la presenza di aree critiche meritevoli di intervento da parte delle organizzazioni.



Regione Liguria

La regione Liguria non ha fornito i dati regionali ma ha inviato il *report* relativo alle attività della sola Asl3, mentre per le Asl 1, 2 ha inoltrato l'intero *database* degli eventi segnalati, ma non elaborato in forma sintetica e per l'Asl5 solo una tabella riassuntiva del monitoraggio effettuato, di seguito riportata.

Asl1 e Asl2

Le aziende hanno condiviso due *database* contenenti i record relativi ai singoli eventi segnalati. Nello specifico, l'Asl1 ha trasmesso 115 segnalazioni per il triennio (2020-2022) mentre l'Asl2 112 segnalazioni nello stesso triennio.

Asl3

La violenza sul luogo di lavoro e, in particolare, quella a danno degli operatori sanitari, è purtroppo un fenomeno sempre più diffuso in ambito nazionale.

Nel corso della pandemia si sono percepiti crescenti tensioni sociali che hanno provocato un aumento del livello di violenza contro gli operatori sanitari e persino attacchi contro le strutture sanitarie. **L'OMS denuncia che medici, infermieri, personale sociosanitario, personale di sicurezza impegnati nei test, nella vaccinazione e nella cura dei pazienti subiscono minacce e aggressioni.**

In questo scenario l'obiettivo di ASL3 rimane focalizzato sul benessere psico-sociale dei propri dipendenti: la ridefinizione degli interventi di miglioramento organizzativo, dei layout di ambienti e postazioni di lavoro, nonché la indispensabile formazione del personale sono le azioni principali per prevenire e gestire le aggressioni in ambito professionale a tutela degli operatori e dell'utenza

Registrazione casi di violenza

Con la procedura aziendale “Violenza ai danni degli operatori” e con una informazione più mirata, sono giunti all'attenzione del Servizio di Prevenzione e Protezione, attraverso la mail dedicata sppsegnalazioniaggressioni@asl3.it, numerosi casi di denunce di aggressione nei confronti degli operatori dell'ASL 3 che vengono registrati sia al fine statistico che di analisi, per individuare eventuali misure migliorative di prevenzione.

Le variabili rilevate e le loro modalità statistiche sono indicate nei grafici sottostanti, e nello specifico:

- Aggressioni per numero;
- Aggressioni per tipologia;
- Aggressioni per ubicazione;
- Aggressione per mansione;
- Conoscenza aggressore.

I dati

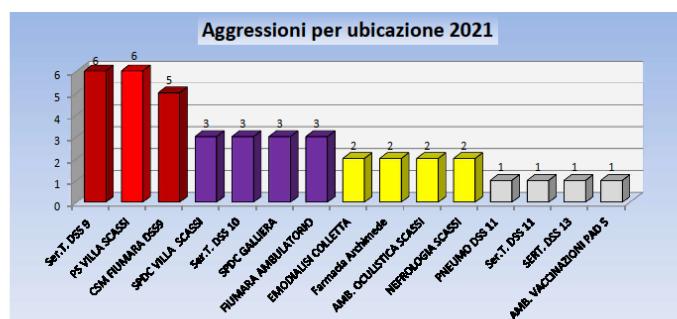
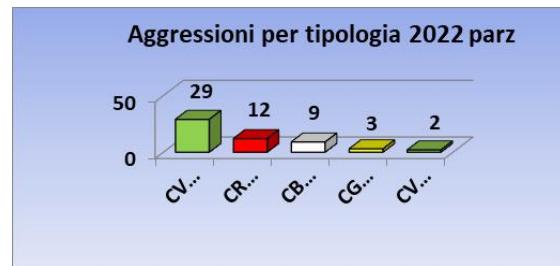
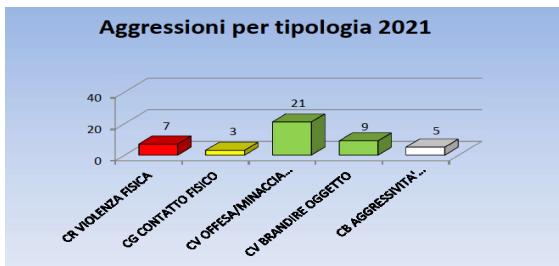
Si precisa che,

nei grafici che seguono, i dati relativi all'anno 2022 sono riferiti al solo periodo gennaio-settembre.

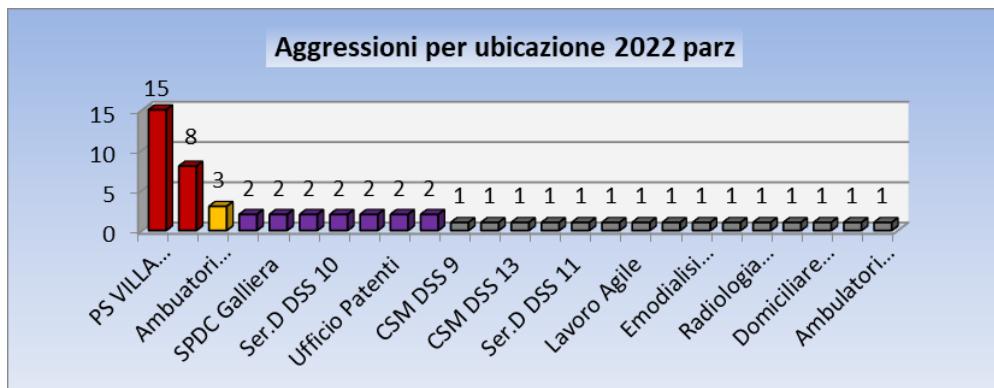
Come mostra il primo grafico soprastante, si evidenzia un decremento nel numero di segnalazioni di aggressioni dal 2019 al 2021 e un aumento per l'anno 2022.

Tale aumento si ritiene possa essere correlato parzialmente al contesto post pandemico e in parte alla continua formazione erogata che ha sensibilizzato gli operatori a denunciare tutti i casi di violenza, anche quella verbale.

Come già registrato per l'anno 2021, anche nel 2022, il numero dei casi di minaccia e di offesa è maggiore rispetto ai casi di contatto fisico e di violenza fisica.

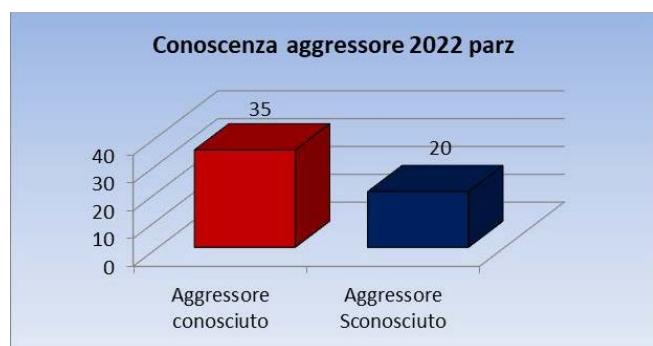
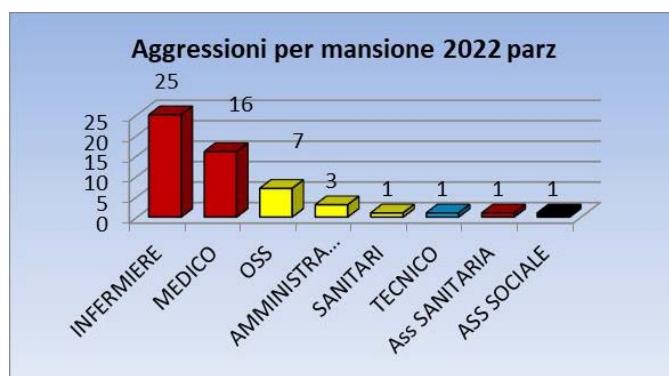


Per quanto riguarda l'ubicazione, come si evince dal grafico, il PS di Villa Scassi è la struttura presso la quale si è registrato il numero maggiore di casi di violenza.



Le categorie che hanno subito più aggressioni sono quelle degli infermieri, seguite dai medici e dagli OSS. Questo è un dato che si è già presentato anche negli anni precedenti e che non si discosta dal panorama nazionale.

La maggior parte degli aggressori è conosciuto dagli operatori: trattasi di pazienti o dei loro congiunti; il restante numero è rappresentato da aggressori sconosciuti.



Procedure di raccolta dati e attività conseguenti

Come da procedura, dopo ogni segnalazione, un ASPP contatta, entro 48 ore, sia gli operatori aggrediti che i loro responsabili (indipendentemente dalla gravità dell'episodio), per raccogliere sia gli aspetti fattuali dei casi, sia gli aspetti emotivi;

I singoli casi vengono registrati informaticamente dal personale del SPP a fini pre/Responsabile della struttura nella quale è interno con lo scopo di analizzare le modalità

statistici e di analisi dell'evento. Contestualmente, il Direttore/Responsabile della struttura nella quale è avvenuta l'aggressione, è tenuto ad organizzare un audit interno con lo scopo di analizzare le modalità dell'accaduto ed individuare le prime misure correttive.

Successivamente, a seguito di valutazione del caso, il SPP, previo contatto con il Direttore della Struttura, organizza ed effettua un audit volto ad individuare, se necessario, ulteriori interventi preventivi e protettivi di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo e formativo nonché di supporto agli operatori.

Attività del spp

- Formazione specifica in tema di violenza a danno degli operatori:
 - a) Corso: "Prevenzione, de-escalation e gestione delle aggressioni nei confronti degli operatori della sanità";
 - b) Incontri mensili in materia di "Rischi psicosociali in ambito-sanitario assistenziale: lavorare in team gestione delle dinamiche e dei conflitti" con i gruppi che ne hanno fatto richiesta;

- Incontri con il personale vittima di violenza e loro dirigenza con l'obiettivo di individuare interventi preventivi e protettivi efficaci per la prevenzione e gestione della violenza e delle conseguenze psicologiche e psichiatriche sugli operatori;
- Sportello di Ascolto per i dipendenti in presenza e on-line (singola o di gruppo);
- In occasione della Giornata Nazionale di Educazione e Prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari (12 marzo), in collaborazione con Ufficio Comunicazione, sono stati progettati, realizzati e affissi, all'interno dell'ASL, dei cartelloni informativi sul tema della violenza contro gli operatori sanitari.

Interventi in programma

- 1) Progetto di stipula protocolli operativi con le Forze dell'Ordine;
- 2) Aggiornamento procedura operativa “Violenza ai danni degli operatori” e relativo modulo segnalazione;
- 3) Erogazione di formazione specifica al personale;
- 4) Proposta di eventuali piani interni di sicurezza.

Asl5

Come precedentemente descritto, l'Asl5 ha inviato la seguente tabella:

TABELLA AGGRESSIONI SEGNALATE AD OPERATORI SANITARI - ASL5 - 1/1/2022 - 21/11/2022								
TOTALE 46	DIPARTIMENTO							
	DEA	MATERNO INF	SALUTE MENTALE	MEDICO	SERVIZI	PREVENZIONE		
	50%	23%	16%	7%	2%	2%		
	LUOGO							
	P.S.	DEGENZA	ALTRO	AMBULATORIO	UFFICIO AMMINISTRATIVO	PARTI COMUNI		
	53%	23%	11%	9%	2%	2%		
	AGGRESSIONI DA PARTE DI			OPERATORE COIVOLTO				
	PAZIENTI	73%		INFERMIERE	M 36%	F 64% TOT 75%		
	PARENTI	27%		MEDICO	40%	60%		
	ALTRO	0%		ALTRO	0%	100% 2%		
ESITO DELL'EVENTO								
NON CERTIFICATO	DANNO FISICO	DANNO PSICHICO	IMMEDIATA	14%	4%	4%		
CERTIFICATO	20%	45%	SUCCESSIVA	20%				
TIPOLOGIA EVENTO				PROCEDURE AVViate DALL'AGGREDITO				
AGGRESSIONE VERBALE	66%		INTERRUZIONE DEL LAVORO	NESSUNA		80%		
DIFFAMAZIONE/CALUNNIA	14%			DENUNCIA		18%		
MINACCE	52%			INTERVENTO FORZE ORDINE		2%		
SPINTA	20%							
GESTO	CON CONTATTO FISICO	39%						
VIOLENTO	SENZA CONTATTO FISICO	4%						

Regione Lombardia

Introduzione

A seguito della **Legge regionale 8 luglio 2020 - n. 15** “Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario” relativa appunto al contrasto e alla prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell’Azienda regionale emergenza urgenza (AREU), l’Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) ha avviato una prima *Survey* nel 2021 raccogliendo i dati relativi agli **episodi di violenza** commessi ai danni del personale del SSR nel periodo 2019-2020, e una seconda *survey*, da poco conclusasi, relativa agli eventi del 2021.

Metodo e strumenti

La *Survey* è stata predisposta per raccogliere i numeri **degli episodi di violenza** negli anni 2019, 2020 e 2021 e le **misure preventive e contenitive** attivate dal 2018.

Il questionario è stato inserito in Google Moduli, strumento che permette di agire in autonomia a revisioni e modifiche. Lo strumento è stato aggiornato alla luce dell’esperienza della *survey* 2021.

Si compone di due macro-sezioni:

- una indirizzata alle ATS, ASST, AREU, IRCCS pubblici, Strutture private accreditate e strutture socio-sanitarie/Unità di Offerta,
- una indirizzata a Medici di Assistenza Primaria (Medicini di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) in forma libera o aggregata.

Le sezioni prevedono **domande a risposta chiusa**, inerenti alla tipologia di attività sanitaria svolta all’interno delle Strutture Sanitarie, alla numerosità dei professionisti operanti ed a quella relativa al flusso dei pazienti ed i dati numerici relativi agli agiti aggressivi subiti dagli esercenti le professioni sanitarie suddivisi per i vari profili. Quest’ultimo dato prevede la necessità di compilare campi relativi alla presenza/assenza di sistemi di raccolta degli episodi di violenza e la sensibilità verso il fenomeno attraverso anche la costituzione di Gruppi di Lavoro (previsti dalla DGR Lombardia XI/1986 del 23/07/2019), strumenti di *Policy*, documenti e/o procedure relative all’argomento nonché la possibilità di segnalare se erano mai state effettuate denunce dirette e/o indirette ai danni dell’aggressore.

Ulteriori informazioni rilevanti, richieste nella *survey* 2022, hanno riguardato:

- attività sanitarie presso le case circondariali, gli istituti penitenziari, le comunità REMS, ambulatori.
- “effetti” della *survey* dell’anno precedente

Dati raccolti

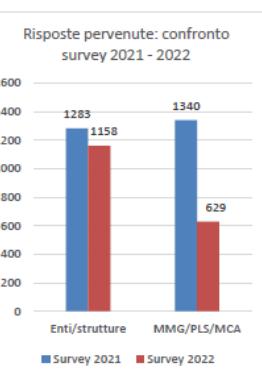
Chi ha risposto

Sono state raccolte 1.786 risposte, di cui 1158 provenienti da Enti e Strutture e 629 da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o medici di continuità assistenziale.

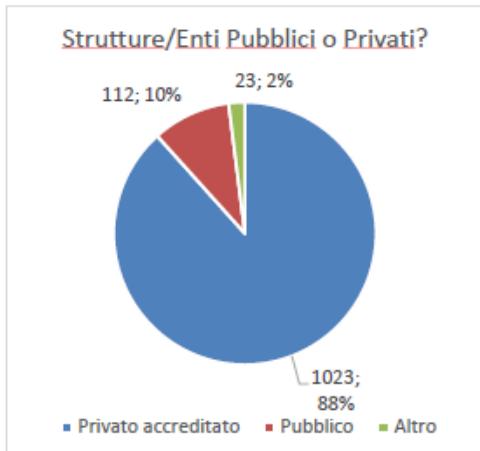
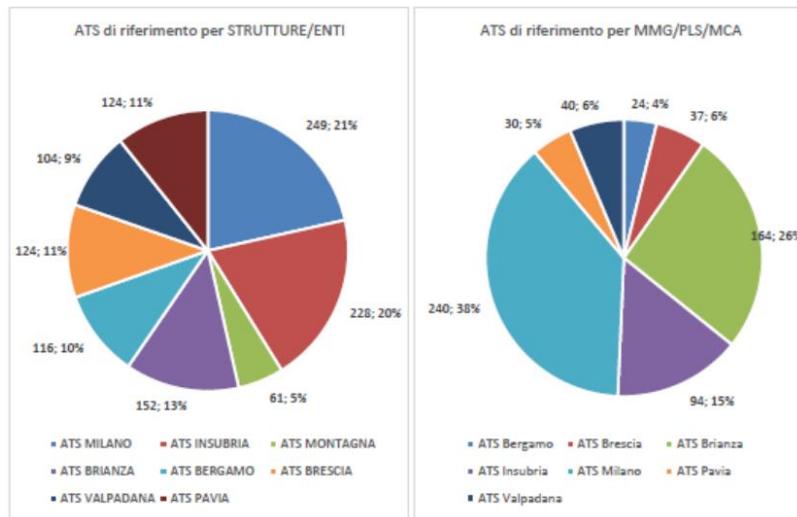
Alla *survey* hanno aderito AREU, tutte le ATS e tutte le ASST e 1.116 enti sanitari o sociosanitari.

Rispondenti Survey 2022 e confronto con la precedente:

Tipologia Ente	Survey 2021		Survey 2022	
	n.enti	n. risposte	n.enti	n. risposte
AREU	1	1	1	1
ATS	8	33	8	11
ASST	27	30	27	30
ENTE SANITARIO O SOCIO SANITARIO	1219	1219	1116	1116
Totale strutture	1255	1283	1152	1158
Tipologia Medico	n. risposte		n. risposte	
Medico di Medicina Generale	980		456	
Pediatri di Libera Scelta	352		161	
Medico di Continuità Assistenziale	3		11	
Incaricato MMG	4		1	
Totale medici	1340		629	
Totale complessivo	2623		1786	



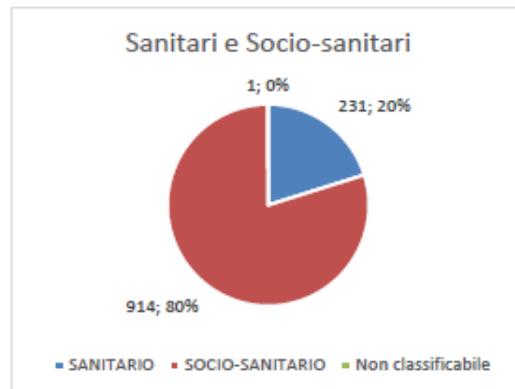
Le strutture rispondenti provengono da tutti i territori lombardi suddivisi per ATS (inclusi tutte le ASST), mentre i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta solo i medici dell'ATS Montagna non hanno aderito.



strutture sanitarie o sociosanitarie, l'80% si classificano come strutture socio-sanitarie, mentre solo il 20% come strutture sanitarie.

Tra le strutture che ci hanno risposto l'88% si classificano come privato accreditato, il 10% come pubblico e un ulteriore 2 % come altro (tendenzialmente privato non accreditato che ha aderito spontaneamente alla survey).

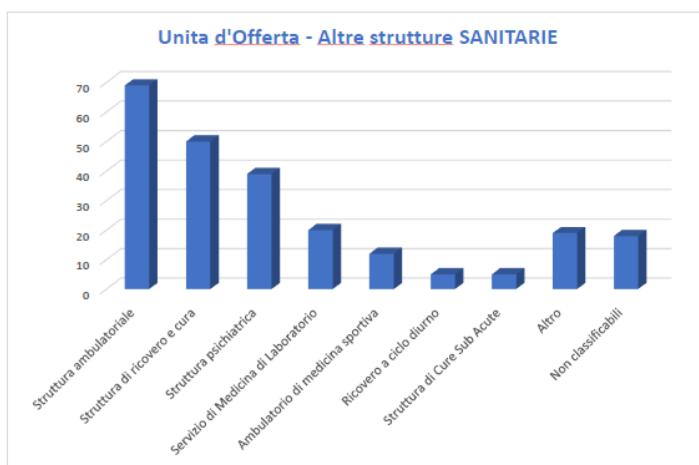
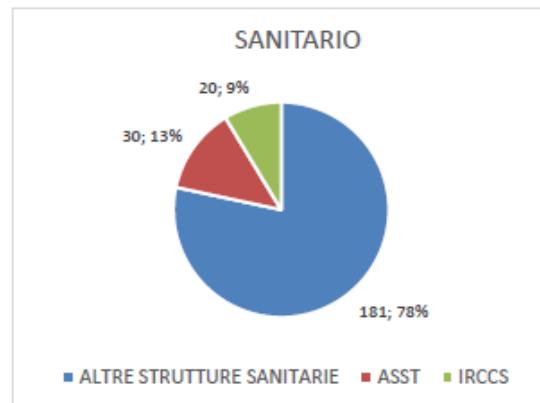
Per quanto riguarda la compilazione da parte delle



Le **strutture socio-sanitarie** che hanno risposto prevedono al loro interno diverse unità d'offerta. La maggior parte dichiarano di avere tra le loro unità d'offerta delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), seguite in numerosità da Centri Diurni Integrati (CDI), Centri Diurni Disabili (CDD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).



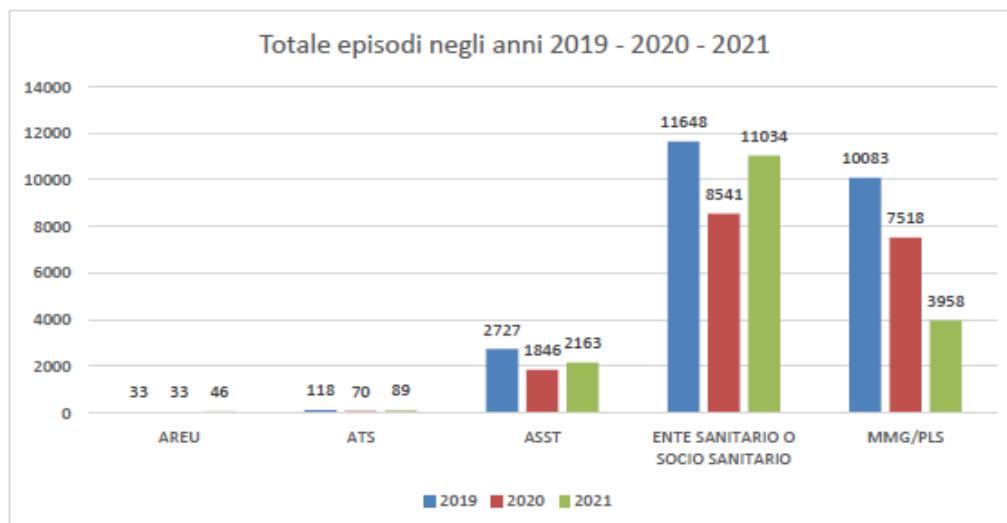
Per le strutture sanitarie, le risposte arrivano per il 13% da ASST, per il 9% da IRCCS e per il restante 78% da altre strutture sanitarie che, nella maggior parte dei casi, si presentano come strutture ambulatoriali, seguite da strutture di ricovero e cura e strutture psichiatriche.



Dati sulle aggressioni

Se si confrontano i tre anni, si osserva un naturale decremento delle aggressioni durante il 2020 a causa della pandemia, per poi ritrovare un aumento degli episodi nuovamente nel 2021. L'eccezione sembrano farla i MMG, da cui raccogliamo un sostanziale decremento degli episodi, che tuttavia è dovuto al fatto che sono pervenute meno della metà delle risposte, rendendo i totali non paragonabili.

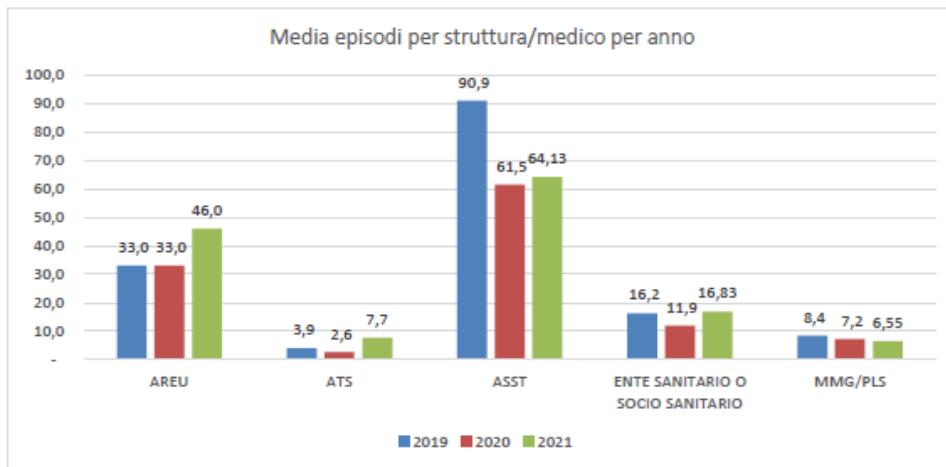
Tipologia	Totale episodi		
	2019	2020	2021
AREU	33	33	46
ASST	2727	1846	89
ATS	118	70	2163
Enti sanitari o socio-sanitari	11648	8541	11034
MMG/PLS	10083	7518	3958
Totale complessivo	24609	18008	17296



Per rendere i dati dei tre anni confrontabili, si riportano anche le medie di eventi per struttura o per medico (nel caso di MMG e PLS). I numeri indicano medie di agiti aggressivi decisamente maggiori per le ASST, con 90 episodi all'anno nel 2019 che scendono a 64,13 nel 2021. Anche l'AREU dichiara circa 30-40 episodi all'anno, ma in questo caso non si tratta di una media essendo un unico ente. Si può comunque rilevare un aumento nell'ultimo anno.

Per quanto riguarda i medici, si passa dalle 8 aggressioni l'anno alle 6,5 per professionista. Le ATS rilevano invece un trend crescente con circa il doppio di aggressioni l'anno, da 3,9 del 2019 a 7,7 del 2021. Gli altri enti sanitari e socio-sanitari si riassettano, dopo la pandemia, su una media di circa 16-17 episodi l'anno.

Tipologia	Media episodi		
	2019	2020	2021
AREU	33,0	33,0	46,0
ASST	3,9	2,6	7,7
ATS	90,9	61,5	64,13
Enti sanitari o socio-sanitari	16,2	11,9	16,83
MMG/PLS	8,4	7,2	6,55
Totale complessivo	30,5	23,2	28,2



La classificazione utilizzata per la segnalazione, richiesta nella *survey*, è la seguente:

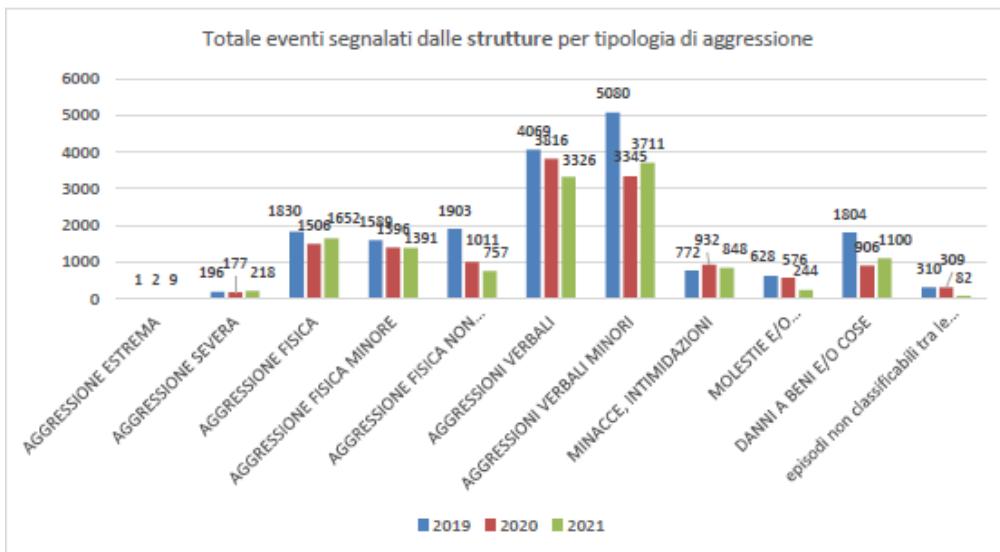
Tabella secondo il Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008", del Victorian Work Cover Authority - Australia

TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE	2019	2020	2021
AGGRESSIONE ESTREMA	1	2	9
AGGRESSIONE SEVERA	196	177	218
AGGRESSIONE FISICA	1830	1506	1652
AGGRESSIONE FISICA MINORE	1589	1396	1391
AGGRESSIONE FISICA NON SPECIFICATA	1903	1011	757
AGGRESSIONI VERBALI	4069	3816	3326
AGGRESSIONI VERBALI MINORI	5080	3345	3711
MINACCE, INTIMIDAZIONI	772	932	848
MOLESTIE E/O COMPORTAMENTI MOLESTI	628	576	244
DANNI A BENI E/O COSE	1804	906	1100
EPISODI NON CLASSIFICABILI TRA LE PRECEDENTI RISPOSTE	310	309	82

Analizzando nel dettaglio solo i dati delle strutture, le tipologie di aggressione più diffuse risultano essere quelle verbali.

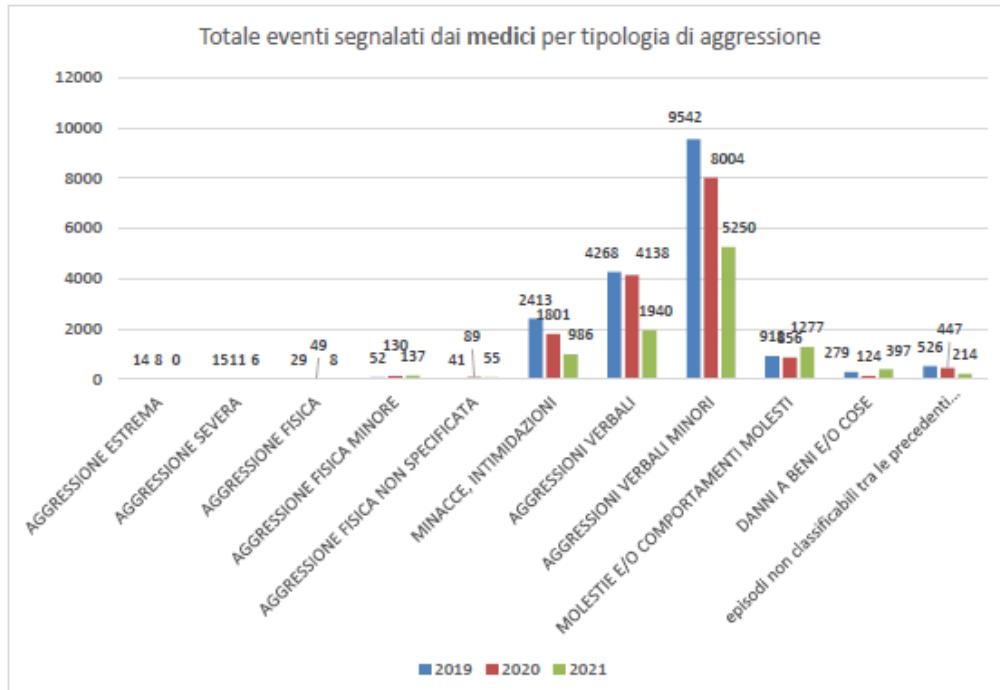
Si evidenzia che dalla prima compilazione della *survey* ad oggi, gli episodi di "Aggressione fisica non specificata" e di "Episodi non classificabili tra le precedenti risposte" sono in netta diminuzione. Ciò fa sperare che la tassonomia proposta nel 2020 con il primo invio sia stata correttamente recepito dalle strutture nel classificare gli eventi.

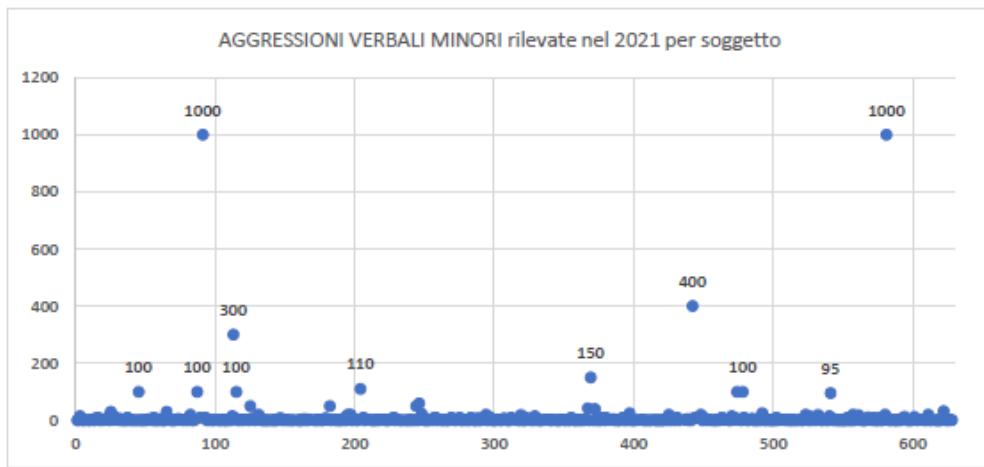
Il risultato atteso nei prossimi anni è che ci siano sempre meno episodi non classificabili o non specificati.



Anche per quanto riguarda i MMG/PLS si evidenzia che le aggressioni verbali sono le più rilevate, anche se va osservato che il numero di aggressioni verbali minori superano di molto il totale delle aggressioni segnalate. Solo nel 2021 sono state rilevate 5.250 aggressioni verbali minori.

Andando a osservare i singoli dati, si nota che compaiono spesso numeri sproporzionalmente alti e irrealistici (ad esempio 1.000).



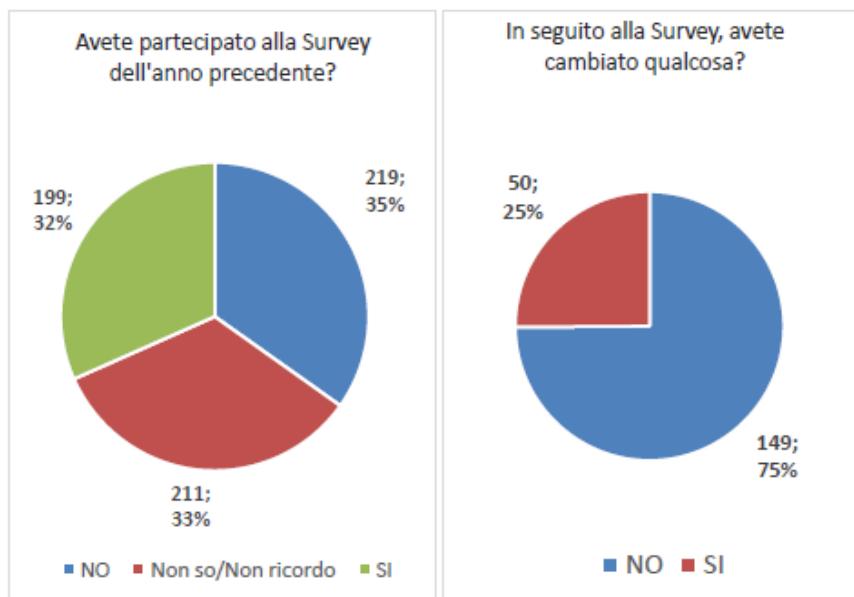


Il 63% dei rispondenti dichiarano di aver partecipato alla survey 2021. Tra questi il 24% hanno dichiarato di aver effettuato delle modifiche in seguito alla partecipazione.

Di seguito alcuni interventi effettuati con la numerosità degli enti che li hanno dichiarati:

Interventi	n
Formazione	85
Modalità di segnalazione	63
Misure di prevenzione	48
Classificazione degli episodi	46
Progetti specifici	35
Implementazione procedure	8

MMG/PLS



Tra di aver apportato delle modifiche. Di seguito alcuni interventi effettuati con la i medici, il 35% ha partecipato anche alla survey dell'anno precedente e tra questi il 25% ha dichiarato numerosità dei medici che li hanno dichiarati:

Interventi	n
Misure di prevenzione	30
Formazione	13
Classificazione degli episodi	10
Modalità di segnalazione	12
Sensibilizzazione dell'utenza	4
Progetti specifici	3

Regione Toscana

La Regione Toscana con la Delibera n. 913 del 6/08/2018 “Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR” e la Delibera n. 1.176 del 22/10/2018, “Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, ha recepito le indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 8/2007 e, in particolare, ha impegnato le Aziende e gli enti del SSR ad implementare un sistema atto a facilitare ed incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, a analizzare le segnalazioni e a individuare le azioni preventive e protettive.

Con il DD n. 3.046 del 7/3/2019, aggiornato con DD n. 3.280 del 28/02/2022, è stato, inoltre, costituito un Osservatorio Regionale Rischio Aggressioni con il fine di:

- monitorare le segnalazioni di atti di violenza a danno del personale sanitario ed il livello di attuazione delle misure di prevenzione e contrasto;
- predisporre un documento contenente linee di indirizzo per le aziende sanitarie e gli enti del SSR, in merito alle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e monitorarne i livelli di attuazione nel tempo;
- attivare iniziative di formazione e aggiornamento rivolte al management ed agli operatori delle strutture del SSR.

L’Osservatorio è coordinato dal settore competente in materia di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro ed è costituito da referenti professionali delle aziende/enti del servizio sanitario regionale, Aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie toscane.

In particolare, fanno parte dell’Osservatorio: i Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione, i coordinatori dei Medici Competenti, i responsabili medici e infermieristici delle Medicine di Urgenza e Pronto Soccorso, i dirigenti amministrativi dei *Front office*, i Dirigenti delle Professioni Sanitarie, i Coordinatori Infermieristici, rappresentanti del Centro regionale criticità relazionali (CRCR) e Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) “di sito ospedaliero” (figura sperimentale costituita in Regione Toscana con DGR 76/2021 al fine di garantire una maggiore attenzione ai rischi interezionali degli ambienti sanitari).

L’Osservatorio regionale ha attivato un monitoraggio trimestrale degli episodi di violenza, raccogliendo le segnalazioni delle Aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie toscane, al fine di avere piena conezza del fenomeno, distinguendo tra aggressioni verbali e aggressioni fisiche, e classificando gli episodi per aree di accadimento (Pronto Soccorso, Servizi per il trattamento delle dipendenze, Area materno infantile, Area Psichiatria, Area C.U.P., Altro) e per professionalità che ha subito l’aggressione (medico, infermiere, OSS, Amministrativo, Assistente sociale/educatore, Altro). L’Osservatorio monitora ogni episodio di violenza, segnalato dal personale, indipendentemente dalla gravità e dalle conseguenze dell’evento, raccogliendo le informazioni in maniera aggregata.

L’Osservatorio si riunisce con periodicità almeno trimestrale, ovvero in coincidenza dell’invio dei questionari di rilevazione, definiti e approvati con DGRT 1.176/2018.

I questionari di rilevazione sono compilati dai Servizi di Prevenzione e Protezione e trasmessi al Settore regionale Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro, che li elabora statisticamente.

Tramite la rilevazione dell’osservatorio sono state registrate in Toscana, rispetto ad un totale di circa 55.000 operatori del servizio sanitario:

- nel 2020, 752 aggressioni al personale sanitario (561 aggressioni verbali, 191 aggressioni fisiche);
- nel 2021, 817 aggressioni al personale sanitario (591 aggressioni verbali, 226 aggressioni fisiche).

Dall'inizio della rilevazione, i dati risultano in crescita, anche in conseguenza delle azioni di sensibilizzazione alla comunicazione e della attività di formazione e informazione svolta negli ultimi anni dalle aziende per una sempre maggiore emersione del fenomeno.

I dati del 2022 confermano un trend stabile, leggermente in crescita.

Con riferimento alla distribuzione del fenomeno aggressivo rispetto ai reparti a maggior rischio e alle professioni maggiormente esposte il dato in Regione Toscana conferma quanto acclarato dagli studi scientifici.

Se si analizzano i dati 2022, ad esempio, i reparti a maggior rischio risultano quelli che trattano pazienti psichiatrici (circa il 26% del totale) e il pronto soccorso (35%); le professioni esposte a maggior rischio gli OSS, gli infermieri e il personale amministrativo.

Oltre all'Osservatorio regionale aggressioni che, come sopra detto, registra tutti gli episodi di violenza, indipendentemente dalla loro gravità, è attivo in Toscana anche il sistema SIGRC, Sistema Integrato Gestione Rischio Clinico, che integra e correla informazioni che gestisce nell'applicativo, in diversi moduli verticali, ognuno dei quali ha un focus sulla qualità e sicurezza delle cure:

- Segnalazione Eventi avversi
- Segnalazione eventi sentinella
- Segnalazione cadute
- Richieste di risarcimento (procedimento stragiudiziale, civile e penale)
- Richieste attestazione volontaria pratiche per la sicurezza del paziente

Nella segnalazione e gestione degli eventi sentinella i ruoli coinvolti sono: il *Clinical Risk manager* (CRM), il Centro Gestione Rischio Clinico (GRC) e la struttura nella quale si verifica l'evento sentinella.

Esistono tre diversi scenari di segnalazione dell'evento sentinella:

- È il Centro Gestione Rischio Clinico che viene a sapere dell'evento prima che gli venga comunicato dal CRM. In questo caso, si chiede al CRM di verificare che le informazioni prevenute al Centro siano veritiero e in caso affermativo di iniziare la compilazione della scheda A (segnalazione Evento sentinella);
- È la struttura nella quale si verifica l'evento sentinella che avverte il CRM, il quale inizia la compilazione della scheda A (segnalazione Evento sentinella) dopo un confronto informale con il segnalatore;
- È direttamente il CRM che da inizio al processo di gestione dell'evento sentinella, compilando direttamente la scheda A.

Il Centro GRC, tramite l'applicativo Si-Grc, invia le segnalazioni al Ministero, partecipando, quindi, di fatto al flusso SIMES.

Sono già stati effettuati approfondimenti tecnici che consentirebbero di implementare il SIGRC al fine della registrazione di tutte le aggressioni nei confronti del personale sanitario, così da addivenire a uno strumento unico regionale di monitoraggio degli eventi.

Regione Umbria

La Regione Umbria ha sempre mostrato particolare attenzione alla tematica promuovendo strategie e programmi dedicati di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, anche con la prospettiva di aumentare la consapevolezza sociale sull'argomento.

Il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente nei Documenti programmatici delle attività regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente dell'anno 2021 e 2022 ha individuato tra gli ambiti specifici di attività sui quali focalizzare particolare attenzione gli Atti di aggressione a danno di operatore sanitario.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede infatti che l'organizzazione sanitaria definisca il proprio orientamento rispetto alla violenza sul lavoro, identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie di prevenzione ritenute più opportune.

Il Centro Rischio Sanitario e Sicurezza dei Pazienti della Regione Umbria ha coordinato un gruppo di lavoro multidisciplinare per la redazione di *Linee di indirizzo sulla segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno di tutti gli operatori che svolgono prestazioni ed interventi socio-sanitari*.

La linea di indirizzo regionale è applicabile in tutte le strutture ospedaliere e territoriali delle organizzazioni sanitarie pubbliche e private regionali ed è rivolta a tutti gli operatori che svolgono prestazioni ed interventi socio-sanitari (medici, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi, operatori sociosanitari, assistenti sociali, tecnici sanitari, personale del servizio di trasporto d'emergenza, studenti e specializzandi, personale di *front office*, addetti ai servizi di vigilanza, ecc.).

L'obiettivo generale che ci si prefissato è stato prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, stimolando e indirizzando le Aziende Sanitarie ad elaborare strategie e programmi omogenei e specificatamente dedicati alla riduzione del rischio di violenza a danno degli operatori sanitari; tra gli obiettivi specifici si annoverano:

- favorire lo sviluppo in ciascuna azienda di una *policy* contro gli episodi di violenza a danno degli operatori, della quale siano informati operatori e utenti che accedono alle strutture;
- redigere, diffondere ed implementare il piano programma aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
- gestire gli episodi di violenza contro gli operatori sia a livello individuale assicurando il trattamento del professionista che ha subito violenza, sia a livello di sistema standardizzando le modalità di segnalazione degli agiti aggressivi e definendo i flussi informativi.

Il documento regionale prevede che, a prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di violenza (oppure il Responsabile o il Coordinatore della Struttura/Servizio), deve tempestivamente segnalare l'evento ai Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione e Gestione Rischio Clinico Aziendali tramite la compilazione di un'apposita scheda di segnalazione, per cui si è predisposto un format, in attesa dell'implementazione del sistema informatizzato Regionale di *incident reporting* per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente. Viene previsto che i Servizi di Gestione del Rischio Clinico e di Prevenzione e Protezione Aziendale analizzano congiuntamente la scheda di segnalazione dell'episodio di violenza a danno dell'operatore ed esprimono un giudizio sulla completezza e congruità degli elementi indicati; il *Risk manager* Aziendale effettua anche una valutazione riguardo la presenza dei criteri per considerare l'episodio un "evento sentinella" sulla base di quanto previsto dal documento regionale recante: "Linee di indirizzo regionali per la definizione, classificazione e segnalazione degli eventi sentinella" (DGR 1441 del 10/12/2018). Se l'evento viene classificato come evento sentinella si assolve al debito informativo relativo agli eventi sentinella attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Se l'evento non risponde ai criteri per la classificazione come evento sentinella i *Risk manager*

aziendali dovranno comunque registrarlo nel sistema informativo aziendale di *incident reporting* dedicato anche alla raccolta e registrazione degli episodi di violenza per poi inviare il dato annuale al Centro.

Non avendo ancora un sistema regionale per la raccolta delle segnalazioni informatizzato, il Centro ha predisposto una tabella di raccolta dati del flusso con indicazione delle variabili da rilevare.

Lo strumento è stato inviato alle Aziende Sanitarie pubbliche nel mese di gennaio 2021 e 2022 ed è stato chiesto loro di compilare i dati relativi all'anno precedente (2020 e 2021) e di trasmetterli al Centro per effettuare le opportune valutazioni sul grado di implementazione delle attività previste dal documento regionale e sulla necessità di ulteriori interventi sulla base delle evidenze emerse. I dati pervenuti sono stati elaborati in maniera aggregata in un format unico regionale (**Figura 1**).

Con l'obiettivo di valutare il grado di implementazione delle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario nell'anno 2021 è stata predisposta e diffusa una **Survey Regionale** alle Aziende Sanitarie pubbliche, i dati pervenuti sono stati elaborati nel documento che si allega (**Figura 2**).

Figura 1 - Griglia di monitoraggio flussi delle segnalazioni atti di violenza commessi ai danni dei singoli esercenti nell'esercizio delle loro funzioni (anni 2020-21)

		FLUSSO		Anno 2020		Anno 2021	
ATTI DI VIOLENZA DANNO DI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE	SEGNALAZIONI VARIABILI	Nr segnalazioni volontarie aggressioni (Strutture Pubbliche)		NR	% su totale	NR	% su totale
		ESITO	nessun danno danno lieve/moderato danno severo				
	TOTALE			79	100%	47	100%
	TIPOLOGIA	Verbale		63	80%	30	64%
		Fisica		16	20%	17	36%
	TOTALE			79	100%	47	100%
AMBITO (SETTING)		Area Psichiatrica-Dipendenze	Servizi di	17	22%	9 14	19%
		Emergenza-Urgenza		17	22%		31%
		Area Materno-Infantile		1	1%	1	2%
		Area Medica		18	23%	9	19%
		Servizi di sanità penitenziaria		2	2%	10	21%
		Luoghi di attesa		20	25%	2	4%
		Strutture Riabilitazione		3	4%	0	0%
		Chirurgia		1	1%	0	0%
		Area amministrativa		0	0%	1	2%
		Spazi esterni		0	0%	1	2%
	TOTALE			79	100%	47	100%

Figura 2 - Survey regionale - Checklist di verifica dell’implementazione

	Item di verifica	Aziende	
		Si	No
Sono state implementate le Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell’operatore sanitario (DGR n. 518 del 30/04/2019)?		4/4	
Si sono riscontrate difficoltà nell’implementazione?		1/4	3/4
OBIETTIVO 1 - Favorire lo sviluppo in ciascuna azienda di una <i>policy</i> contro gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari	È stato costituito un gruppo di coordinamento aziendale?	4/4	
	Il gruppo prevede la presenza almeno dei seguenti componenti: un referente della Direzione Sanitaria, un referente dell’Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane, i responsabili del Servizio Gestione Rischio Clinico e del Servizio Prevenzione e Protezione, un rappresentante della professione infermieristica e medica individuati tra gli operatori dei settori a più alto rischio?	4/4	
	È stata definita la <i>policy</i> aziendale che promuove e supporta la creazione di ambienti liberi dalla violenza?	4/4	
OBIETTIVO 2 - Redigere, diffondere ed implementare il piano/programma aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	È stata effettuata la valutazione del rischio prevedendo un’analisi preliminare del contesto aziendale?	4/4	
	Sono state definite ed implementate misure di prevenzione e controllo per le situazioni di rischio identificate?	4/4	
	Gli eventi di violenza sono tempestivamente segnalati ai Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione e Gestione Rischio Clinico Aziendali tramite la compilazione di un’apposita scheda di segnalazione?	4/4	
OBIETTIVO 3 - Gestire gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari	I Servizi di Gestione del Rischio Clinico e di Prevenzione e Protezione Aziendale analizzano congiuntamente la scheda di segnalazione dell’episodio di violenza a danno dell’operatore?	4/4	
	Il <i>Risk manager</i> Aziendale effettua anche una valutazione riguardo la presenza dei criteri per considerare l’episodio un “evento sentinella” per il flusso informativo SIMES sulla base di quanto previsto dal documento regionale: “Linee di indirizzo regionali per la definizione, classificazione e segnalazione degli eventi sentinella” (DGR 1441 del 10/12/2018)?	4/4	
	Il Gruppo di Coordinamento Aziendale, con cadenza almeno annuale, analizza i dati aggregati relativi agli episodi di violenza utilizzando il sistema locale di <i>incident reporting</i> , il SIMES, le denunce o le comunicazioni di infortunio, le segnalazioni all’Autorità Giudiziaria o qualunque altra documentazione comprovante l’episodio?	3/4	1/4
	Le informazioni sono utilizzate come elemento di conoscenza preliminare per la predisposizione/aggiornamento del piano programma aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari?	4/4	
	I dati sono trasmessi al Centro Rischio Sanitario e Sicurezza dei Pazienti?	4/4	
	È stata predisposta una procedura che espliciti le modalità di assistenza (legale, amministrativa, medico legale e psicologica) del soggetto che ha subito l’episodio di violenza?	3/4	1/4

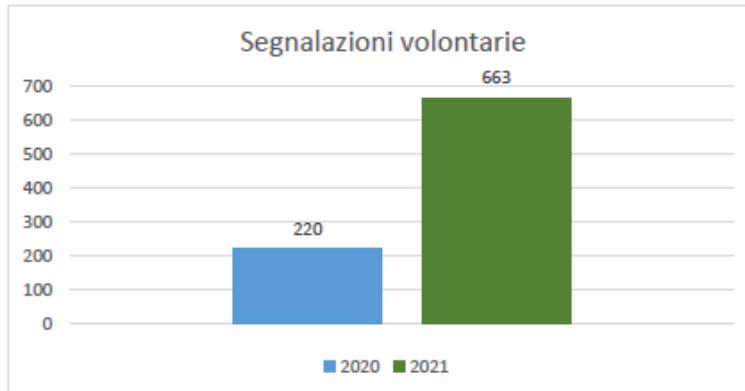
Regione Veneto

Aggressioni nei confronti di operatori sanitari e socio-sanitari: Analisi della raccolta dati tramite incident reporting per il biennio 2020-2021.

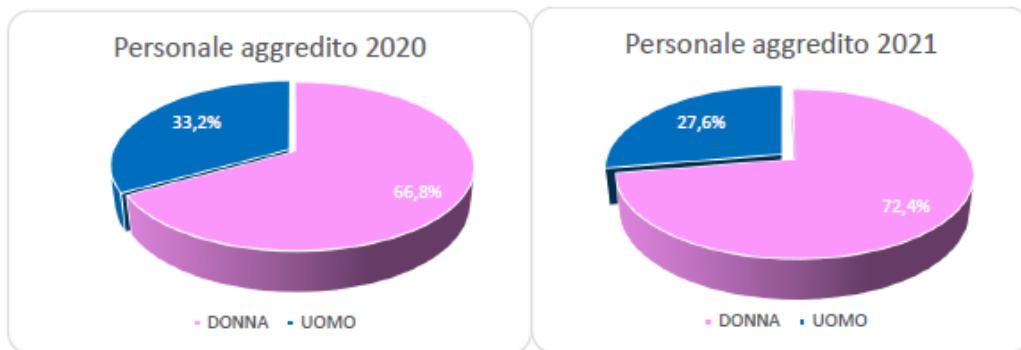
Per la presente analisi sono stati elaborati i dati relativi alle segnalazioni di *incident reporting* estratti dal portale regionale GSRC (Gestione Sinistri e Rischio Clinico) relativi al periodo compreso tra il 1° gennaio 2020 ed il 31 dicembre 2021. Il portale regionale GSRC consente l'inserimento informatizzato, da parte del personale delle Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate con letti di degenza, delle segnalazioni di eventi sentinella, *incident reporting* e dei dati relativi ai sinistri.

La scelta di detto intervallo temporale è derivata dalla predisposizione, da parte della UOC Rischio Clinico di Azienda Zero di una specifica scheda di segnalazione basata sugli orientamenti delle Linee di Indirizzo per il contrasto alle aggressioni nei confronti di operatori sanitari e socio sanitari prodotte da un gruppo di lavoro comprendente personale delle diverse Aziende Sanitarie regionali e coordinato dalla UOC Rischio Clinico di Azienda Zero.

Nel precedente grafico è stato rappresentato il totale delle segnalazioni volontarie raccolte nel corso dell'anno 2020 e 2021 rispettivamente. È chiaramente evidente che la diffusione e l'implementazione della specifica scheda di segnalazione degli eventi aggressivi, in tutte le aziende sanitarie, ha triplicato il numero delle segnalazioni raccolte nel corso del biennio esaminato.



La distribuzione secondo il genere del personale aggredito viene raffigurare nei due grafici sottostanti:



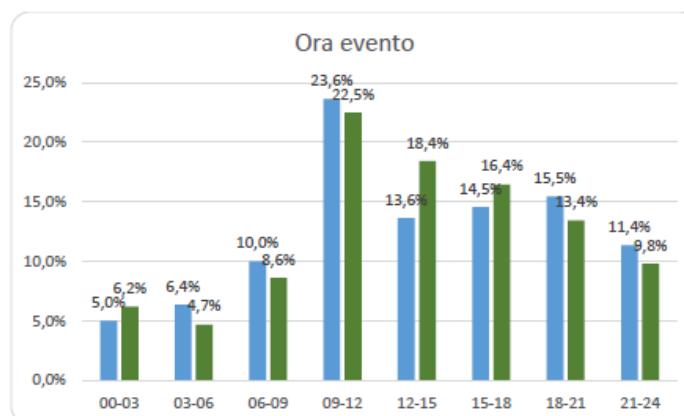
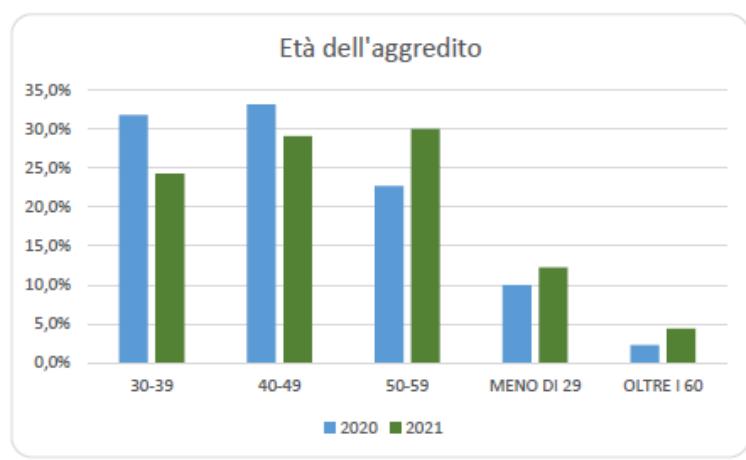
Come si evince dai grafici sopra riportati la componente femminile è rappresentata per i 2/3 nel 2020 e quasi per i 3/4 nel 2021 del totale del personale sanitario aggredito.

Tali dati riflettono la distribuzione del personale dipendente a tempo indeterminato nelle aziende sanitarie del Veneto che, alla data del 31/12/2019, risultava essere per il 74% di genere femminile (dati Ministero della Salute – Direzione Generale delle Professioni Sanitarie del Febbraio 2021).

La distribuzione per età del personale aggredito ha invece dimostrato una maggior incidenza nelle fasce d'età più giovani ed oltre i 60 anni, mentre viene equamente aggredito il personale compreso tra i 30 ed i 59 anni, come esemplificato nel seguente grafico.

Relativamente all'evento aggressione sono stati indicati i dati relativi all'orario dell'evento aggressivo ed alla distribuzione a seconda del giorno della settimana.

Per quanto attiene all'orario i dati sono rappresentati nel grafico sottostante:



affluenza di utenti e, di conseguenza, maggior complessità dei percorsi di cura e risente meno dell'isolamento del personale determinato dalla minor presenza durante le fasce notturne o delle prime ore del mattino.

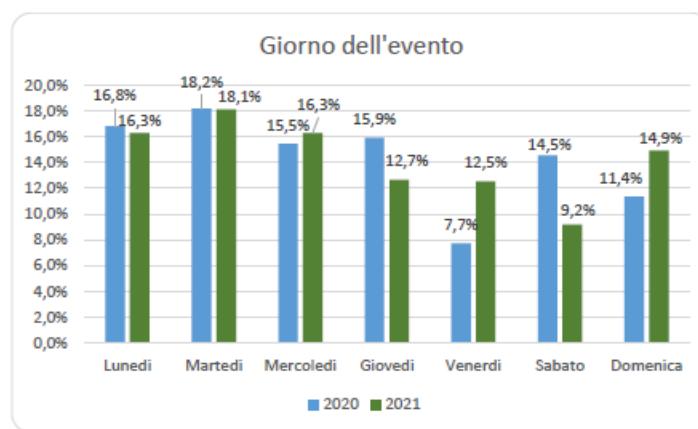
Analogamente a differenza della percezione che il personale fosse oggetto di un maggior numero di aggressioni durante le giornate prefestive e festive, quando le risorse umane disponibili sono ridotte, l'analisi effettuata smentisce questa interpretazione dimostrando una maggior frequenza di eventi aggressivi durante la settimana in particolare il martedì, sia per l'anno 2020 che per l'anno 2021, come evidenziato dal grafico sottostante.

Nel complesso le differenze rilevate nelle diverse giornate della settimana non sono significative, dimostrando una distribuzione quasi omogenea degli eventi con un lieve incremento il martedì e, comunque, durante la settimana piuttosto che nel week end.

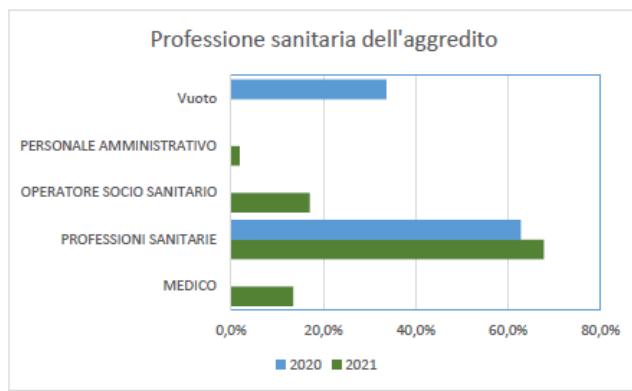
Relativamente al profilo professionale del soggetto aggredito alla fine del 2020 è stata effettuata una revisione della classificazione proposta ex legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 relativa al riordino delle professioni sanitarie, in quanto nella prima

Come si evince dal grafico l'orario di maggior accadimento degli eventi sia nell'anno 2020 che nell'anno 2021 è compresa nella fascia oraria mattutina tra le ore 9:00 e le ore 12:00 nella quale si verificano circa un quarto degli episodi di aggressione.

L'interpretazione di questa rilevazione porta a supporre che una delle determinanti del fenomeno dell'aggressione possa in qualche modo essere posta in relazione con la maggior



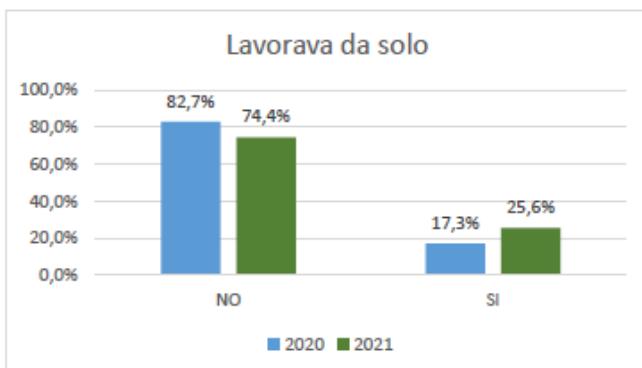
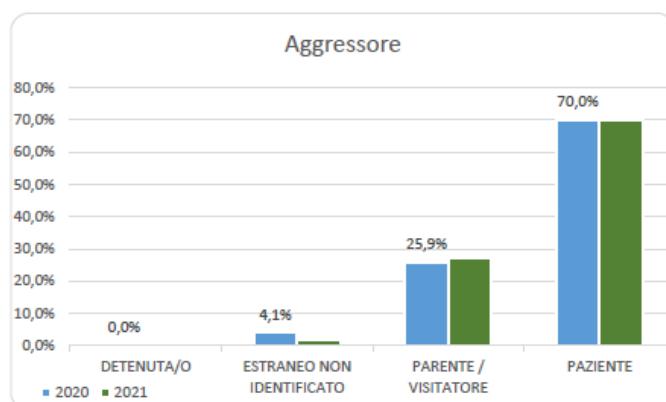
versione alcuni professionisti non riuscivano ad identificarsi nelle categorie prestabilite ed avevamo osservato un eccessivo numero di campi vuoti (come riportato nel grafico seguente).



Nel 2021, a seguito della riorganizzazione, emerge come la categoria infermieristica risulta quella maggiormente propensa a segnalare eventi aggressivi (67,7%), sono, inoltre, state raccolte segnalazioni anche da parte di professionisti medici (13,4%) e personale socio-sanitario (17%).

Nel 70% dei casi segnalati l'aggressore è stato identificato nel paziente stesso, mentre nel 25,9% l'aggressore era rappresentato da un caregiver.

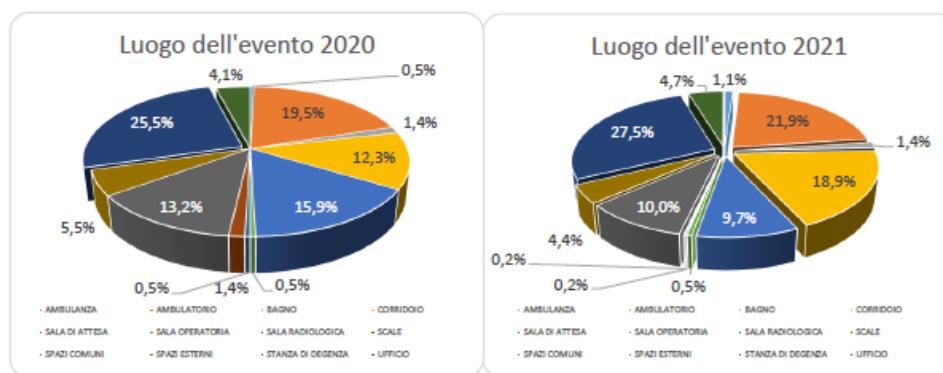
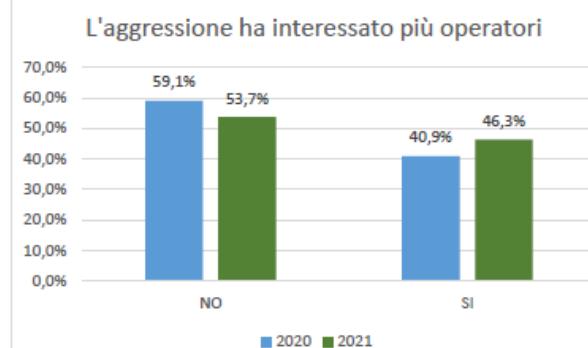
Altro aspetto che si è cercato di indagare tramite la compilazione della scheda di *incident reporting*, appositamente creata per la raccolta di segnalazioni di aggressioni, è quello relativo alla situazione del contesto lavorativo che potrebbe influire sulla possibilità di un evento aggressivo.



Come illustrato nel grafico precedente in circa i $\frac{3}{4}$ dei casi i lavoratori che hanno segnalato eventi aggressivi non erano isolati nel contesto lavorativo, pertanto questo elemento di rischio non è risultato essere un determinante, sul piano organizzativo, delle condizioni che hanno potuto allo sviluppo dell'aggressione.

Anche in un contesto lavorativo ove erano presenti più operatori sanitari l'aggressione è stata indirizzata prevalentemente verso un singolo operatore. Comunque la differenza riscontrata, rappresentata nel grafico sottostante, è inferiore al 20% dei casi (da 59,1 a 40,9%) nel 2020 e al 10% dei casi (da 53,7 al 46,3%) nel 2021.

La distribuzione dei fenomeni aggressivi a seconda del luogo di evento interessato mostra una distribuzione quasi sovrapponibile nei due anni oggetto del confronto, con una lieve diminuzione nelle sale d'attesa per l'anno 2021, parallelamente compensato da un aumento delle aggressioni nei corridoi.



Poiché lo schema di raccolta dati prevedeva la segnalazione del luogo ove avveniva l'aggressione e la sede lavorativa dell'operatore coinvolto, la maggior parte dei segnalatori ha omesso di indicare la tipologia di processo assistenziale, come si evince dalla sottostante tabella:

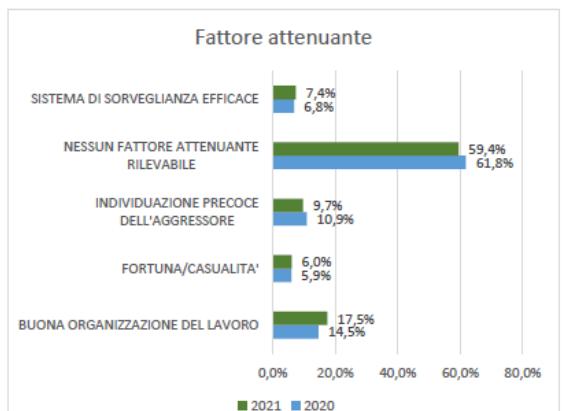
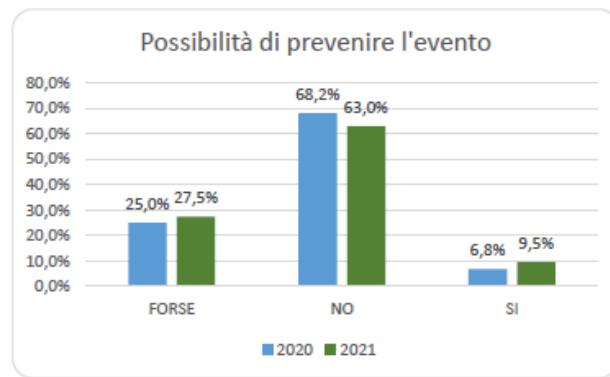
CAMPO VUOTO	182	82,7%	581	87,6%
AMBULATORIALE	17	7,7%	29	4,4%
DISTRETTUALE / TERRITORIALE	1	0,5%	5	0,8%
INFORTUNIO (RCO)			1	0,2%
RICOVERO ORDINARIO PROGRAMMATO	6	2,7%	18	2,7%
RICOVERO ORDINARIO URGENTE	9	4,1%	20	3,0%
URGENZA ED EMERGENZA	5	2,3%	9	1,4%
Totale complessivo	220		663	

Per la presente relazione si omette di evidenziare le unità di offerta (UDO) coinvolte nella vicenda in relazione alla loro molteplicità e considerando che la loro analisi trova maggior rilevanza nel contesto del presidio lavorativo coinvolto, più che in un'analisi regionale.

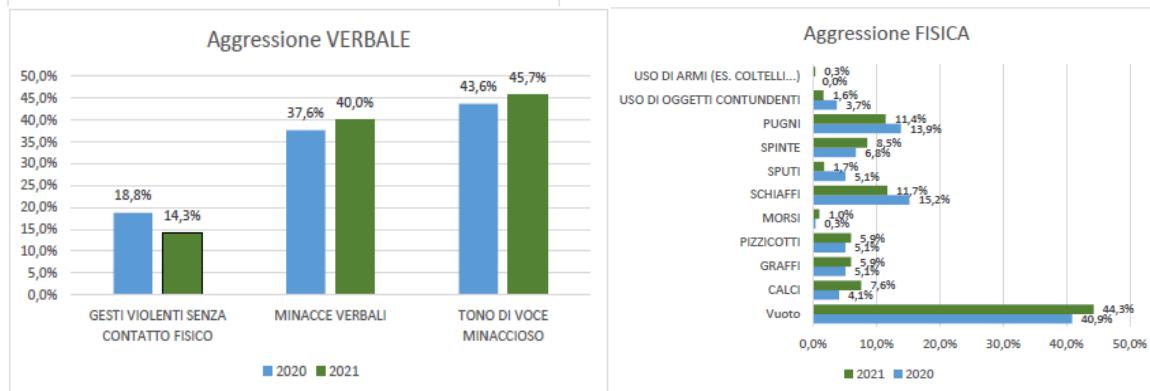
Altro elemento valutativo richiesto al segnalante era di evidenziare la possibilità di prevenire l'evento aggressivo, i risultati della domanda sono rappresentati nel grafico seguente.

Come si evince dal grafico, in oltre il 60% dei casi gli operatori sanitari non ravvisavano la possibilità di prevenire l'aggressione subita.

Parimenti, alla domanda se qualche fattore attenuante abbia in qualche modo mitigato l'entità dell'evento aggressivo, in oltre il 60% dei casi il personale coinvolto non ravvisava fattori attenuanti.



Infine, relativamente alla tipologia di aggressione verbale o aggressione fisica subita, tenendo conto che entrambe le domande potevano presentare risposte multiple, le singole azioni aggressive, espresse in percentuale, sono riportate nei due seguenti grafici.



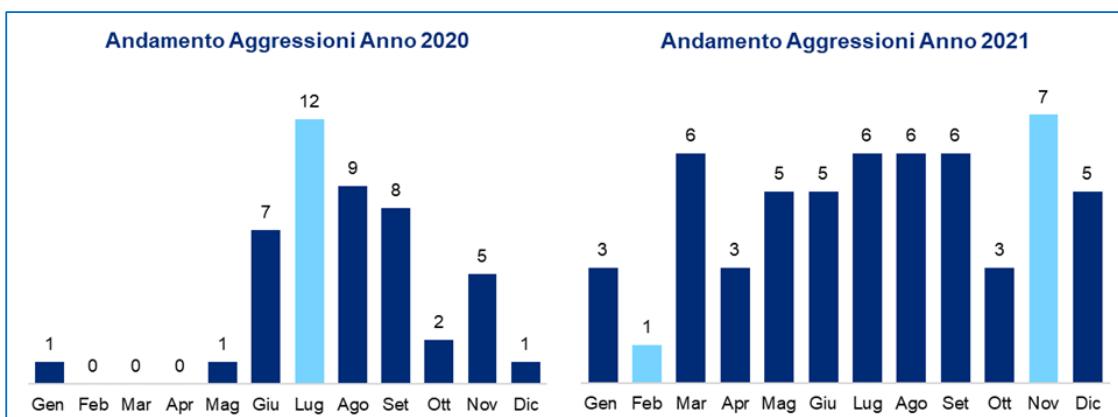
Occorre osservare che, nonostante la possibilità di scelta multipla, anche per le aggressioni fisiche, in oltre il 40% dei casi l'operatore sanitario non ha segnalato il mezzo utilizzato per l'aggressione fisica subita.

Si prevede, pertanto, che durante i corsi di formazione che verranno tenuti nelle singole aziende sanitarie verrà posta enfasi sulla necessità di compilare tutti i campi previsti nella scheda di segnalazione, proponendo di completare le possibili scelte opzionali dei campi qualora fossero segnalate particolari carenze.

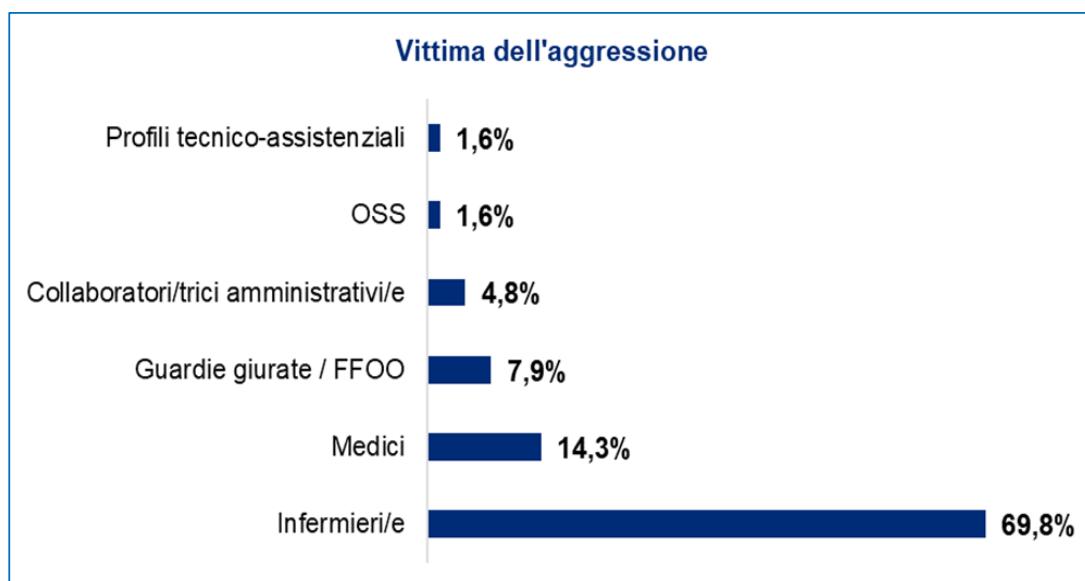
Provincia Autonoma di Bolzano

Per “aggressioni” s’intende qualsiasi tipo di violenza sull’operatore o sul paziente compiuta all’interno delle strutture sanitarie. Il Ministero della Salute inserisce tali circostanze tra gli eventi sentinella. Per violenza su operatore si intende qualsiasi atto posto in essere da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e visitatori che può essere dovuto a scarsa vigilanza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche nonché difficoltà relazionale tra operatori e utenza. Per violenza su paziente, invece, ci si riferisce a qualsiasi atto lesivo posto in essere da operatori sanitari, altri pazienti, familiari o visitatori che può dipendere da scarsa vigilanza, possibile stress e burn-out del personale, nonché carenza di informazione e formazione.

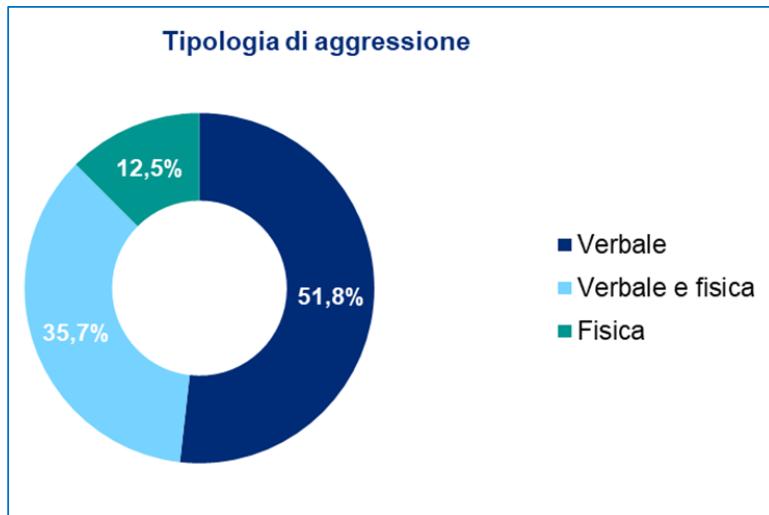
L’analisi dell’andamento per anno evento mostra, per il 2020, un andamento altalenante di segnalazioni con un picco nel mese di luglio (12 episodi di aggressione). Per il 2021, il dato si mantiene stabile con una media di 4 eventi al mese; il valore più alto si registra nel mese di novembre, quello più basso nel mese di febbraio. In totale, nel 2021 si sono registrate 56 segnalazioni relative a tale tipologia di evento nei 4 comprensori di Bolzano, Brunico, Merano e Bressanone.



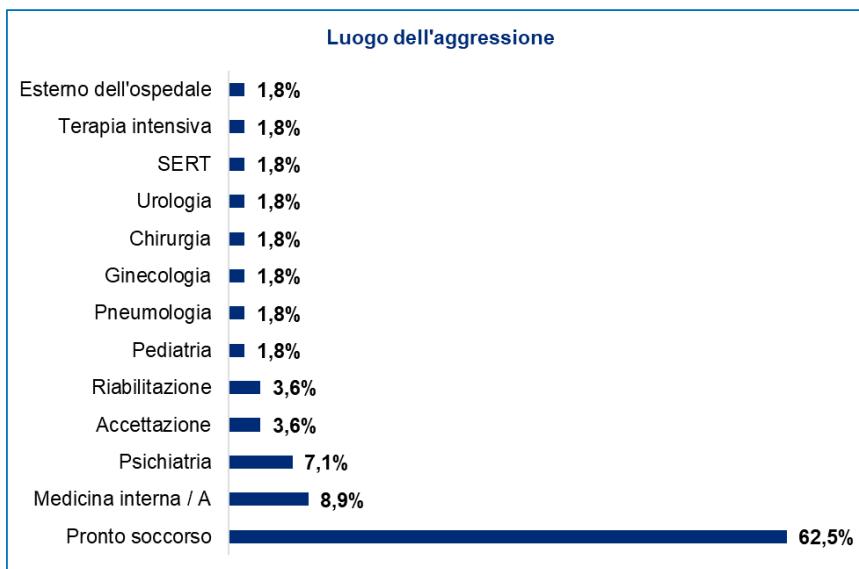
I 56 eventi segnalati nell’anno 2021, hanno coinvolto complessivamente 63 figure professionali in servizio presso i comprensori, tra queste la percentuale maggiore di aggressioni si registra a danno del personale infermieristico (69,8%).



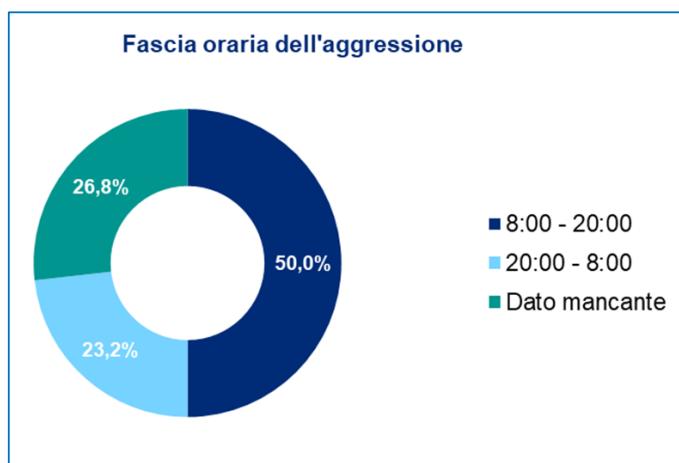
Suddividendo le aggressioni in tre macro categorie (verbale, fisica, verbale e fisica), rileviamo come il 51,8% degli eventi occorsi si riferisca ad aggressioni verbali, seguito dal 35,7% di aggressioni verbali e fisiche. Le sole aggressioni fisiche sono presenti in misura pari al 12,5%.



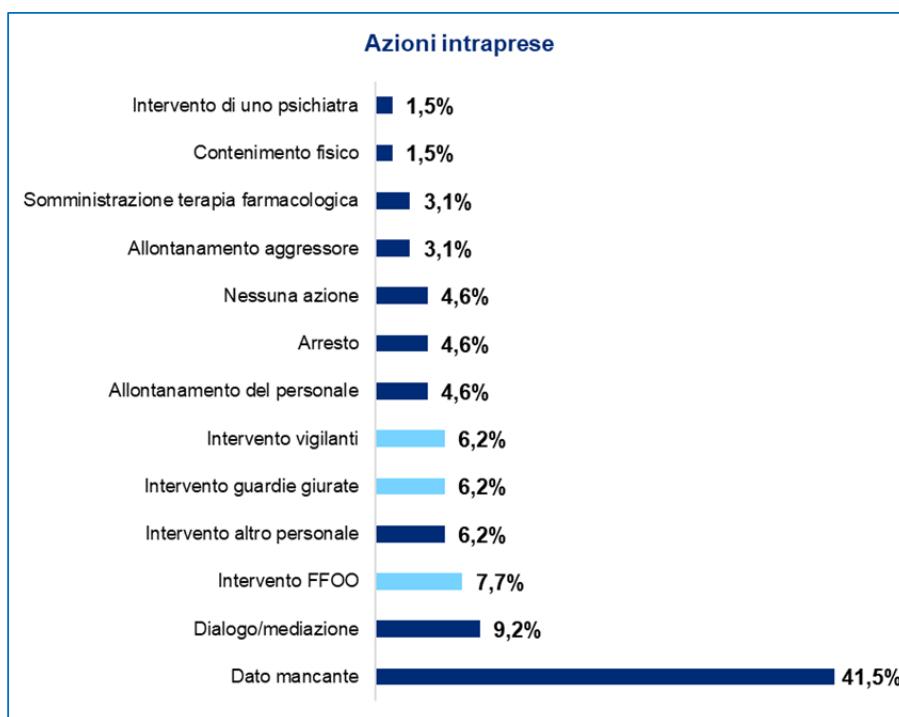
Il maggior numero di aggressioni proviene dal **Pronto Soccorso** (62,5%) seguito, ancorché in misura minoritaria, da Medicina interna (8,9%).



Il momento della giornata in cui si registra il maggior numero di segnalazioni è la fascia oraria **08:00-20:00** con il 50% delle aggressioni totali.



Analizzando le azioni intraprese dagli operatori coinvolti per far fronte all'evento lesivo notiamo come l'intervento di guardie giurate, vigilanti e forze dell'ordine rappresenti complessivamente il 13,8%.



Azioni e iniziative identificate nell'ASDAA

Come da raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007, in relazione agli atti di aggressione e violenza che avvengono nel comparto sanitario è stata elaborata una procedura per la gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari.

Tutti possono essere vittima di eventi di aggressione compiuti da qualsiasi persona entri in ambiente sanitario. Di fatto il personale medico, tecnico-assistenziale, amministrativo, sociosanitario e tecnico coinvolto direttamente e/o indirettamente in processi assistenziali, attività istituzionali, corre un rischio maggiore in quanto è a contatto diretto con le/i pazienti, familiari e utenti esterni (accompagnatori/accapagnatrici, visitatori/visitatrici, ecc.)

Per affrontare questo complesso problema è utile un approccio multidimensionale integrato a misure di gestione del rischio.

È fondamentale che nell'ambiente di lavoro maturi una cultura di rispetto, dignità e impegno reciproco tra personale e utenti per la prevenzione della violenza sul posto di lavoro. La prevenzione della violenza sul lavoro costituisce uno degli obiettivi della Direzione per la salute e la sicurezza del personale.

Sono stati nominati dei gruppi comprensoriali finalizzati a prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso l'implementazione di misure che, in linea con la Raccomandazione ministeriale nr. 8 e le procedure Aziendali, consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi.

Il gruppo di lavoro persegue le seguenti finalità pianificando le relative azioni:

- Applicazione delle procedure e delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione di atti di violenza a danno di operatore attraverso:
- l'analisi delle situazioni operative, al fine dell'identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza
- la diffusione di una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei reparti e servizi e assicurandosi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- azioni di incoraggiamento del personale a segnalare prontamente gli episodi subiti, suggerendo misure per ridurre o eliminare i rischi;
- 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;

Il gruppo di lavoro comprensoriale si incontra di norma almeno 2 volte l'anno verbalizzando i propri incontri. Una volta all'anno i 4 gruppi di lavoro comprensoriali vengono convocati dallo staff gestione rischio clinico aziendale per una riunione in plenaria con la finalità allineare le strategie di prevenzione di atti di violenza a danno di operatore a livello aziendale.

Nel mese di dicembre 2021 è stato firmato inoltre un protocollo di intesa tra ASDAA e la prefettura con le forze dell'ordine. Hanno firmato il protocollo il Direttore Generale ASDAA, il Commissario del Governo, il Questore della Provincia di Bolzano, il comandante provinciale dell'Arma dei Carabinieri, e il comandante provinciale della Guardia di Finanza.

Il protocollo vuole dare attuazione alla legge 113/2020 (disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti delle professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni), che all'art. 7 recita: “al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza le strutture prevedono misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia per garantire il loro tempestivo intervento”

Il protocollo contiene impegni da parte di SABES e impegni da parte delle Forze dell'Ordine.

Impegni di SABES:

- Segnalare eventuali eccezionali aggravamenti del rischio (affollamenti particolari in pronto soccorso, pazienti particolarmente aggressivi in psichiatria)
- Dotare le strutture di misure di sicurezza (sistemi di teleallarme – pulsanti di sicurezza, vigilanza diurna e/o notturna, sistemi di videosorveglianza, vetri antisfondamento)
- Aumentare la deterrenza delle misure di prevenzione attraverso strumenti di comunicazione (cartellonistica, monitor informativi nelle attese) che pubblicizzano le soluzioni adottate nelle strutture
- Sono stati istituiti i gruppi di lavoro comprensoriali “Posto di lavoro sicuro / Sicherer Arbeitsplatz”, i quali hanno il compito di applicare le procedure e le raccomandazioni ministeriali per la

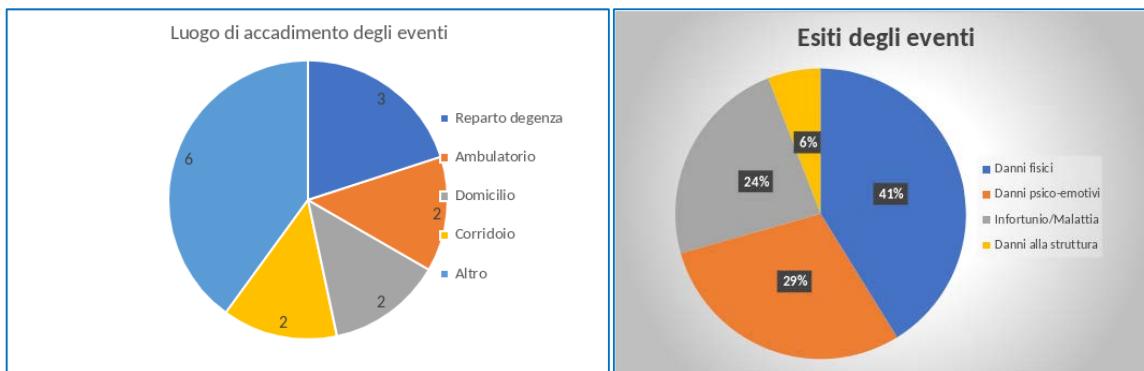
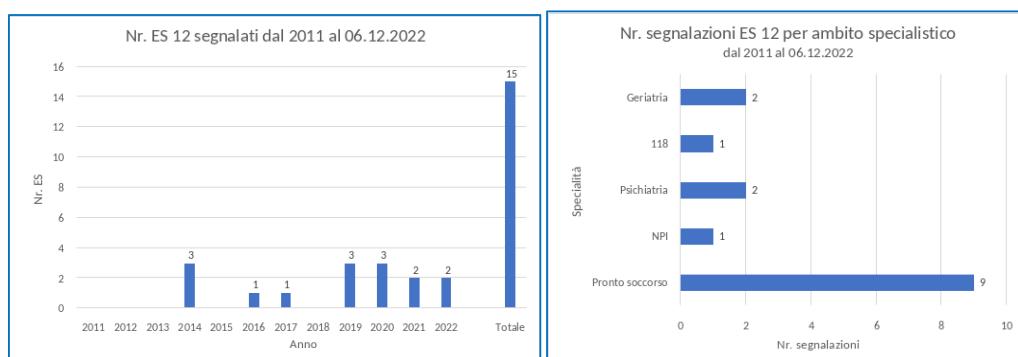
prevenzione di atti di violenza a danno di operatore, pianificando le relative azioni nel proprio comprensorio allineandosi a livello aziendale.

- Attuare la manutenzione di tutti i dispositivi di sicurezza ed eventualmente al loro ripristino in tempi brevi
- Intensificare le attività di formazione e informazione sulla sicurezza al fine di individuare standard comportamentali adeguati
- Promuovere lo svolgimento di corsi di formazione e aggiornamento finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti (anche tramite tecniche di de-escalation)
- Individuare propri referenti di contatto

Impegni delle Forze dell'ordine:

- Intervenire tempestivamente presso i presidi richiedenti (anche in caso di atti di violenza perpetrati da parte di pazienti ricoverati)
- Effettuare riconoscimenti periodiche presso i presidi nell'arco temporale notturno e nei giorni festivi, anche in assenza di particolari situazioni di rischio
- Individuare propri referenti di contatto
- Il Commissariato del Governo promuove riunioni di coordinamento per la trattazione di problematiche inerenti alla sicurezza nelle strutture sanitarie, anche a seguito di criticità segnalate dalle parti firmatarie.

La P.A. di Bolzano ha inoltre fornito le seguenti elaborazioni relative ai dati, per il periodo 2011-06/12/2022, riferiti alla segnalazione degli eventi sentinella da parte dell'Azienda Sanitaria per la medesima tipologia di evento e che sono stati gestiti dal Centro Provinciale per il Rischio Clinico.



I riscontri delle altre Regioni e Province Autonome

La **Regione Basilicata** ha comunicato, che relativamente alla tematica aggressioni su operatori, il GRC di Basilicata non ha mai considerato il tema ricadente direttamente nell'ambito delle attività finalizzate tout court alla gestione del rischio clinico ma guardandola come maggiormente ricadente nelle competenze del d.lgs. 81/2008. Gli eventuali eventi sentinella occorsi negli anni sono stati caricati nel rispettivo flusso SIMES.

Allo stato, non vi è un flusso regionale che raccolga le schede di segnalazione relative ad “aggressioni su personale sanitario” ma si è avviata l’attività di coinvolgimento di tutte le aziende per la ricostituzione del GRC Regionale e per un potenziamento informatico che possa raccogliere al suo interno sia la linea “gestione sinistri” che quella relativa al “rischio clinico” e nell’ambito della quale anche le segnalazioni relative alle “aggressioni su operatori” potranno trovare sede.

La **Regione Calabria** ha comunicato che nella Regione non esiste un sistema centralizzato di raccolta dei dati relativi agli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

I *Risk manager* delle Aziende provvedono all’inserimento dei dati degli atti di violenza sul SIMES, qualora la valutazione dell’evento risponde ai criteri per la classificazione come evento sentinella. Se l’evento non risponde a tali criteri, indipendentemente dal tipo o modalità di accadimento e dalla gravità del danno occorso, la segnalazione viene comunque registrata e vengono effettuati appositi audit.

I *Risk manager* effettuano anche il monitoraggio delle azioni di miglioramento previste a seguito dell’analisi dell’evento. A questo proposito vorrei citare l’esperienza dell’ASP di Crotone che ha istituito un Osservatorio criminologico che ha l’obiettivo di analizzare i casi in maniera approfondita anche sotto altri aspetti quale può essere quello socio ambientale e di effettuare studi comparativi con altre realtà territoriali.

La **Regione Campania** ha comunicato che presso la UOD Assistenza Ospedaliera viene gestito il flusso SIMES (Eventi sentinella e Sinistri).

Le segnalazioni volontarie degli Eventi sentinella pervenute - tramite SIMES - dalle Aziende sanitarie e dai rispettivi Referenti aziendali Rischio clinico, denominati “Atto di violenza a danno di operatore” sono le seguenti:

Evento sentinella	Anno	Numero eventi
Atto di violenza a danno di operatore	2019	14
Atto di violenza a danno di operatore	2020	13
Atto di violenza a danno di operatore	2021	10

A tal proposito, informa che, sull’argomento, allo stato attuale, a parte SIMES, non risulta esistere uno specifico flusso informativo Aziende sanitarie/Regione e che, nelle Aziende sanitarie, sono monitorati/acquisiti gli infortuni dai Servizi SPP anche per atti di violenza a danno di operatore (in alcuni casi, condivisi con il Rischio clinico) e trasmessi all’INAIL; inoltre, nell’ambito delle attività di rischio clinico, sono monitorati gli eventi avversi (minore gravità) e near miss (quasi eventi).

La **Regione Friuli Venezia Giulia** ha comunicato che i dati sono raccolti annualmente (1° gennaio - 31 dicembre) e riguardano il numero di segnalazioni di *incident reporting* codificate come “atti di violenza sull’operatore”. I risultati 2021 sono i seguenti: 269 segnalazioni codificate come “atti di violenza su operatore” su un totale di 1.895 segnalazioni (cadute non incluse).

La modalità di raccolta dati avviene attraverso la raccolta delle segnalazioni di *incident reporting* da parte delle 5 aziende pubbliche del FVG.

Il dato è anche pubblicato annualmente da ogni singola Azienda nella sezione del web che riguarda l’amministrazione trasparente (nella categoria “altri dati”).

Le segnalazioni di *incident reporting* effettuate nelle aziende vengono raggruppate in macro categorie secondo le seguenti definizioni:

- Area organizzativa (accesso, percorsi clinico assistenziali, trasferimenti, trasporti)
- Area terapia (prescrizione, somministrazione, preparazione, conservazione, approvvigionamento farmaci)
- Area assistenza (valutazione paziente, infezioni correlate all'assistenza, lesioni da pressione, nutrizione, emoderivati, procedure diagnostiche e terapeutiche)
- Area diritti del paziente (comunicazione, comportamenti non corretti da parte degli operatori, rispetto procedure, identificazione paziente)
- Area infrastrutture (apparecchiature, elettromedicali, impianti e rete informatica, strutture)
- Altro
- Violenza su operatore
- Cadute

Non esiste un sistema centralizzato di raccolta dati di *incident reporting*. Le aziende raccolgono il dato e lo inviano al Centro regionale, oltre a pubblicarlo sui siti web aziendali; la scadenza per la pubblicazione/invio dei dati dell'anno precedente (es. dati 2021) è posta al 31 marzo dell'anno successivo (es. 2022).

La **Regione Marche** ha comunicato che sino al 31 dicembre 2022 dal punto di vista sanitario era composta da:

1. ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) che riuniva 5 Aree Vaste con diversi presidi Ospedalieri
2. AOU (Azienda Ospedaliera Universitaria)
3. Azienda Ospedaliera Marche Nord
4. INRCA

in ciascuna vi è un referente rischio clinico con propria autonomia in termini di raccolta dati monitoraggio, schede di rilevazione, piani formativi.

Il centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente è stato istituito il 6 agosto 2018 (DR 1.093) e la composizione dello stesso il 20 dicembre 2018 (Decreto ARS), successivamente sono state emanate le linee di indirizzo regionale per la formazione del personale sanitario per il triennio 19-21 con successive modifiche, Nel gennaio 2020 sono stati definiti gli standard operativi per le Aziende Sanitarie.

Non esiste al momento una raccolta dati regionale e ciascuna Azienda Sanitaria provvede all'inserimento dei dati nel portale SIMES ed AGENAS con validazione regionale.

In merito alla rilevazione e segnalazione di Episodi di violenza a danno degli esercenti la professione sanitaria questi sono stati segnalati su SIMES solo se aggressioni fisiche (nel 2022 = 4).

In merito alla scheda di rilevazione le stesse sono diverse tra le diverse strutture è in programma per il 2023 un corso base per tutte le strutture con adesione a singola scheda anche alla luce della nuova organizzazione sanitaria regionale che istituisce dal 1° gennaio 2023: 5 AST, 1 Azienda Sanitaria e 1 INRCA.

I dati vengono raccolti in alcuni casi dai Dip. di prevenzione in altri dal rischio clinico

La **Regione Piemonte** ha comunicato che il dato recuperato dalle ASR non è completo poiché alcune Aziende non hanno ancora risposto oppure hanno fornito dati non corrispondenti all'annualità rilevata. Il dato relativo all'anno 2021 rilevato da 10 su 18 ASR è pari a 644 eventi segnalati.

Hanno però fornito le seguenti informazioni:

Lista delle variabili rilevate

(di seguito si riporta un insieme delle variabili rilevate nelle diverse Aziende)

- Dati tipologia operatori professionale – medico/infermiere/OSS/assistente sociale/ coordinatore infermieristico/amministrativi/tecnici/RSA/MMG/PDLS (talune ASR distinguono gli operatori anche per genere maschile e femminile)
- Dati tipologia aggressori (pazienti/accompagnatori/visitatori)
- Dati tipologia Evento (evitato, avverso, sentinella)
- Dati tipo di violenza agita (verbale, fisica/con arma propria/impropria)
- Dati tipologia di danni a persone, ambienti, arredi
- Dati temporalità accadimento evento (data/ora/giorno feriale/festivo)
- Dati inerenti aree interessate (P.S., area salute mentale e dipendenze patologiche, area ambulatoriale, ecc.)
- Denuncia infortunio
- Denuncia Autorità giudiziaria
- Tipologia cause scatenanti l'episodio di violenza su operatore (tempi di attesa/disservizi/comunicazioni istituzionali/comunicazioni con operatore/infrazioni a regole divieti/stress, dolore fisico paziente/disabilità cognitive/disagio psichico/abuso sostanze, ecc.)

Analisi statistiche effettuate

- Elaborazione dati quantitativa (numero segnalazioni ricevute e individuazione maggior/minor incidenza segnalazioni in strutture dei Distretti territoriali e Presidi ospedalieri)
- Elaborazione dati qualitativa (analisi delle cause che hanno determinato l'episodio di violenza indicate dagli operatori, incidenza tipologia/categoria di aggressori)
- Elaborazione suggerimenti degli operatori su azioni di miglioramento individuate per la prevenzione di specifici episodi di violenza conseguenti a disservizi organizzativi – processi di comunicazione non congrui e carenze di adeguate informazioni istituzionali e utenti pazienti con disagio e/o decadimento cognitivo /pazienti sotto effetto di abuso di sostanze

Procedura di raccolta dati

Tutte le ASR hanno elaborato Protocolli/Procedure per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza a danni del personale con identificazione degli indicatori precoci dei comportamenti a rischio e caratteristiche strutturali e linee di indirizzo comportamentali per la gestione dei soggetti a rischio. In alcune ASR è stato, inoltre, attivato un sistema di segnalazione aziendale che consente agli operatori di trasmettere il testo della segnalazione tramite un applicativo informatico, la segnalazione viene quindi trasmessa, di norma, alla Struttura Prevenzione e Protezione e alla Struttura Risk management per l'analisi del contenuto e la definizione delle azioni necessarie. Quando vi sono le condizioni per la denuncia di infortunio sul lavoro l'operatore indica il fatto sulla scheda di segnalazione che viene trasmessa alla Struttura Medico competente che prende in carico l'operatore. In alcune ASR è, inoltre, attivo un servizio di psico-traumatologia gestito, talora, in collaborazione con la Struttura Psicologia per fornire assistenza agli operatori che abbiano subito episodi di violenza. In altre ASL è stato costituito uno specifico gruppo aziendale (differenti sono le denominazioni: “Gruppo Aggressioni”, “Comitato Antiviolenza”, “Team de-escalation”) che, analizzate le segnalazioni, predispongono programmi di reindirizzamento con una formazione tempestiva in favore delle Strutture coinvolte nelle segnalazioni. Annualmente viene predisposto un *report* generale sugli eventi segnalati. Gli eventi sono quindi analizzati dalla Struttura risk management ed inseriti nel *report* aziendale degli eventi avversi e riportati nella relazione annuale consuntiva redatta ai sensi della L. 24/2017.

La **Regione Puglia** ha comunicato in data 9 Dicembre 2022 che per quanto attiene l'anno 2022, sono pervenute n. 15 segnalazioni di eventi sentinella qualificati come atti di violenza a danno di operatori sanitari. In ordine all'anno 2021, al Centro Regionale Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente sono pervenute, da parte dei referenti aziendali delle Unità di Gestione del Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie, n. 38 segnalazioni relative ad episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie. Tale dato comprende sia le segnalazioni di eventi sentinella (flusso SIMES) sia gli eventi avversi inviati al Centro Regionale nelle relazioni annuali dei referenti aziendali del Rischio Clinico. Per quanto attiene gli anni precedenti, in base ai dati immessi nel flusso SIMES sono in possesso dei seguenti dati:

- Anno 2018: n 7 eventi sentinella segnalati come atti di violenza a danno degli operatori;
- Anno 2019: n. 9 eventi sentinella segnalati come atti di violenza a danno degli operatori;
- Anno 2020: n. 9 eventi sentinella segnalati come atti di violenza a danno degli operatori.

Ad avviso dello scrivente CRRC, tali dati non sono sufficientemente rappresentativi del fenomeno e si ritiene utile, al fine di avere una stima maggiormente affidabile del fenomeno, una integrazione/confronto con i dati rinvenienti dalle denunce di infortunio lavorativo degli esercenti la professione sanitaria in possesso dell'INAIL ed eventuali segnalazioni di episodi di violenza in possesso degli ordini professionali.

La **Regione Sardegna** ha comunicato che il monitoraggio degli episodi di violenza contro gli operatori sanitari e socio-sanitari non è stato ancora strutturato a livello regionale in quanto il Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIRMES) è stato recentemente aggiornato e lo stanno implementando proprio in questi mesi con i referenti aziendali di cui la maggior parte sono stati nominati solo di recente e non erano in possesso di alcuna mappatura di questi eventi nella loro azienda. A partire da ora il SIRMES costituirà il sistema unico di raccolta delle segnalazioni sugli eventi, centralizzato su tutto il territorio regionale.

In tale contesto, alcune Aziende Sanitarie hanno inviato i dati relativi alle proprie segnalazioni, mentre altre non li possiedono.

Sarà cura del referente regionale monitorare per il prossimo anno questa tipologia di segnalazioni per fornire i dati complessivi.

Intanto i dati forniti sono i seguenti:

Episodi di violenza a danno degli esercenti la professione sanitaria				
Aziende	N. episodi di violenza	U.O.	Periodo di riferimento	Tipo di aggressione
AOU Sassari	1	Osp. Marino di Alghero	2022	
	1	sala parto ostetr.	2022	
	3	pronto soccorso	2022	
AOU Cagliari	dato non rilevato			
ARNAS Brotzu	dato non rilevato			
AREUS	0			
ASL Sassari	1	Casa Circondariale di Bancali a Sassari	29/07/2022	aggressione verbale
ASL Gallura				aggressione verbale (7); aggressioni verbali e fisiche (2); aggressioni fisiche (2)
	11	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	2022	
	1	Ginecologia e Ostetricia	2022	aggressione verbale
ASL Nuoro		1 Pronto Soccorso	2022	aggressione verbale
ASL Ogliastra	0			
ASL Oristano	1	psichiatria	2022	
ASL Medio Campidano	0			
ASL Sulcis	dato non rilevato			
ASL Cagliari	4	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	2022	

La **Provincia Autonoma di Trento** ha inviato i dati riferiti all'anno 2021 delle segnalazioni di episodi di violenza a danno degli esercenti la professione sanitaria effettuate in Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento - APSS (unica azienda pubblica della PA di Trento). In tale APSS le segnalazioni sono raccolte mediante il sistema di *incident reporting* informatizzato che prevede tre tipologie di schede: *incident reporting* ospedaliero; *incident reporting* territoriale; *incident reporting* Trentino Emergenza 118. La P.A. ha inviato i files riguardanti:

- i campi delle segnalazioni dell'*incident reporting* ospedaliero relative ad episodi di eteroaggressività a danno di operatori - anno 2021. In totale risultano segnalati 61 eventi;
- i campi delle segnalazioni dell'*incident reporting* territoriale relative ad episodi di eteroaggressività a danno di operatori - anno 2021. In totale risultano segnalati 22 eventi;
- i campi delle segnalazioni dell'*incident reporting* Trentino Emergenza 118 relative ad episodi di eteroaggressività a danno di operatori - anno 2021. In totale risultano segnalati 17 eventi;

Tuttavia, non ha fornito un *report* strutturato.

Sintesi: gli Indicatori comuni

A conclusione dall’analisi dei singoli risultati regionali, è comunque possibile elaborare una sintesi degli indicatori rilevati in ciascun territorio, al fine di identificare le discrepanze e gli eventuali debiti informativi.

Nella tabella successiva è possibile osservare quali siano le Regioni che rilevano i dati elencati in riga e rendersi quindi subito conto delle dimensioni maggiormente indagate. È doveroso specificare che in ogni regione/P.A., anche la stessa variabile può essere raccolta con categorie diverse (es. Variabile “Esito”, categorie Regione1 “Nessun danno/Danno minore-moderato/Danno significativo-severo”, Regione2 “Severo, Moderato, Lieve, Nessuno”), il che rende ancora più difficoltoso l’immediato confronto ed indispensabile una ricodifica laddove possibile.

Il numero assoluto delle aggressioni è l’informazione rilevata da tutte le Regioni/P.A. che hanno dato riscontro, anche se va comunque tenuto presente che le modalità di raccolta, come già descritto in precedenza, variano a seconda del territorio: oltre al numero degli eventi trasmesso tramite flusso SIMES, nella quasi totalità delle Regioni si riportano anche le segnalazioni avvenute tramite scheda di *incident reporting*. Tra le altre informazioni raccolte da oltre la metà delle realtà vi sono inoltre la tipologia di aggressione (fisica, verbale, ecc.), il luogo e la qualifica dell’aggredito.

Regioni che hanno comunicato di rilevare almeno il NUMERO TOTALE delle aggressioni



id	Indicatore	Abruzzo	Basilicata*	Calabria*	Campania	ER	FVG *	Lazio	Liguria (ASL1)	Liguria (ASL2)	Liguria (ASL3)	Liguria (ASL5)	Lombardia	Marche*	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Toscana	Umbria	Veneto
1	Aggressioni per numero																					
2	Aggressioni per tipologia (fisica, verbale ecc.)																					
3	Aggressioni per dipartimento (psich, materno ecc.)																					
4	Aggressioni per ubicazione (ps, guardia medica, domicilio ecc.)																					
5	Aggressione per mansione																					
6	Conoscenza aggressore																					
7	Eseito dell'evento (danno fisico/psichico/ecc.)																					
8	Procedure avviate dall'agguato																					
9	Tipo di aggressore (paciente, parente ecc.)																					
10	Data (o mese/giorno della sett)																					
11	Azioni correttive identificate e stato implementaz.																					
12	Oraario o Turno (matt, pom, notte)																					
13	Azioni intraprese (intervento psichiatra, intervento vigilianti ecc.)																					

id	Indicatore	Abruzzo	Basilicata*	Calabria*	Campagna	ER	FVG *	Lazio	Liguria (ASL1)	Liguria (ASL2)	Liguria (ASL3)	Liguria (ASL5)	Lombardia	Marche*	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemont e	Puglia	Sardegna	Toscana	Umbria	Veneto
14	Classificazione per tipo di evento ed esito																					
15	Numero di aggressori																					
16	Numero di aggressori																					
17	Sesso aggressore																					
18	Caratteristiche aggressore psichiatrico																					
19	Sesso aggredito																					
20	Età aggredito																					
21	L'aggredito lavorava da solo?																					
22	Possibilità di prevenire l'evento																					
23	Presenza di fattori attenuanti																					
24	Tasso degli infortuni con modalità Esaw "violenza, aggressione" per 1.000 addetti																					
25	Fattori contribuenti																					
26	Ulteriori indagini/audit/azioni correttive																					

*non esiste un coordinamento regionale, le informazioni sono raccolte dalle singole aziende e i dati non ci sono stati inviati

L'ambito di indagine dell'ONSEPS: le indicazioni della legge n. 113 del 2020

La Legge n. 113 del 2020, demanda all'Osservatorio il monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (art. 2 comma 1 lett. a). Anche alla luce dell'analisi dei documenti e dei dati acquisiti, si è ritenuto di dover chiarire l'ambito di indagine dell'ONSEPS e, in particolare, quali sono i limiti entro i quali gli eventi vanno classificati come violenti.

Come riportato all'interno del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario (CRGRS) della Regione Lazio “è opportuno sottolineare che il termine “violenza sul posto di lavoro” è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno dai comportamenti incivili alla mancanza di rispetto nei confronti degli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all'aggressione fisica degli operatori. Una delle definizioni più accreditate è quella proposta dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) che definisce la violenza sul posto di lavoro come: atti violenti (compresa l'aggressione fisica o la tentata aggressione) diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio”.

L'ONSEPS ha condiviso che **episodi di violenza** a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari sono: insulti, minacce e qualsiasi forma di aggressione fisica, verbale (ivi compreso il discredito via web o social network), psicologica o contro la proprietà, sia della struttura sia dell'operatore, praticati da parte di soggetti esterni all'organizzazione, compresi i pazienti, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere, anche psicologico, di un individuo.

La stessa Legge n. 113 del 2020 demanda inoltre all'Osservatorio di “monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni” (art. 2, comma 1, lett. b).

Tuttavia, non viene riportata una definizione dell'evento sentinella stesso. A tutt'oggi, l'unica definizione di evento sentinella utilizzata è quella del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). In particolare, nel flusso SIMES sono definiti Eventi Sentinella (ES) quegli “*eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario*”.

Relativamente alle aggressioni al personale sanitario, nel SIMES vengono riportati, quindi, gli atti di violenza da cui derivino grave danno temporaneo, danno permanente o morte. La *Joint Commission*, l'ente di accreditamento in sanità più grande al mondo, specifica che gli ES correlati con atti di violenza nell'ambiente di lavoro sono lo stupro, l'aggressione (risultante nella morte, nel danno permanente o nel grave danno temporaneo) o l'omicidio di un operatore all'interno di una struttura sanitaria. Si tratta quindi di eventi di estrema gravità che rappresentano una percentuale molto limitata e facilmente identificabile e non rendono conto della complessità del fenomeno.

Appare evidente pertanto che tale definizione non corrisponde a quanto previsto dalla legge 113/2020 in quanto l'evento sentinella nel senso sopra indicato si risolverebbe già in un evento (episodio di violenza) molto grave effettivamente verificatosi e non l'anticipazione di un evento ancora più grave.

L'ONSEPS ha pertanto condiviso di dover indagare oltre che gli episodi di violenza, in cui sono inclusi tutte le aggressioni comprese quelle segnalate nell'ambito del SIMES, anche tutte quelle “condizioni di rischio”, attuali o potenziali, che possano favorire il verificarsi di un'aggressione fisica, verbale o alla proprietà.

Tali **condizioni di rischio** possono ricadere in tre macrocategorie:

1. carenze strutturali e tecnologiche (es. arredamento utilizzabile come arma, mancanza di sistemi di videosorveglianza, mancata previsione di idonee vie di fuga, ecc.)

2. carenze organizzative (es. lunghe liste di attesa, insufficienza di personale, turni non ben strutturati, isolamento dell'operatore durante il servizio, scarsa attività di controllo/monitoraggio da parte della direzione aziendale, ecc.)
3. carenze formative del personale (es. scarse di competenze sulla capacità di prevenzione, comunicazione e gestione degli eventi come tecniche di *de-escalation*, ecc.)

Tutte queste condizioni di rischio ricadono nella mancanza di attuazione di misure di prevenzione o nella mancanza di formazione del personale sulla gestione degli atti di violenza. Il monitoraggio dei c.d. “eventi sentinella” previsto dalla legge n. 113 del 2020, meglio definibili come “condizioni di rischio”, sarà, perciò, demandato alla verifica dell’attuazione delle misure di prevenzione e dello svolgimento di adeguati corsi di formazione rivolti al personale potenzialmente vittima di aggressioni.

Il SIMES - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità

Nel corso degli anni abbiamo assistito a notevoli cambiamenti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria delineandosi un panorama molto complesso ed articolato che richiede l'attuazione, ad ogni livello del sistema, di azioni e comportamenti coordinati ed integrati secondo i principi del governo clinico.

Tra le funzioni del Ministero della Salute, assume, quindi, notevole rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza anche per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti. La sicurezza dei pazienti è, infatti, una componente strutturale dei LEA che ha un forte impatto sociale e una rilevanza notevole nella programmazione sanitaria.

In considerazione che gli “eventi sentinella” sono eventi, di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario, la raccolta e l'analisi di tali eventi, rappresenta uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell'imparare dall'errore”. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accettare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

In questa ottica si pone l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella prevista dall'Intesa del 20 marzo 2008 e attuata secondo le modalità indicate dal Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009.

La segnalazione di un evento sentinella viene fatta all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, incardinato nel Ministero della salute, attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) che utilizza la piattaforma informatica dedicata.

Sono 16 le tipologie di evento sentinella tra cui “Atti di violenza a danno di operatore”

Lista eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente

12. Atti di violenza a danno di operatore

13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Come già sottolineato, per il SIMES, l'ES “Atti di violenza a danno di operatore” deve configurarsi come un evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti.

Nel triennio 2018 - 2021 sono stati 357 gli eventi correlati all'ES “Atti di violenza a danno di operatore segnalati”.

Il monitoraggio degli eventi sentinella comprende, oltre alla raccolta ed all'analisi delle informazioni, anche la produzione e la successiva implementazione delle Raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare l'accadimento di tali eventi, nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN al fine di accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.

I dati INAIL

Premessa

L'INAIL tutela il lavoratore contro i danni fisici ed economici derivanti da infortuni e malattie causati dall'attività lavorativa. La qualificazione giuridica degli infortuni e delle malattie professionali è regolamentata dal Testo Unico delle Disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1.124) che all'art. 2 definisce infortuni gli eventi “avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'incapacità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'incapacità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni” mentre all'art. 3 definisce malattie professionali quelle “contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni”. Gli elementi qualificanti un infortunio sono la causa violenta, l'occasione di lavoro e l'incapacità. Il danno conseguente ad infortunio o a malattia professionale, ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000, viene definito “danno biologico” ossia “la lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona”. Le menomazioni, conseguenti alle lesioni dell'integrità psico-fisica sono valutate in base ad una specifica tabella comprensiva anche degli aspetti dinamico-relazionali”.

Il *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come⁷ “l'atto o la minaccia di violenza, che va dall'abuso verbale alle aggressioni fisiche dirette contro le persone al lavoro o in servizio. L'esito della violenza sul posto di lavoro può variare da conseguenze di tipo psicologico a lesioni fisiche fino al decesso”.

Giova inoltre ricordare l'introduzione della nuova fattispecie di aggravante, disciplinata all'art. 61 numero 11-octies del Codice Penale, che prevede un aumento della pena qualora il colpevole abbia agito, “nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività”. Risulta di rilievo, quindi, il riconoscimento dell'aggravante penale per la circostanza che presuppone un'aggressione verso un operatore sanitario o ausiliario sia in quanto esercente la professione ma soprattutto nell'esercizio della stessa al momento del fatto (la suddetta aggravante inquadra come vittima qualsivoglia operatore che agisce in un contesto sanitario, anche senza necessariamente essere un professionista del settore, ma comunque funzionale all'efficientamento del Servizio). Inoltre, la norma dettaglia i termini “violenza” e “minaccia”, disgiungendoli tra loro, e non opera una distinzione tra le diverse tipologie di aggressore (interno od esterno al contesto lavorativo), estendendo a “chiunque” la possibilità di incorrere in tale aggravante.

L'analisi dei dati, estratti dalla Consulenza Statistico Attuariale, è stata effettuata sul personale sanitario tutelato dall'INAIL. Nel 2020, nell'ambito della Sanità e assistenza sociale (Classificazione delle attività economiche Ateco 2007 Codice “Q” ed in particolare Q86- Q87- Q88), la platea dei soggetti assicurati all'INAIL, comprendente anche la sanità privata, era poco più di un milione, pari al 6,2% del totale. Le aziende assicurate erano quasi 77mila, rappresentative del 2,3% del totale⁸.

Nel 2005 in INAIL sono stati denunciati e riconosciuti 429 episodi di violenza sugli operatori sanitari mentre nel 2021 sono stati denunciati e riconosciuti 1382 episodi analoghi di infortunio, con un incremento della numerosità di eventi pari al 322% (totale nel triennio 2019-2021 numero 4.821 eventi denunciati e riconosciuti).

⁷ “Workplace violence is the act or threat of violence, ranging from verbal abuse to physical assaults directed toward persons at work or on duty. The impact of workplace violence can range from psychological issues to physical injury, or even death”

⁸ Dati Inail. Numero 10- Ottobre 2020

La casistica analizzata riguarda, come già premesso, non solo gli operatori sanitari *stricto sensu*, ma anche le professionalità che possiamo definire “funzionali” nella sanità come, a scopo esemplificativo, gli autisti di ambulanza, gli operatori di *front office* etc.; e riguarda eventi nei quali è stato riconosciuto un periodo di inabilità temporanea assoluta (ITA), e, in una parte dei casi, anche il danno biologico permanente; dalla presente sono esclusi i *near miss*.

La tutela INAIL, ad oggi, non copre tutte le professionalità operanti nell’ambito della sanità e dell’assistenza sociale in ragione della tipologia di rapporto di lavoro (ad esempio attività in convenzione o contratti autonomi). Pertanto, i dati INAIL elaborati forniscono un’immagine degli eventi infortunistici ovvero degli episodi di violenza sugli operatori sanitari e socio-sanitari, ma non coprono esaustivamente l’intera platea delle diverse categorie professionali che costituiscono il variegato e complesso ecosistema della sanità.

Analisi degli infortuni denunciati all’INAIL

Al fine di conoscere le principali caratteristiche degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari e socio-sanitari è stata effettuata un’analisi statistica di tipo descrittivo degli infortuni denunciati all’INAIL.

Nel triennio 2019-2021 sono stati denunciati e riconosciuti 4.821 infortuni legati ad episodi di violenza.

Da una prima analisi è possibile osservare che, per le diverse divisioni Ateco, il trend degli eventi nel corso del triennio è complessivamente stabile, con una deflessione media del 30% nel corso del 2020, compatibile con gli effetti della pandemia da SARS CoV2.

In merito alle diverse fasce di età si rileva che il 23% della casistica riguarda operatori sanitari fino a 34 anni, il 39% da 35 a 49 anni, il 37% da 50 a 64 anni, l’1% oltre i 64 anni, mentre, relativamente al genere, il 29% dei casi riguarda soggetti di sesso maschile e il 71% di sesso femminile.

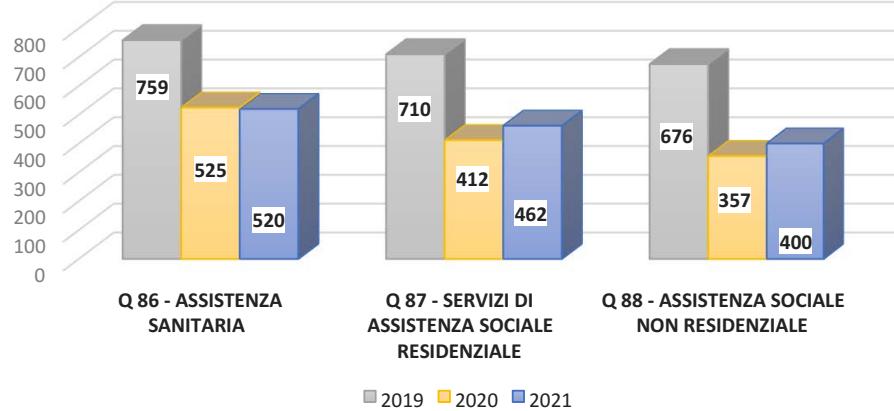
Il trend dei casi nel nord-est (29%) e nel nord ovest (29%) risulta sovrapponibile e si rileva come sia decrescente andando verso il centro (18%), il sud (15%) e le isole (9%). Tale fenomeno meriterebbe futuri approfondimenti e analisi sinergiche per rilevare la *ratio* dell’epifenomeno.

Relativamente alla natura delle lesioni si evidenzia che nel 54,6% dei casi si tratta di contusioni, nel 22,4% lussazioni, distorsioni, distrazioni, nell’8,9% dei casi si rilevano ferite e nel 7,6% dei casi fratture; il restante 6,5% dei casi riguarda diverse fattispecie di lesioni. In merito al distretto anatomico, nel 30% dei casi la lesione ha interessato gli arti superiori, nel 21% dei casi la regione della faccia, nel 17% la regione toracica, nell’11% la regione della colonna vertebrale; il restante 21% dei casi riguarda tutti gli altri distretti corporei (addome, pelvi, etc.).

Nel 98% dei casi vi è stata erogazione di indennizzo in temporanea ossia riconosciuto solo un periodo di inabilità temporanea assoluta in assenza di postumi permanenti, nell’1,9% dei casi rilevato un danno permanente di minore gravità con riconoscimento di indennizzo in capitale con danno biologico permanente compreso nel range del 6-10% (88% dei casi) e nel range 11-15% (18% dei casi); nello 0,1% dei casi rilevato danno permanente di maggiore gravità valutato quale danno biologico permanente nella misura superiore al 16% ed erogazione di indennizzo in forma di rendita.

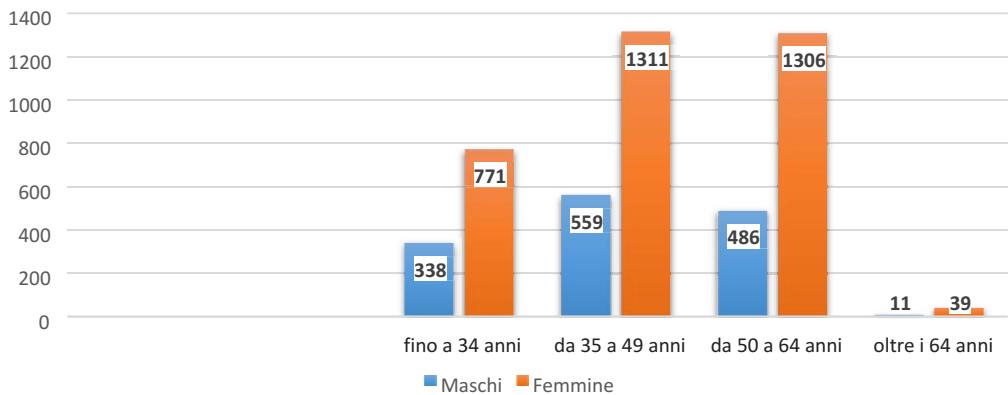
Di seguito viene riportata la rappresentazione grafica dei risultati dell’analisi effettuata.

**Eventi per divisione Ateco-Istat e anno di accadimento
(triennio 2019-2021)**

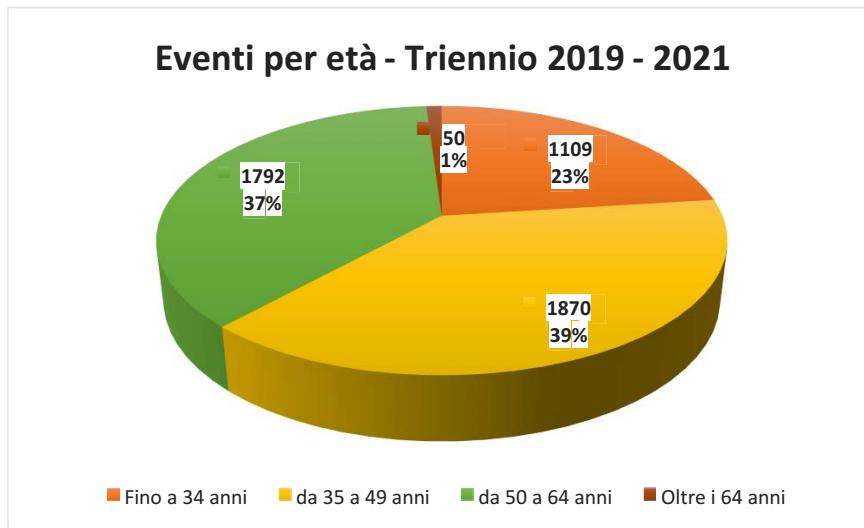


Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

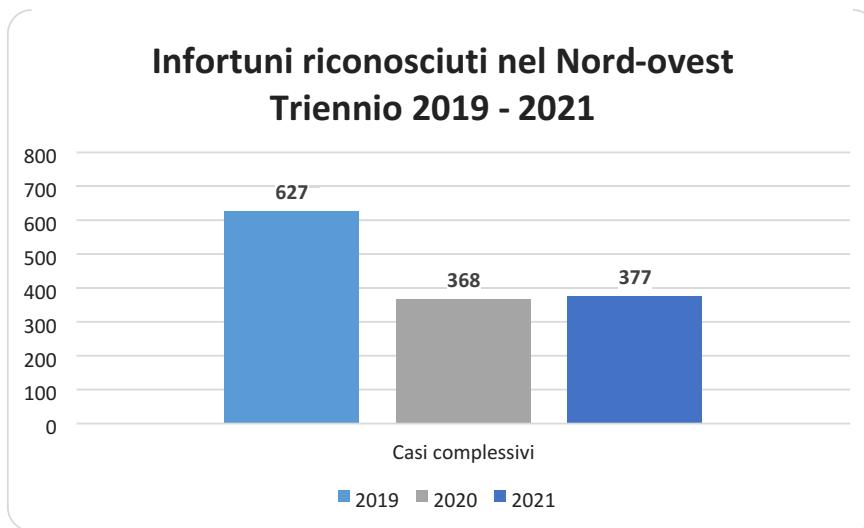
Eventi per genere ed età - Triennio 2019 - 2021



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

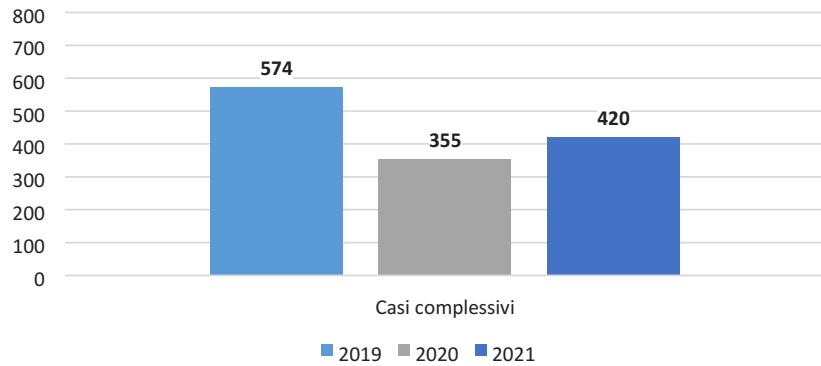


Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL



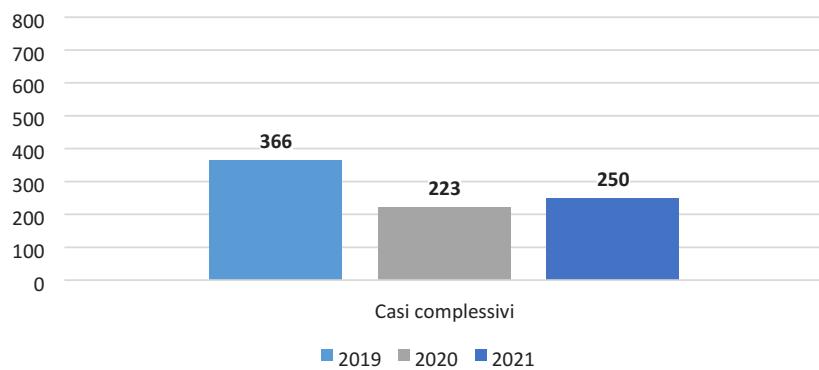
Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti nel Nord-est Triennio 2019 -2021



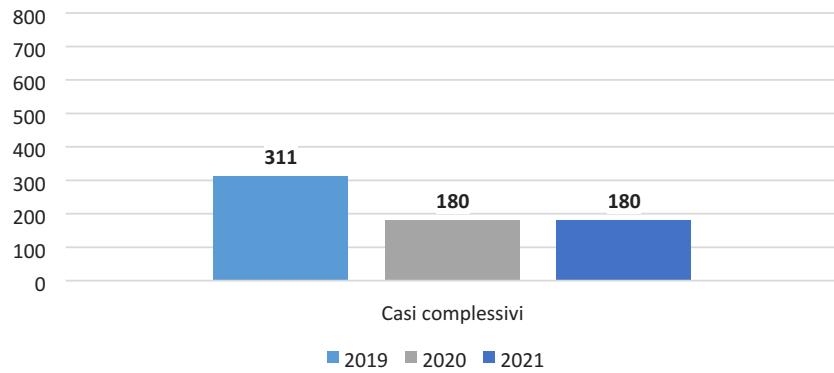
Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti nel Centro Triennio 2019 -2021



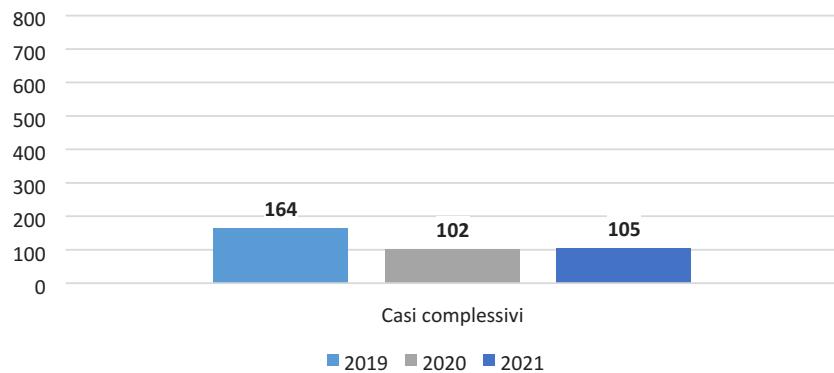
Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti nel Sud Triennio 2019-2021



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

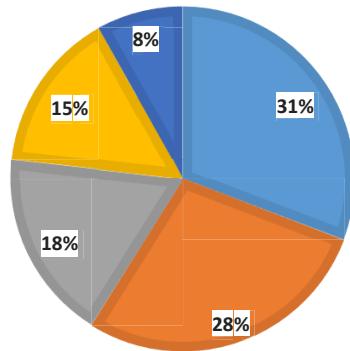
Infortuni riconosciuti nelle Isole Triennio 2019 -2021



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti anno 2019 Distribuzione per aree geografiche

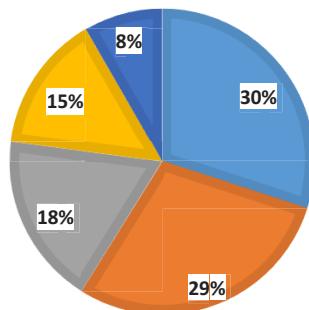
■ NORD OVEST ■ NORD-EST ■ CENTRO ■ SUD ■ ISOLE



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti anno 2020 Distribuzione per aree geografiche

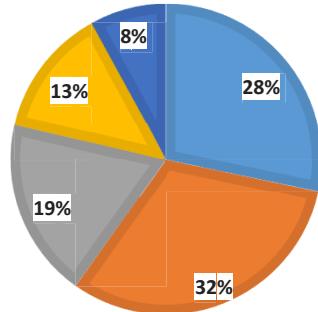
■ NORD OVEST ■ NORD-EST ■ CENTRO ■ SUD ■ ISOLE



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

Infortuni riconosciuti anno 2021 Distribuzione per aree geografiche

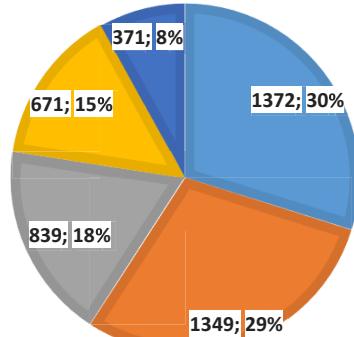
■ NORD-EST ■ CENTRO ■ SUD ■ ISOLE ■



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

INFORTUNI RICONOSCIUTI NEL TRIENNIO 2019 - 2021 DISTRIBUZIONE PER AREE GEOGRAFICHE

■ NORD OVEST ■ NORD-EST ■ CENTRO ■ SUD ■ ISOLE



Fonte: Banca Dati Statistica INAIL. Elaborazione Consulenza Statistico Attuariale INAIL

I dati raccolti dagli Ordini professionali

Come previsto dal comma 4 dell'art. 2 della legge 113/2020, anche gli Ordini professionali, rappresentati nell'ONSEPS, hanno contribuito alla raccolta di dati relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno. I dati degli Ordini rappresentano un campo di particolare interesse in quanto vanno a indagare anche ambiti professionali più ampi rispetto ai dati oggetto di indagine da parte delle Regioni, come, in particolare, quelli delle attività libero-professionali e della sanità privata non convenzionata.

Nel corso del primo anno di attività dell'Osservatorio sono state rilevate le varie indagini svolte nel corso degli ultimi anni dagli Ordini professionali. Si tratta di indagini eseguite con metodologie e strumenti disomogenei, per cui, ad oggi, come già evidenziato per i dati regionali, non è pertanto possibile confrontarli e darne una rappresentazione unitaria.

Si riportano, quindi, di seguito, in ordine alfabetico, i contributi pervenuti dagli Ordini.

CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine degli Assistenti Sociali)

Nel 2017 il Consiglio nazionale e i Consigli regionali insieme alla Fondazione nazionale Assistenti sociali hanno commissionato ad un gruppo di ricercatori universitari e assistenti sociali (referente scientifico prof. Alessandro Sicora coadiuvato dalla prof.ssa Mara Sanfelici e dal prof. Urban Nothdurfter e con il coordinamento tecnico della dott.ssa Barbara Rosina) una ricerca nazionale sulla violenza nei confronti degli assistenti sociali.

La ricerca è stata pubblicata nel 2019 nel volume "La violenza contro gli assistenti sociali in Italia a cura di B. Rosina, A. Sicora edito da Franco Angeli, dove si riportano gli esiti dell'importante rilevazione che ha coinvolto oltre 22.000 assistenti sociali su un totale di circa 44.000.

I dati raccolti evidenziavano la grande diffusione della violenza contro gli assistenti sociali e le sue connessioni con le condizioni di crescente precarietà delle politiche sociali e di conseguente indebolimento delle reti dei servizi posti a supporto delle persone in difficoltà. Nel corso della propria esperienza professionale solo poco più di un assistente sociale su dieci (11,8%) dichiarava di non aver mai ricevuto minacce, intimidazioni o aggressioni verbali e ben il 15,4% aveva subito una qualche forma di aggressione fisica. L'indagine non si limita a descrivere il fenomeno, ma si spinge in profondità individuando le relative dinamiche, nonché le possibili strategie di prevenzione e fronteggiamento. Il volume è diviso in due parti. I primi quattro capitoli, costitutivi della prima parte, descrivono gli esiti della ricerca nel suo complesso, sia sotto il versante quantitativo che qualitativo. La seconda parte presenta invece approfondimenti e riflessioni a cura del Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali e dei Consigli regionali che hanno sostenuto e aderito formalmente al progetto di ricerca.

Caratteristiche del campione intervistato

La survey on line ha coinvolto un campione di 20.112 assistenti sociali. L'età media degli intervistati è pari a 44 anni (deviazione standard: 10,6). È netta la predominanza del genere femminile su quello maschile, con una percentuale di popolazione maschile pari solo al 6,8%. La media del numero di anni di esperienza lavorativa dei rispondenti è pari a 16,89 (deviazione standard: 10,52), con un minimo di qualche mese di esperienza ad un massimo di 50 anni di lavoro sul campo. La netta maggioranza degli intervistati ha un contratto di lavoro come dipendente: 85,2% (di cui 9,8% con contratto a tempo determinato). Solo il 3,2% è un lavoratore autonomo. Il 11,6% degli intervistati è assunto come socio di cooperativa o altre forme contrattuali (a progetto, lavoro interinale, ecc.).

Valutazione sull'utilità della survey

La valutazione media sull'utilità della survey è pari a 8,45 (deviazione standard: 1,562) su di una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo). Solo il 4,5% del campione restituisce un giudizio inferiore al 6.

I numeri sulla violenza contro gli assistenti sociali

Sono stati indagati diversi tipi di violenza:

- violenza verbale (aggressioni verbali/minacce /intimidazioni) contro gli assistenti sociali,
- violenza contro beni/oggetti/proprietà,
- violenza fisica contro gli assistenti sociali,
- esposizione alla violenza (verbale e fisica) contro colleghi in servizio.

Alcune domande hanno indagato le proporzioni del fenomeno della violenza, riferite all'intero arco dell'esperienza professionale. Altre domande hanno consentito di rilevare una fotografia più dettagliata del fenomeno relativamente agli ultimi tre mesi, rilevando diverse modalità in cui si è espressa la violenza contro gli assistenti sociali.

Violenza verbale

Considerando l'intero arco della carriera professionale, episodi di violenza verbale (minacce/aggressioni verbali/intimidazioni) sono accaduti all'88,2% degli intervistati. Rispetto alla frequenza con cui questi episodi sono accaduti, l'8,4% (1.683 assistenti sociali) riporta di essere stato coinvolto "spesso" in episodi di violenza verbale; il 51,8% (10.413 assistenti sociali) dichiara di avere subito "qualche volta" minacce, aggressioni verbali o intimidazioni. Il 28% (5.635 assistenti sociali) lo descrive come un evento "raro" (all'11,8% non è mai accaduto). L'indagine ha approfondito le modalità in cui si è espressa la violenza verbale contro gli assistenti sociali intervistati, in riferimento all'ultimo trimestre precedente la compilazione del questionario, rilevando che:

- oltre la metà del campione (54,8%) è stato coinvolto in episodi in cui un utente ha alzato la voce contro il professionista;
- il 28,9% degli intervistati è stato insultato;
- il 18% degli intervistati è stato maledetto;
- il 26,5% ha ricevuto minacce di lamentele sul suo lavoro riportate a un superiore;
- il 23,3% ha assistito ad uno o più episodi in cui un utente ha rivolto una minaccia non meglio specificata del tipo "lei sentirà parlare di me";
- il 5,3% ha assistito ad uno o più episodi in cui un utente ha minacciato di danneggiare cose di sua proprietà.

Esposizione alla violenza verbale

Nell'intero arco della carriera professionale, il 61% degli intervistati dichiara di aver assistito ad episodi di violenza verbale contro i colleghi. Nei tre mesi precedenti la somministrazione del questionario, è accaduto di assistere ad episodi di violenza verbale contro i colleghi al 28,9% degli intervistati (una o più volte).

Violenza contro beni e proprietà dell'assistente sociale addebitabile all'esercizio professionale

In riferimento all'intero arco della carriera professionale, l'11,2% del campione dichiara di aver subito danni a beni o proprietà addebitabili all'esercizio della professione. Il 28,4% dichiara di essere a conoscenza di danni a beni e proprietà dei colleghi.

Violenza degli utenti che si esprime contro oggetti/spazi fisici in servizio

Con riferimento agli ultimi tre mesi:

- il 32,5% ha assistito ad uno o più episodi in cui un utente ha sbattuto la porta uscendo dal suo ufficio;
- l'8,2% ha assistito ad uno o più episodi in cui un utente ha lanciato un oggetto sul pavimento;
- il 7,6% ha assistito ad uno o più episodi in cui un utente ha tirato un calcio ai mobili dell'ufficio.

Violenza fisica contro gli assistenti sociali

Considerando l'intero arco della carriera professionale, episodi di violenza fisica hanno coinvolto il 15,4% del campione (3.094 persone). 872 intervistati dichiarano che in tali eventi l'aggressore ha utilizzato un oggetto o un'arma.

L'indagine ha approfondito le modalità in cui si è espressa la violenza fisica contro gli assistenti sociali intervistati, in riferimento all'ultimo trimestre precedente la compilazione del questionario, rilevando che:

- il 2,5% (503 assistenti sociali) è stato spinto,
- il 1,1% (214 assistenti sociali) è stato colpito con pugni o calci,
- il 0,7% (126 assistenti sociali) ha subito una violenza fisica che ha comportato un intervento medico importante,
- il 0,9% (192 assistenti sociali) ha subito una violenza fisica che ha comportato un intervento medico di lieve entità.

Nonostante il fenomeno riferito all'ultimo trimestre possa essere considerato statisticamente raro, i numeri della violenza fisica in un arco temporale così breve sono preoccupanti, considerate le conseguenze in termini di danni alla salute fisica e psicologica degli oltre mille assistenti sociali coinvolti.

Con riferimento all'intero arco della vita professionale, un terzo del campione (35,8%) dichiara di aver temuto per la propria incolumità o quella di un familiare a causa del lavoro.

Esposizione alla violenza fisica

Nell'intero arco della vita professionale, il 20,7% del campione dichiara di aver assistito ad episodi di aggressione fisica da parte di utenti nei confronti di colleghi. In 1.094 casi è stata usata un'arma/oggetto per agire violenza fisica. Minacce di aggressioni fisiche rivolte all'assistente sociale e/o ai suoi familiari. Considerando i cinque anni precedenti la compilazione del questionario, il 17,7% (3.549 persone) degli intervistati dichiara di aver ricevuto minacce di aggressioni fisiche rivolte a sé o ai familiari. Considerando i tre mesi precedenti la compilazione del questionario, il 4,9% del campione (987 persone) dichiara di aver ricevuto minacce di aggressioni fisiche rivolte a sé o ai familiari. Percezione degli intervistati rispetto alla incidenza del fenomeno della violenza/per tipo di violenza Il 61% degli intervistati ritiene che la violenza verbale nei confronti degli assistenti sociali sia aumentata negli ultimi cinque anni (il 9% esprime parere contrario, il 30% non sa). Il 47,1% del campione ritiene che episodi che comportano danni o minacce di danni a beni e proprietà sia aumentata negli ultimi cinque anni (il 12,5% ritiene di no, il 40,4% non sa). Un quarto del campione (25,4%) pensa che la violenza fisica contro gli assistenti sociali sia aumentata negli ultimi cinque anni (15,5 ritiene di no, il 59,1% non sa).

La rilevazione degli episodi di violenza

Un dato rilevante riguarda la percentuale del "sommerso", ovvero degli episodi non rilevati dalle istituzioni che dovrebbero occuparsene.

Gli assistenti sociali intervistati dichiarano di aver segnalato all'autorità di pubblica sicurezza:

- il 19% degli episodi di violenza verbale/minacce/intimidazioni,
- il 9,2% degli episodi di violenza fisica contro oggetti,
- il 10,6% degli episodi di violenza fisica contro la propria persona.

Gli assistenti sociali intervistati dichiarano di aver segnalato al proprio Ente:

- il 61,6% degli episodi di violenza verbale/minacce/intimidazioni,
- il 23,3% degli episodi di violenza fisica contro oggetti,
- il 23,3% degli episodi di violenza fisica contro la propria persona.

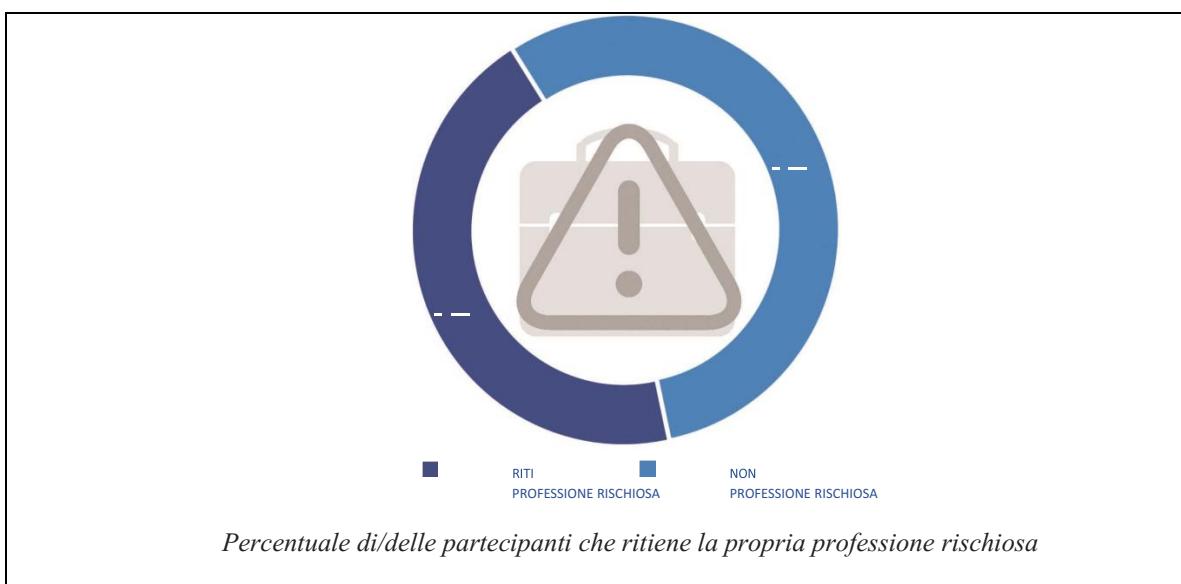
Raramente gli assistenti sociali riportano gli episodi di violenza al proprio Ordine professionale (percentuali inferiori al 2%).

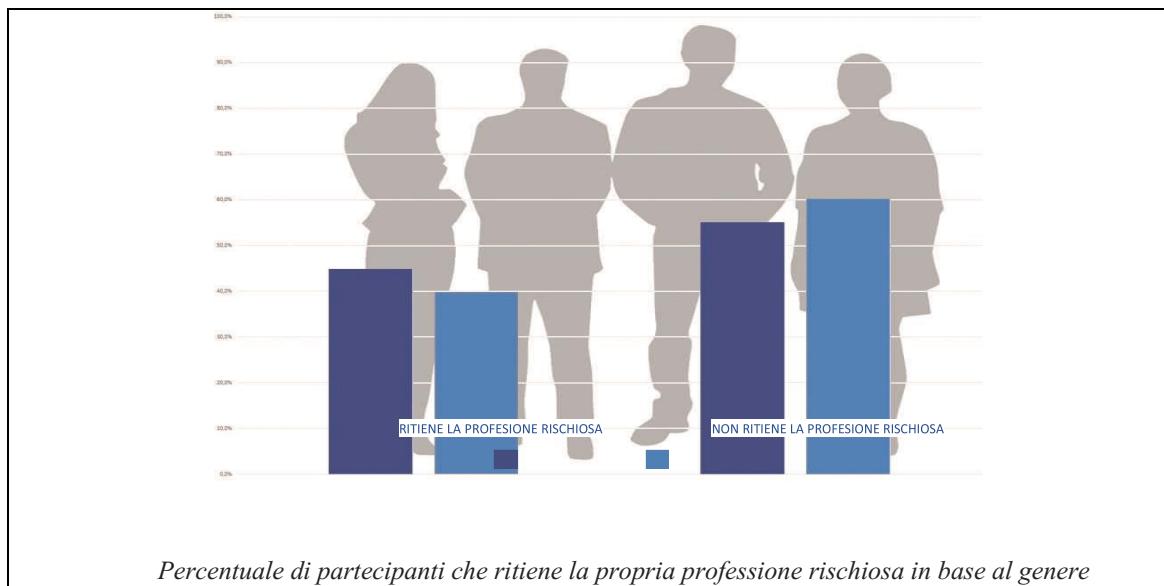
Solo nel 3,5% dei casi gli assistenti sociali intervistati dichiarano di essere informati che il proprio Ente ha inoltrato denuncia di infortunio all'INAIL, nei casi in cui sono state vittime di violenza fisica.

CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi)

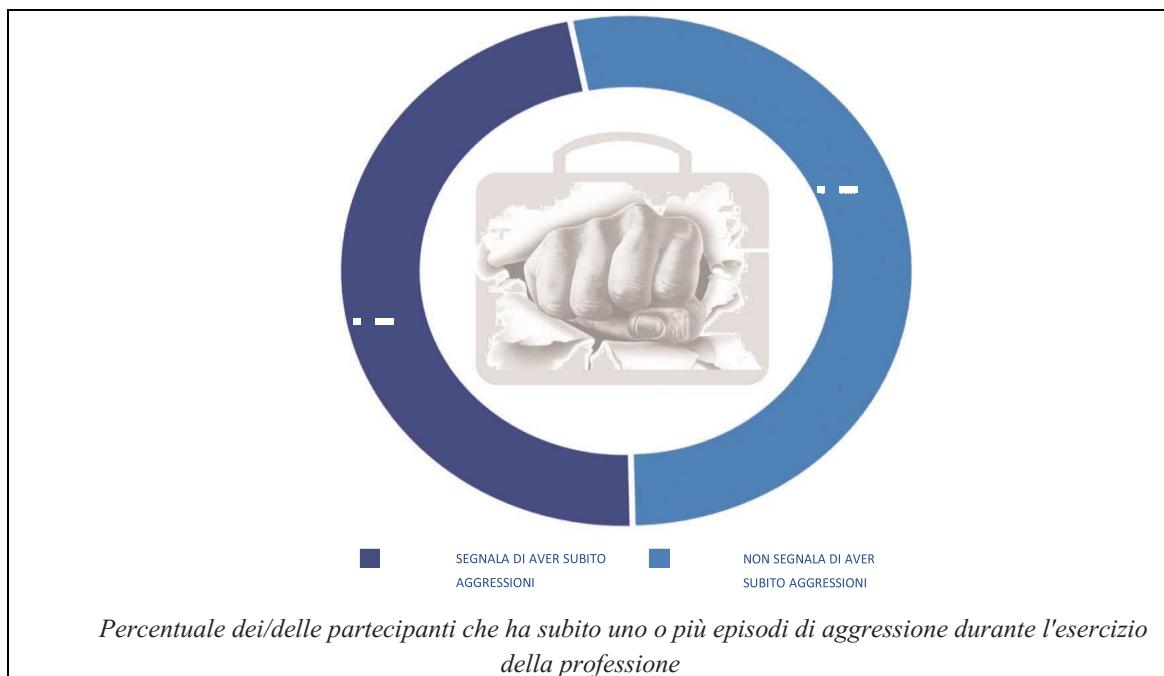
Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha istituito un Tavolo di Lavoro per le Pari Opportunità, il quale ha provveduto a condurre una ricerca per rilevare la percezione di tale tematica tra le iscritte e gli iscritti all'Ordine degli Psicologi. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario somministrato on-line (tramite piattaforma Qualtrics) da compilare in forma anonima, costruito *ad hoc* a partire dalla letteratura di riferimento e contenente dati descrittivi e scale di atteggiamento. Nella parte relativa al rischio professionale, sono state raccolti i dati sulle aggressioni al personale sanitario.

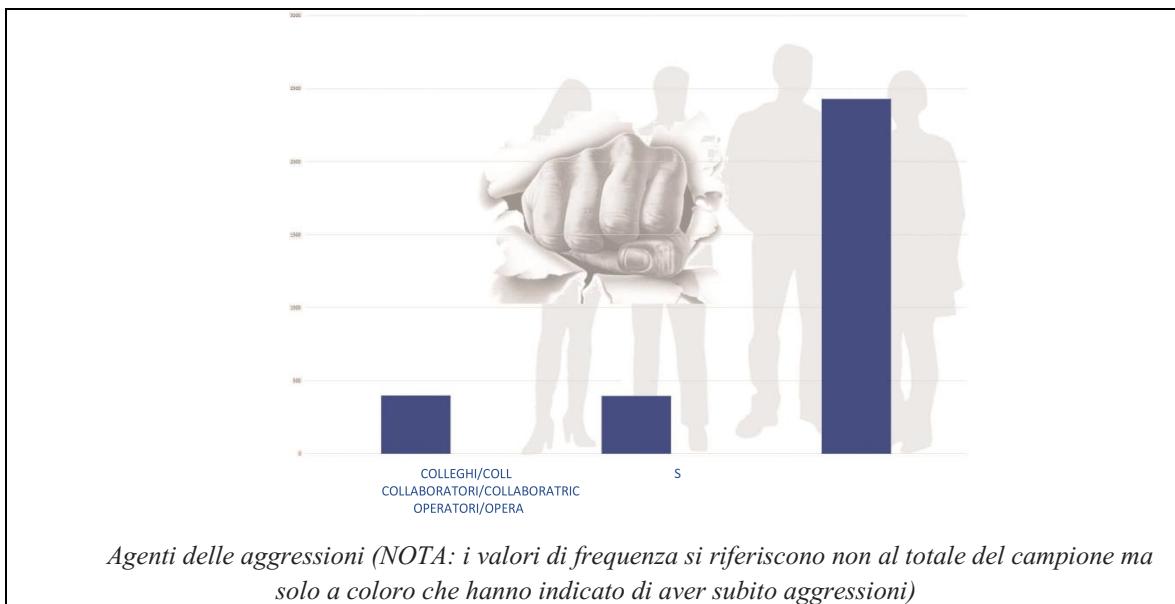
Il 44,3% (2.502 risposte) dei/delle partecipanti ritiene la propria professione rischiosa. Analizzando la relazione tra questi dati e il genere dei/delle partecipanti emerge che il 44,9% (2.209 risposte) delle donne ritiene la professione psicologica rischiosa rispetto al 39,8% (280 risposte) degli uomini.





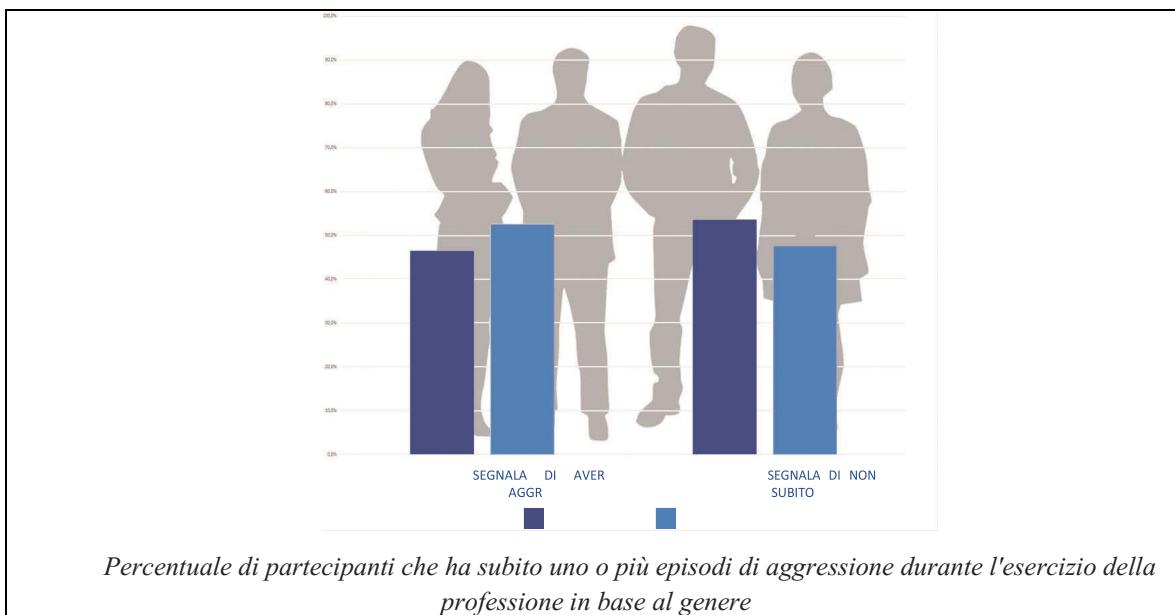
Il 47,2% (2.662 risposte) dei/delle partecipanti ha, inoltre, segnalato di aver subito episodi di aggressione (fisica, verbale, comportamenti minacciosi) durante l'esercizio della professione. Tra questi, 2.430 partecipanti hanno indicato come agenti dell'aggressione gli/le utenti. Meno frequentemente vengono riportati i casi di aggressione da parte di colleghi/e, collaboratori/trici e operatori/trici (400 risposte) e da parte di superiori (395 risposte). A questa domanda era possibile fornire più di una risposta (fino a un massimo di tre).





Osservando, infine, la relazione tra coloro che dichiarano di aver subito aggressioni e il genere dei/delle partecipanti, si evidenzia come il 46,5% delle donne (2.284 risposte) affermi di aver subito aggressioni (fisiche, verbali, comportamenti minacciosi) e il 53,5% (2.633 risposte) dichiari di non averne subite.

Per quanto riguarda il genere maschile, il 52,5% degli uomini (369 risposte) segnala di essere stato vittima di aggressioni e il 47,5% (334) afferma di non esserlo stato.



FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici e Odontoiatri)

La FNOMCeO ha inviato un contributo relativo alla presentazione, a settembre 2018, di un'analisi preliminare dei risultati di una *survey* aperta a tutti gli operatori sanitari italiani. Al questionario – proposto dall'Associazione Scientifica Nazionale *Hospital & Clinical Risk Managers* ed elaborato dal professor Alberto Firenze dell'Università di Palermo, hanno risposto più di 5.000 professionisti sanitari, per la maggior parte (il 73%) medici (ospedalieri, del territorio, convenzionati, liberi professionisti, di strutture pubbliche e private), seguiti da ostetrici (5%), infermieri (3%), odontoiatri (3%) e altri operatori, in maggioranza (il 56%) donne. Sono arrivate risposte da tutte le Regioni, con in testa il Piemonte (circa il 21%), seguito dalla Lombardia (16%), dalla Puglia (12%) e dalla Toscana (9%).

Il 50% degli intervistati ha subito, nell'anno precedente, aggressioni verbali mentre il 4% è stato vittima di violenza fisica.

Più del 56% di chi ha subito violenza ritiene che l'aggressione potesse essere prevista, anche se il 78% degli intervistati non sa se esistano o meno procedure aziendali per prevenire o gestire gli atti di violenza.

Oltre il 38% degli operatori sanitari si sente poco o per nulla al sicuro e più del 46% è abbastanza o molto preoccupato di subire aggressioni. Il 48% di chi ha subito un'aggressione verbale ritiene l'evento “abituale”, il 12% “inevitabile”. Le percentuali cambiano di poco in coloro che hanno subito violenza fisica: quasi il 16% ritiene l'evento “inevitabile”, il 42% lo considera “abituale”.

FNOPI (Federazione Nazionale Ordine Professionale degli Infermieri)

Gli infermieri rappresentano la categoria che registra il più alto tasso di casi di violenza denunciati come infortuni sul lavoro. Secondo l'INAIL sul totale di 11.000 aggrediti, 5.000 sono infermieri. Per comprendere le drammatiche proporzioni del problema, è utile un raffronto: il 46% degli infermieri ha subito violenze durante l'esercizio della professione, i medici si attestano al 6%. Occorre poi sottolineare che il Covid ha esacerbato un quadro già complicatissimo, rendendo il lavoro ancora più logorante ed esposto a rischi: da febbraio 2020 sono deceduti 90 infermieri sul lavoro e almeno altri 200 per aver contratto la malattia.

Con lo scopo di meglio indagare le caratteristiche degli episodi violenza vissuti dagli infermieri sul posto di lavoro negli ospedali italiani e sul territorio e identificare i fattori predittivi di violenza, la FNOPI ha promosso lo studio osservazionale analitico multicentrico CEASE-it (*violencE AgainSt nursEs In The workplace*), pubblicato nel 2022 e condotto da ricercatori delle Università de L'Aquila, Bari, Brescia, Genova, Milano, Modena-Reggio Emilia, Piemonte Orientale, Roma Tor Vergata e le corrispettive aziende ospedaliere ed ASL di riferimento, tra dicembre 2020 e aprile 2021 su un campione selezionato e statisticamente rappresentativo di 5.472 infermieri di tutte le aree operative della professione (Bagnasco et al., 2022).

Secondo lo studio CEASE-it, il 32,3% degli infermieri (quasi 130mila sui 460.000 infermieri iscritti agli ordini in Italia) dichiara di aver subito un episodio di violenza verbale e/o fisica nell'ultima settimana e/o negli ultimi 12 mesi. La maggior parte di loro lavora in area medica (28,4%), seguita dall'area di emergenza e terapia intensiva (27,3%). Sul territorio la percentuale è del 10,9%. Nel 70% dei casi si è trattato di minacce verbali e comportamentali senza contatto fisico, ma nel 30% di minacce verbali e comportamentali con contatto fisico o anche di episodi di violenza con contatto fisico da parte di persone o oggetti.

Sono, peraltro, numerosi i casi non denunciati, perché considerate dinamiche connaturate alla professione. Ciò significa che tra gli infermieri vi è un sommerso pari a 125.000 professionisti che hanno subito infortuni per episodi violenti sul luogo di lavoro, senza denunciare l'accaduto. L'omessa denuncia si spiega - nella maggior parte dei casi, con la percezione che l'aggressione subita faccia strutturalmente parte dell'attività professionale. Più della metà (il 54,3% di chi ha subito violenza) ha segnalato l'episodio, ma chi non l'ha fatto si è comportato così perché, nel 67% dei casi ha ritenuto che le condizioni dell'assistito e/o del suo accompagnatore fossero causa dell'episodio di violenza, nel 20% convinto che tanto non avrebbe ricevuto

nessuna risposta da parte dell'organizzazione in cui lavora, il 19% ritiene che il rischio sia una caratteristica attesa/accettata del lavoro e il 14% non lo ha fatto perché si sente in grado di gestire efficacemente questi episodi, senza doverli riferire. Il 75% delle aggressioni riguarda le donne.

Nella maggior parte dei casi (51,8%) l'aggressore è di sesso maschile. La violenza fisica e/o verbale è eseguita in prevalenza dai pazienti nella fascia di età compresa tra 46-55 anni (24,7%) e 36-45 anni (20,8%); non sono riportati episodi di violenza verbale e/o fisica da parte di pazienti di età inferiore ai 16 anni.

I sintomi e/o diagnosi dell'aggressore predittivi di violenza identificati dagli infermieri sono: problemi di salute mentale (62,3%); uso di sostanze illecite (60,1%); aspettative non realistiche dell'assistito o dell'accompagnatore rispetto al sistema sanitario (57,9%), mentre i comportamenti dell'assistito o dell'accompagnatore che possono essere considerati segnali predittivi di imminente episodio di violenza sono il tono della voce (72,8%), lo stato di agitazione (70,9%), il comportamento minaccioso (66,7%), la postura (42,3%), il fissare con lo sguardo (32,7%), il camminare avanti e indietro (30,2%).

Dal punto di vista del personale, invece, le caratteristiche che maggiormente possono contribuire a determinare gli episodi di violenza da parte dell'assistito e/o accompagnatore sono, nel 54,7% dei casi, una “comunicazione inadeguata con i pazienti (es. durante i tempi di attesa)”; nel 53,8% un “inadeguato numero di pazienti assistiti per singolo infermiere (*staffing*)”; nel 34% dei casi “assenza di competenze per la gestione degli episodi di violenza da parte dei pazienti”.

Un'altra causa alla base di questi numeri risiede nella carenza di infermieri negli organici: un'assistenza efficiente si ha con un rapporto infermiere paziente 1 a 6 mentre, allo stato attuale, il rapporto è 1 a 12. In questo modo si restringe il tempo di cura oppure si aumenta la possibilità che l'infermiere precipiti in una condizione di ‘burnout’ (33%). Il 10,8% di chi ha subito violenza, presenta danni permanenti a livello fisico oppure psicologico.

Le analisi condotte sui dati raccolti nello studio CEASE-it hanno, inoltre, mostrato che, tra i diversi fattori di rischio, a parità di contesto lavorativo identificato: area medica, dell'emergenza/urgenza, area della salute mentale, aumentando il carico di lavoro assistendo un paziente in più durante l'ultimo turno lavorativo, aumenta del 4% la probabilità di sperimentare violenza. Riconoscere il comportamento agitato dell'assistito come fattore predittivo degli episodi di violenza senza avere un'adeguata formazione a disinnesare l'aggressività aumenta del 66% la probabilità di subire violenza per la reazione delle persone identificate come a rischio rispetto a coloro che non riconoscono questo comportamento come fattore predittivo. Lavorare come infermiere nell'area dell'emergenza/urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto a lavorare in area medica. Lavorare come infermiere nell'area della salute mentale aumenta di oltre quattro volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti.

Tra i fattori che diminuiscono le aggressioni è risultata significativa l'età; infatti, all'aumentare dell'età degli infermieri diminuisce del 3% la probabilità di subire violenza. Gli infermieri che riconoscono l'uso di sostanze illecite da parte degli assistiti come fattore predittivo di episodi di violenza hanno il 36% di probabilità in meno di subire violenza rispetto a coloro che non riconoscono questo fattore come predittivo. La presenza di procedure chiare per la gestione degli episodi di violenza sul luogo di lavoro riduce la probabilità di subire violenza del 26% rispetto ai luoghi di lavoro sprovvisti di tali procedure.

Riconoscere il comportamento agitato dell'assistito come fattore predittivo degli episodi di violenza senza avere un'adeguata formazione a disinnesare l'aggressività aumenta del 66% la probabilità di subire violenza per la reazione delle persone identificate come a rischio rispetto a coloro che non riconoscono questo comportamento come fattore predittivo. Lavorare come infermiere nell'area dell'emergenza/urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto a lavorare in area medica. Lavorare come infermiere nell'area della salute mentale aumenta di oltre quattro volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti.

La violenza sugli operatori ha anche un costo economico. Sempre lo studio CEASE-it ha rilevato che la media annuale è di 15 episodi di violenza per singolo infermiere. Complessivamente, il 4,3% degli infermieri riferisce assenza dal lavoro a causa di violenza subita. Sono stati definiti i costi relativi a due diversi scenari. Il primo riguarda un'assenza di tre giorni. Considerati i costi sostenuti dal SSN e i costi a carico della società, inclusa la mancata produttività, il singolo evento ha un costo pari a circa euro 600,00. Il costo sale a oltre 11 milioni di euro se consideriamo la prevalenza dell'evento sulla popolazione infermieristica italiana. Il secondo scenario ha considerato un'assenza di sette giorni a seguito di una violenza. Il costo per questo singolo evento è di circa 1.800 euro che moltiplicato per i dati di prevalenza di violenza sulla popolazione infermieristica italiana determina un costo a carico del sistema e della società pari a oltre 34 milioni di euro/anno

Episodio di violenza per area	
Area assistenziale	Frequenza episodi di violenza (%)
Medica	28,4
Emergenze e terapia intensiva	27,3
Chirurgica	14,2
Salute Mentale	13,8
Ambulatorio e day hospital	8,4
Territorio, comunità	3,8
Pediatrica e materno infantile	1,3
Cure palliative	0,4
Altro	2

Distribuzione e tipologia degli episodi di violenza subita	
Tipologia di episodi di violenza	Frequenza (%)
Minacce verbali e comportamentali senza contatto fisico	70
Minacce verbali e comportamentali con contatto fisico	16
Episodi di violenza con contatto fisico da parte di persone o oggetti	13

Dove sono avvenuti gli episodi di violenza	
Area	Frequenza (%)
Ospedale*	74,0
Salute mentale	11,5
Servizi e ambulatori territoriali	8,0
Emergenza territoriale es 118	2,9
Strutture di riabilitazione e strutture residenziali territoriali	2,2
Assistenza Domiciliare e cure palliative e servizi al domicilio del paziente	0,9
Servizi e attività di Comunità (esempio carceri)	0,3

* sono state raggruppate nell'area ospedaliera le seguenti aree: geriatrica, medica, emergenza ospedaliera, chirurgica, terapia intensiva e reparto Covid

FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica)

FNOPO ha comunicato che il dato relativo alla segnalazione “Episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori” non è stato raccolto dalla FNOPO e dagli OPO, pur avendo informazioni di pochi e sporadici casi, più frequenti nei consultori e/o Distretti o Case della Salute.

Per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera, i pochi casi (che non sono significativi) si riscontrano maggiormente nei Pronto Soccorso Ostetrici (triage), in Sala Parto quando succedono eventi avversi. Medesima cosa davanti agli ambulatori per attese prolungate.

Hanno, comunque, predisposto una indagine interna alla categoria professionale atta a fare emergere eventuali situazioni di rischio e progetti di miglioramento.

FNO TSRM e PSTRP (Federazione Nazionale Ordini Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione)

La FNO TSRM e PSTRP ha comunicato che, ad oggi, non è stato ad implementato un flusso di segnalazione e/o raccolta/indagini che possano dare una fotografia della situazione attuale in riferimento alla problematica delle aggressioni al personale sanitario, rendendosi, tuttavia, disponibile a raccolte dati future.

FNOVI (Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)

La FNOVI, tra aprile e giugno 2022, ha richiesto ai propri iscritti la compilazione di un questionario anonimo, denominato “Violenza contro i medici veterinari”, finalizzato ad attivare un percorso di approfondimento interno del fenomeno, così da raccogliere il maggior numero di dati possibili e promuovere un’analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti,

Il questionario è stato articolato in modo da rilevare quanto più possibile gli episodi di violenza nonché i contesti in cui questi si determinano e si prefiggeva inoltre di delineare la condizione personale in cui i medici veterinari si trovano a esercitare.

I medici veterinari hanno ricevuto l’invito a partecipare tramite link personalizzato. Il questionario era altresì raggiungibile accedendo alla propria ‘area personale’ presente sul portale della Federazione, dopo aver fatto il ‘login’.

Al questionario hanno risposto 2.119 medici veterinari: il numero più elevato di riscontri è stato registrato in Lombardia (22,51%), Emilia-Romagna (11,47%) e Piemonte (11,09%), che sono anche le Regioni che hanno il maggior numero di medici veterinari; mentre Valle d’Aosta (0,24%) e Molise (0,42%) sono le Regioni dalle quali sono pervenute il minor numero di risposte.

Il 50% dei partecipanti al questionario è rappresentato da medici veterinari libero professionisti ed il 60% dei riscontri sono arrivati da medici veterinari di genere femminile (1.290) contro il 39% di quelli di genere maschile (829) così confermando che le donne continuano ad essere, più degli uomini, soggette a episodi di violenza anche perché spesso svantaggiate dalle condizioni lavorative nella quale molte di loro si trovano ad operare.

Circa la natura delle aggressioni subite nello svolgimento dell’attività lavorativa sul luogo di lavoro, il 72,49% ha indicato di essere stata vittima di aggressione verbale mentre solo il 10,57% ha segnalato di aver subito anche aggressioni fisiche.

Il dato è certamente importante e contribuisce a far luce su questo fenomeno che sembra caratterizzarsi prevalentemente del ricorso a minacce, anche reiterate, nel corso degli incontri che avvengono con il

professionista. Solo il 7,59% dei medici veterinari ha infatti indicato di aver subito danni fisici che hanno necessitato di cure, mentre negli altri episodi segnalati (11,61%) questo non è accaduto.

Non desta sorpresa il dato che ha registrato che responsabili delle aggressioni sono soprattutto gli utenti che fruiscono del servizio (89,32%) ma qualche perplessità – unita alla opportunità di un approfondimento – la provoca certamente la circostanza che il 21,94% dei sanitari ha indicato nei colleghi gli autori delle condotte violente.

Circa il momento della giornata in cui i sanitari hanno indicato essere avvenuta l'aggressione, il dato ha interessato soprattutto la mattina (40,26%) ed il pomeriggio (40,45%): ciò coerentemente con gli orari di apertura delle strutture sanitarie.

A confermare che si tratta di atti diffusi, non inquadrabili agevolmente dal punto di vista numerico perché non denunciati o perché le vittime tendono a soprassedere, arriva il dato che indica che solo il 23,50% degli aggrediti ha avuto una reazione (il 76,50% no) che è consistita principalmente nel riferire l'accaduto al Referente/Superiore/Datore di Lavoro (77,69%) mentre solo il (33,06%) ha chiesto l'intervento delle FFOO. Percentuale che si riduce al 3,58% quando è stato chiesto di segnalare se sono state promosse azioni di risarcimento danni.

Rassicurante il dato che la categoria non intende prestare accondiscendenza rispetto agli episodi di violenza indicando che non li intende come inevitabili (63,30%).

Interessanti sono poi le risposte alla seconda parte del questionario che intendevano monitorare come i medici veterinari percepissero il tema della sicurezza. Le risposte fornite indicano che i professionisti hanno privilegiato le opzioni proposte di ‘abbastanza’ (58,47%) e ‘molto’ (21,76%): sentimento che risulta poi confermato quando alla domanda se erano preoccupati di subire episodi di violenza il 53,19% ha espresso poca apprensione (solo il 29,59% dei medici veterinari si è dichiarato abbastanza preoccupato).

Ciò nonostante, emerge con evidente chiarezza che il 72,63% dei partecipanti al questionario ritiene utile partecipare ad un corso di formazione specifico valutando che iniziative di questo genere potrebbero essere facilmente applicabili nella realtà lavorativa dove operano.

Numerosi e vari sono stati, infine, i suggerimenti espressi circa le azioni esperibili per prevenire episodi di violenza, ciò anche grazie alla previsione di un “campo libero” da compilare.

I dati raccolti evidenziano che gli atti di violenza a carico dei medici veterinari presentano caratteristiche peculiari meritevoli di specifici approfondimenti e di misure di prevenzione idonee a mitigare il rischio.

Le numerose risposte fornite hanno comunque restituito una sostanziale aderenza con i compiti dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie di promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché 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.

FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani)

FOFI ha trasmesso i dati pervenuti dagli Ordini provinciali, relativi all’entità e alla frequenza del fenomeno degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni.

In totale, fino a dicembre 2022, hanno fornito riscontro 49 Ordini e, tra questi, solo alcuni sono in possesso di dati sull’entità e la frequenza del fenomeno. A tale proposito si evidenzia quanto segue.

- L’Ordine dei farmacisti di Aosta ha segnalato che n. 3 farmacie hanno subito un tentato furto.

- L'Ordine di Brescia ha riferito una media di circa n. 15/20 episodi di violenza commessi ogni anno ai danni degli iscritti.
- L'Ordine di Modena ha segnalato: n. 1 farmacia oggetto di tentata rapina a fine anno 2019 (precedentemente stessa farmacia oggetto di 2 rapine a mano armata); n. 1 farmacista ha comunicato di aver rischiato più volte aggressioni fisiche da parte di clienti particolarmente irosi, precisando che le violenze verbali sono divenuti sempre più frequenti e all'ordine del giorno.
- L'Ordine di Novara è a conoscenza di n. 1 episodio di tentata aggressione durante una rapina in una Farmacia.
- L'Ordine di Olbia ha riferito sporadici episodi di rapina e alcuni atti di vandalismo.
- L'Ordine di Palermo, sebbene non in possesso di dati numerici, ha riferito di numerose rapine commesse ai danni delle farmacie nel Capoluogo.
- L'Ordine di Reggio Emilia è al corrente di diverse rapine fatte ai danni delle Farmacie in questo periodo ma non è in possesso di dati certi.
- L'Ordine di Rimini ha segnalato, n. 13 episodi di violenza a danno dei sanitari operanti nelle farmacie e nelle parafarmacie verificatisi tra il 2018 e il 2022.
- L'Ordine di Verona ha segnalato n. 6 episodi gravi e un episodio lieve.
- L'Ordine di Bari ha segnalato varie denunce inerenti la criminalità predatoria per finalità di rapina.

Altri contributi

Oltre alla Regioni e agli Ordini Professionali, anche altri componenti dell'ONSEPS ed enti esterni all'Osservatorio, nel corso degli ultimi anni, hanno sviluppato rilevazioni volte a raccogliere dati relativi al fenomeno delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario. Si tratta, anche in questo caso, di indagini disomogenee sia dal punto di vista numerico sia da quello metodologico, la cui conoscenza, tuttavia, può consentire di inquadrare meglio la situazione e di sottolinearne alcuni aspetti. Se ne riportano di seguito le principali risultanze.

Contributi di altri componenti dell'ONSEPS

ANAAO ASSOMED (Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri – Associazione Medici Dirigenti)

L'ANAAO ASSOMED ha condotto varie indagini, di cui si riportano i dati salienti.

- 1) In un'indagine condotta da ANAAO/ASSOMED su 1.280 medici nel 2018, il 65% dei partecipanti ha dichiarato di essere stato vittima di aggressioni; di questi il 66,2% riferisce aggressioni verbali mentre il 33,8% aggressioni fisiche, con dati ancora più alti nel Sud e nelle Isole. I medici più a rischio sono quelli che lavorano in Pronto Soccorso e 118, con violenze subite dall'80,2% dei rispondenti. Rispetto alle aggressioni fisiche, particolarmente colpiti sono i medici dei reparti di psichiatria/SERT (il 34,1% di tutte le aggressioni fisiche) e i medici di Pronto soccorso/118 (il 20,3% di tutte le aggressioni fisiche). Oltre il 50% dei rispondenti ignora che le aggressioni dovrebbero essere identificate come evento sentinella dalla propria Direzione Aziendale, come previsto dalla raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute (2007), mentre il 18% asserisce che addirittura non vengono riconosciute. Le cause delle aggressioni per i medici coinvolti nell'indagine sono da riferire a fattori socio-culturali per il 37,2%, al definanziamento del SSN per il 23,4%, a carenze organizzative per il 20%, a carenze di comunicazione per l'8,5%.
- 2) La survey destinata al personale medico, condotta tra gennaio e febbraio 2020, ha visto coinvolti 2059 soggetti, il 40,8% di età compresa tra 55 e 65 anni. L'indagine ha visto la partecipazione di 19 Regioni ma solo il 21% delle risposte proviene dalle Regioni del sud e delle isole. Il 56,10% dei *responder* è di sesso femminile e il 55,44% degli stessi ha affermato di essere stato personalmente vittima di violenza. Tuttavia, il 79,26% degli operatori vittime di violenza non ha presentato denuncia. Inoltre, il 66% afferma di essere a conoscenza di episodi di aggressione ai danni di operatori e il 23% afferma inoltre di essere venuto a conoscenza di casi da cui è scaturita invalidità permanente o decesso conseguenti a episodi di violenza ai danni di operatori.
- 3) Uno studio quali-quantitativo basato sulla ricerca e l'analisi di post e commenti relativi all'Azienda Sanitaria Locale 5 in Liguria (La Spezia), pubblicati dal 2013 fino a maggio 2020 su quattro delle più grandi pagine Facebook locali (190.000 *follower*), su quattro principali gruppi Facebook locali (41.000 *follower*) e su un sito web di recensioni ospedaliero da parte dei pazienti. La tabella di fianco ne riporta i principali risultati.

26% positive (thanks, praise) and

74% negative (criticism, offense, threats).

The six negative posts received 481 "Like" (median 80.1) and 35 sharing (median 5.8);

the nineteen positive posts 4758 "Like" (median 250.4) and 435 sharing (median 22.8);

Differently, 50 positive comments received 111 "Like" (median 2.2) and 142 negative comments 623 "like" (median 4.38).

FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)

Al fine di misurare entità e tipologia degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari, nonché delle misure messe in atto dalle Aziende per farvi fronte, FIASO ha predisposto due *survey* come strumenti di monitoraggio e comprensione del fenomeno:

- A. una diretta alle Direzioni Aziendali (dati oggettivi), completata nel mese di maggio 2022 ed ora in fase di aggiornamento,
- B. una diretta agli operatori a maggior rischio, PS, 118, CUP e Continuità assistenziale (dati soggettivi), strumento predisposto nel corso del 2022 per il quale è stato programmato l'avvio dal prossimo mese di marzo 2023.

Di seguito si presentano i risultati più significativi della prima *survey* mentre, successivamente, viene dato spazio al protocollo di ricerca della seconda in fase di avvio.

A. Monitoraggio e quantificazione del fenomeno attraverso i dati oggettivi

Si tiene a sottolineare come, dopo la presentazione preliminare della ricerca svolta l'11 maggio 2022 attraverso un webinar nel quale hanno partecipato 118 direzioni aziendali, sono stati organizzati due webinar destinati alla comunità dei professionisti e manager aziendali che si occupano di contrasto al fenomeno di violenza, per restituire i risultati della *survey* e per avviare un percorso formativo e di condivisione dello strumento di rilevazione dei dati soggettivi. Hanno partecipato 329 professionisti al primo webinar del 22 giugno mentre 251 al secondo del 15 settembre 2022.

Questa stessa *survey* è in fase di aggiornamento con i dati 2022 per essere presentati in occasione di un secondo convegno FIASO dedicato al tema il prossimo 9 marzo 2023 a Piacenza, con tutte le novità intercorse nel periodo e un'analisi articolata della genesi della violenza e dei modi per contrastarla.

La *survey* diretta alle Direzioni è un questionario di 14 domande, tre delle quali dirette a raccogliere dati sugli episodi di violenza rilevati dall'Azienda negli anni 2019, 2020, 2021. Le altre 12 questioni riguardavano le iniziative preventive e di difesa attuate dalle Aziende, anche sulla base di quanto previsto dalla Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute.

Hanno partecipato al campione 47 Aziende sanitarie e ospedaliere delle quali 24 dell'area Nord, 16 dell'area Centro e 7 dell'area Sud (23,5% tasso di rappresentatività SSN).

Nelle tabelle seguenti sono riportati rispettivamente gli episodi di violenza registrati dalla Aziende negli anni 2019, 2020, 2021 e gli eventi sentinella registrati nei medesimi anni.

	Episodi di violenza			Tot episodi di violenza
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	
Tot. NORD	1.023	816	1.099	2.938
Tot. CENTRO	360	301	474	1.135
Tot. SUD	36	38	17	91
Totali	1.419	1.155	1.590	4.164

	Eventi sentinella			Tot eventi sentinella
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	
Tot. NORD	25	23	23	71
Tot. CENTRO	34	20	25	79
Tot. SUD	0	5	2	7
Totali	59	48	50	157

Gli eventi sentinella rappresentano il 4% degli episodi di violenza segnalati.

La valutazione sull'avanzamento delle politiche di prevenzione e contrasto per gli episodi di violenza nei confronti degli operatori è stata elaborata attraverso 12 items:

1. Redazione Documento di valutazione dei rischi
2. Costituzione Gruppo aziendale per il contrasto della violenza
3. Redazione procedura aziendale relativa alla prevenzione degli atti violenti
4. Redazione piano per la prevenzione atti violenti
5. Realizzazione interventi di formazione rivolta agli operatori sanitari
6. Redazione procedura aziendale per la segnalazione degli atti di violenza
7. Redazione scheda aziendale per la segnalazione degli atti di violenza
8. Istituzione registro dei dati del fenomeno
9. Redazione procedura per l'assistenza al soggetto che subito episodi di violenza
10. Previsione di un servizio di sostegno psicologico
11. Previsione assistenza legale agli operatori coinvolti
12. Predisposizione piano di comunicazione rivolto agli operatori e alla comunità

È qui riportata la distribuzione delle risposte affermative a seconda dell'area geografica (ogni risposta affermativa è un'iniziativa intrapresa).

	N. Aziende	12/12	11-10/12	9-8/12	da 7 in poi/12
NORD	24	4	13	6	1
CENTRO	16	3	7	4	2
SUD	7	-	-	2	5
TOTALE	47	7	20	12	8

Dalla tabella precedente, si evince che 7 su 47 Aziende (15% del campione) risponde integralmente a tutti i 12 items proposti, un ulteriore 43% quasi tutti gli items (11 o 10) mentre il 26% (8 o 9) e 17% a poco più della metà degli items proposti. Questa tipologia di elaborazione favorisce benchmark interaziendale all'interno di comunità di pratica professionale (si vedano webinar del 22 giugno e 15 settembre 2022).

Rielaborando le risposte sugli items rispetto al numero di Aziende rispondenti per singolo items si possono individuare punti di forza e debolezza delle organizzazioni e quindi le aree nelle quali poter investire e portare avanti azioni di miglioramento. Seguono due tabelle, una che riporta le iniziative meno frequentemente intraprese dalle Aziende, l'altra le più frequentemente intraprese.

Item con minori adesioni	% Aziende
11. Assistenza legale	36%
12. Piano di comunicazione	60%
9. Procedura per l'assistenza del soggetto	68%
4. Piano Prevenzione atti violenti	70%
7. Documento di Valutazione dei Rischi	79%
10. Servizio di sostegno psicologico	81%

Item con maggiore adesione	% Aziende
6. Procedura per segnalazione atto violento	100%
7. Scheda Aziendale per segnalazione	96%
3. Procedura Aziendale per prevenzione	96%
5. Interventi di Formazione	89%
8. Registro	89%
2. Gruppo Aziendale	87%

B. Monitoraggio e comprensione del fenomeno attraverso i dati soggettivi

In seguito al confronto con le Direzioni aziendali, si è organizzata una *survey* diretta agli operatori sanitari. Allo scopo è stato allestito un questionario per una ricostruzione non solo della quantità degli episodi ma anche della tipologia, e del contesto in cui si sono verificati.

Gli obiettivi dell’indagine sono:

- 1) Dimensionare il fenomeno della violenza sugli operatori dei reparti maggiormente esposti
- 2) Analizzare le caratteristiche ambientali, professionali e personali degli episodi
- 3) Analizzare le conseguenze immediate e a distanza degli episodi
- 4) Identificare le possibili strategie di contenimento

L’indagine si svolge attraverso la somministrazione di un questionario agli operatori dei Pronto soccorso, del 118, del CUP e della Continuità assistenziale delle Aziende che aderiscono all’iniziativa. Ogni ruolo è incluso nell’indagine.

La popolazione campionata è costituita dalle 47 Aziende che hanno risposto all’indagine precedente diretta alle Direzioni Aziendali

Il vantaggio per le Aziende partecipanti non consiste solo nell’analisi approfondita di quanto avviene nel proprio ambito, ma anche in un confronto con altre Aziende, sia rispetto all’entità del problema, sia rispetto alle misure adottate per arginarlo e alla loro efficacia.

A ciascuna Azienda verrà, inoltre, fornito un *report* specifico e personalizzato in modo che possano essere aggiornati i rispettivi DVR aziendali con i risultati della ricerca.

L’elaborazione dei dati avverrà a cura del Centro di coordinamento. Una pagina web sarà dedicata al monitoraggio delle attività. Al termine della raccolta dei dati si procederà all’analisi statistica col supporto degli opportuni software (SPSS, Stata). Le elaborazioni dovranno comprendere:

Per la parte sul contesto lavorativo

- Elaborazione statistiche descrittive utilizzando le principali variabili rilevate dal questionario: episodi, giorno della settimana, adozione misure preventive, formazione degli operatori, andamento nel tempo, andamento durante il COVID, episodi subiti. Tutte le elaborazioni verranno effettuate sia sul totale che distinte per reparto di lavoro.
- Calcolo associazione grezza ed aggiustata, attraverso modelli di analisi multivariata, fra misure preventive e la frequenza di aggressioni subite dal singolo e avvenute nel reparto.

Per la parte soggettiva

- Elaborazione statistiche descrittive utilizzando variabili: soggetti che hanno subito violenza suddivisi in gravi e meno gravi, momento della giornata, tipo di attività, luogo, tipologia dell’aggressore, forma

di aggressione, azioni post episodio, motivazione della violenza, conseguenze fisiche e psicologiche, conseguenze sul lavoro.

- Calcolo dell'associazione grezza ed aggiustata, attraverso modelli di analisi multivariata, fra episodi di violenza e le seguenti variabili: anno, collocazione territoriale, reparto di lavoro, età, attività lavorativa, anzianità di servizio, motivazioni della violenza. Analisi stratificata per aggressioni poco gravi e gravi. Analisi multivariata per la definizione delle componenti prevalenti associate alla violenza.

Inoltre, per ogni Azienda si produce un'analisi specifica sulle frequenze di tutte le variabili incluse nel questionario, sia totali che per reparto lavorativo.

FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

Le aggressioni nell'ambito della Medicina Generale si realizzano soprattutto a danno dei medici di Emergenza Sanitaria Territoriale che devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte del paziente e dei familiari, e di tutti quei Medici che offrono assistenza in assenza di un rapporto fiduciario consolidato, come accade ai medici di continuità (ex guardia medica) tra le cui fila si contano purtroppo ben 3 omicidi, o, come recentemente emerso, a medici di famiglia da poco inseriti nella professione che non hanno quindi avuto il tempo di consolidare il rapporto di fiducia e si sono trovati a gestire situazioni a rischio aggressione legate alle campagne *no-vax* e *no-greenpass*.

FIMMG monitora da 15 anni il problema della sicurezza dei Medici di Medicina Generale per identificare i *setting* a maggiore rischio, le criticità organizzative/procedurali potenzialmente favorenti condizioni di rischio, la frequenza degli eventi al fine di individuare e proporre le soluzioni operative e organizzative più efficaci a prevenire le aggressioni.

Le diverse indagini condotte nel tempo hanno approfondito due ambiti di ricerca:

- 1) la valutazione qualitativa e quantitativa del fenomeno;
- 2) l'individuazione delle condizioni strutturali e/o organizzative facilitanti l'instaurarsi di condizioni di rischio.

Le aggressioni si realizzano, nella maggioranza dei casi, a danno dei medici che devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività del paziente e/o dei familiari, in assenza di un rapporto fiduciario consolidato ovvero i medici di emergenza sanitaria territoriale e, in misura maggiore, i medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

Le ricerche condotte dimostrano che le condizioni di rischio per i Medici di Continuità Assistenziale (MCA) non sono determinate dalla gestione di pazienti in stato di alterazione quanto da atti volontari perpetrati da soggetti che, grazie alla mancata conoscenza da parte del MCA dei loro dati personali, si sentono protetti dall'anonimato. Gli episodi descritti comprendono minacce, aggressioni verbali e/o fisiche scatenate dalla mancata soddisfazione di una richiesta inappropriata o, in alcuni casi, da azioni premeditate, finalizzate a violenza sessuale, al danneggiamento delle sedi, al furto di denaro, di oggetti o farmaci.

Si riportano di seguito i dati delle ricerche più recenti. Sono inoltre in corso:

- 1) la sorveglianza, costantemente attiva, "Dossier violenza: Storie di ordinaria follia" di seguito descritta;
- 2) la *survey* per la rilevazione periodica sul numero e tipo di eventi subiti negli ultimi tre anni.

Dossier violenza: Storie di ordinaria follia

Si tratta di una sorveglianza, costantemente attiva, finalizzata a descrivere la tipologia degli episodi di violenza perpetrati contro Medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

Nella volontà di individuare uno strumento oggettivo, si è scelto di effettuare il monitoraggio continuo degli episodi di violenza che vengono riportati dai mezzi di informazione cartacei e on line.

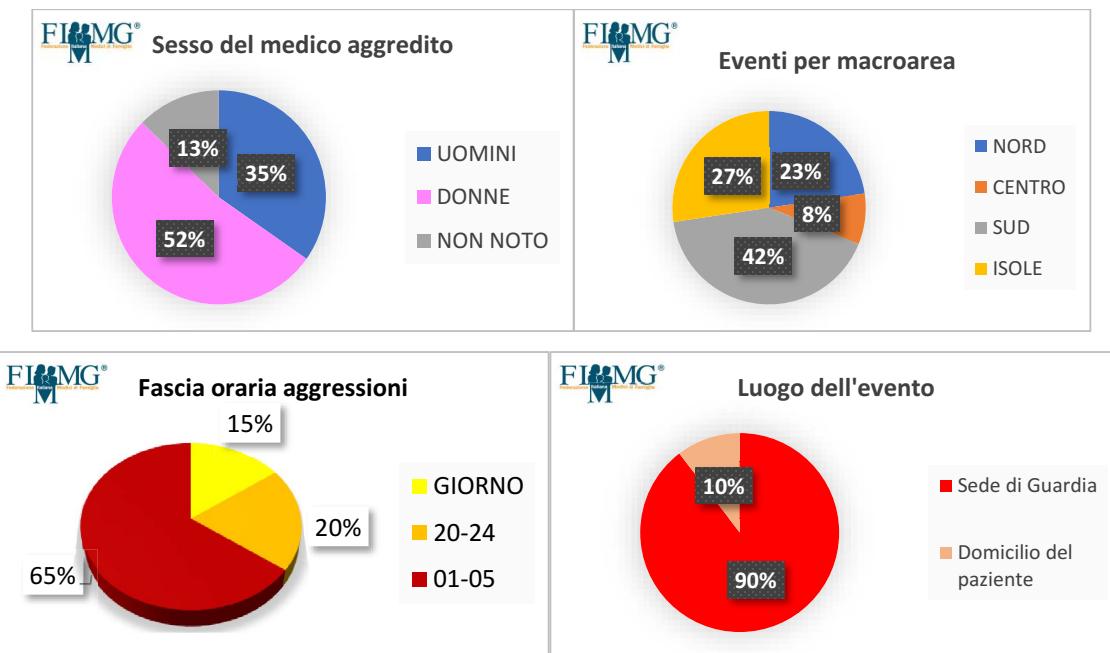
I dati sono rappresentativi dal punto di vista “qualitativo” descrivendo con allarmante veridicità tipologia e gravità degli eventi. Sono invece sicuramente parziali e non esaustivi dal punto di vista quantitativo rispetto la reale entità del fenomeno, considerato che non tutti gli eventi vengono denunciati alle autorità preposte e che, tra quelli denunciati, solo una piccola parte viene riportata dai mezzi di informazione.

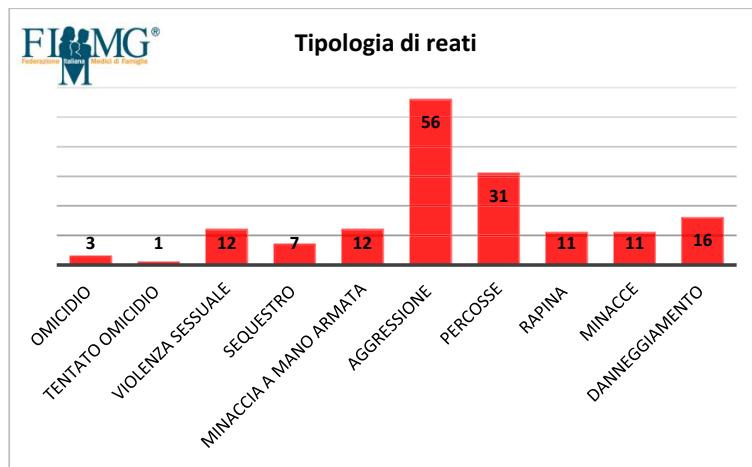
Il dossier viene costantemente aggiornato attraverso il monitoraggio dei mezzi di comunicazione cartacei e online effettuato tramite la lettura della rassegna stampa delle principali testate italiane e l'utilizzo di *alert* nei principali motori di ricerca on line, utilizzando termini indicativi.

Attualmente, il dossier comprende n. 106 eventi realizzati a danno di n. 118 Medici di Continuità Assistenziale nell'esercizio delle proprie funzioni. Nell'ambito dei singoli eventi possono configurarsi più tipologie di reato. (Vedi grafici)

Gli eventi sono collocati prevalentemente (65%) nella fascia oraria notturna compresa tra le 01 e le 05. Gli episodi hanno interessato in maggioranza (52%) le donne medico a carico delle quali sono stati commessi anche i reati più gravi: va purtroppo evidenziata la presenza di ben 3 casi di omicidio (2 donne e 1 uomo) e 12 violenze sessuali (12 donne). I reati più frequenti sono rappresentati dalle aggressioni (48% dei casi); nel 55% delle aggressioni i medici hanno riportato lesioni personali.

La distribuzione geografica localizza gli eventi in maggioranza nella macroarea Sud Italia e Isole (42% degli eventi) con prevalenza nelle regioni Puglia (23 eventi) e Sicilia (21 eventi).



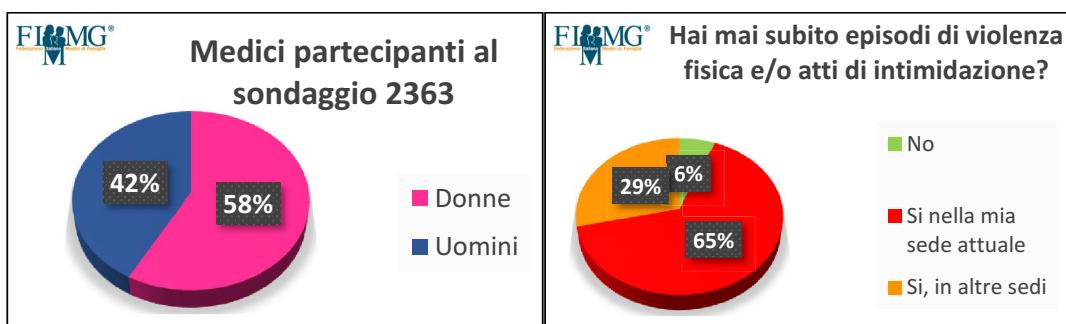


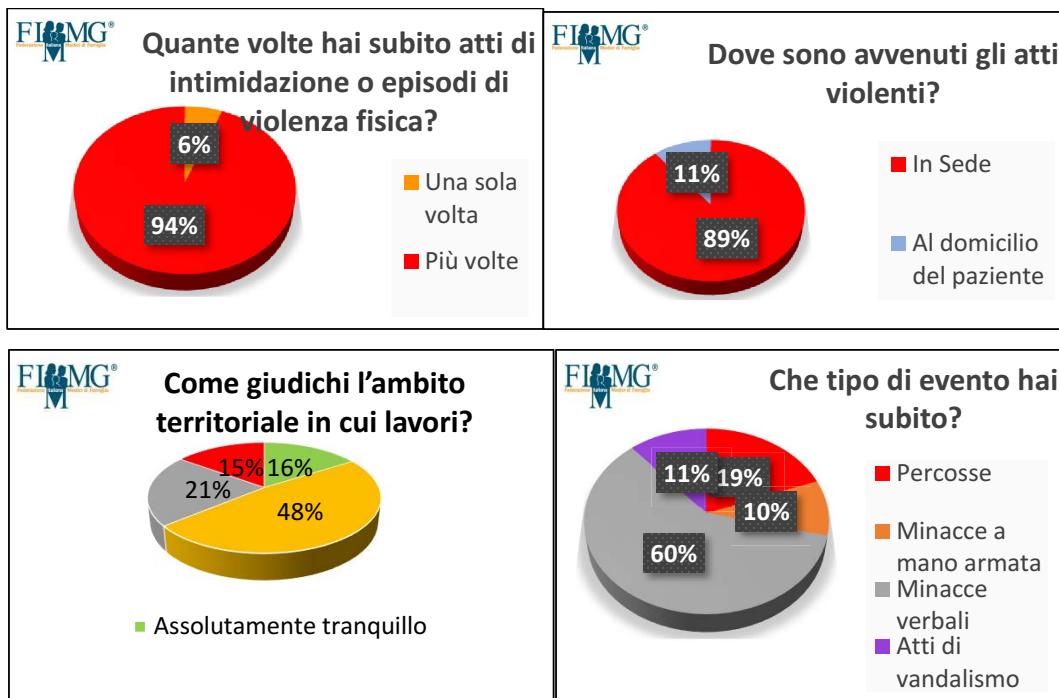
Indagine anno 2018 - Gli attivi di violenza subiti da Medici di Continuità Assistenziale

Un board costituito da 6 Medici di Continuità Assistenziale ha creato un questionario composto da n. 7 quesiti.

Obiettivo dell'indagine descrivere: la frequenza e tipologia degli eventi, il luogo, la percezione dei medici rispetto la pericolosità dell'ambiente di lavoro, il comportamento dei professionisti dopo gli eventi. L'invito a partecipare all'indagine, con il link di accesso alla piattaforma, è stato inviato via mail e divulgato in tutta Italia attraverso i canali di comunicazione di FIMMG CA.

Partecipanti 2363 (58% donne 42% uomini). Il 94% dei partecipanti ha dichiarato di aver subito almeno un episodio di aggressione o atti intimidatori; si segnala che solo il 36% giudica a medio o alto tasso delinquenziale l'ambito territoriale di lavoro. Particolarmente indicativo il comportamento post evento descritto dai professionisti (possibili più risposte): solo il 4 % dichiara di aver sporto denuncia e che gli episodi sono cessati; il 15 % dichiara di aver sporto denuncia ma gli episodi non sono cessati. Il 35% dichiara di non aver mai sporto denuncia; ha cambiato sede il 32%; ben il 40% si fa accompagnare in servizio da amici o familiari.





Indagine anno 2017 - “Ispezione da dentro”: obiettivo percezione del rischio, valutazione sicurezza sede, aspetti strutturali

Il 19 settembre 2017 una donna medico di Continuità Assistenziale, in servizio in provincia di Catania, viene aggredita, violentata e sequestrata per ore, prima di riuscire a sfuggire ad un soggetto successivamente arrestato. La sede di Continuità Assistenziale, in cui si svolge la violenza, presenta condizioni strutturali ed organizzative che si sono rivelate assolutamente inadeguate a garantirne la sicurezza.

FIMMG, tra le varie azioni intraprese, decide di avviare una indagine per evidenziare le criticità strutturali ed organizzative delle sedi di Continuità Assistenziale attraverso la raccolta e la successiva analisi delle segnalazioni e della documentazione fotografica inviata dai Medici di Continuità Assistenziale, di tutta Italia, attraverso una *survey*. L’invito a partecipare all’indagine, con il link di accesso alla piattaforma, è stato inviato via mail all’indirizzario FIMMG e divulgato in tutta Italia attraverso i canali di comunicazione e i siti della Federazione.

La *survey*, attiva per la durata di 8 giorni, è composta da 13 quesiti di cui: 5 quesiti finalizzati a identificare le caratteristiche del medico, 3 quesiti finalizzati ad individuare la localizzazione della sede di lavoro; 5 quesiti, di cui 3 a risposta aperta, chiedono di valutare: la percezione del livello di sicurezza rispetto al rischio di aggressioni, la sicurezza della sede rispetto alle caratteristiche strutturali/organizzativi, gli elementi di pericolo, ulteriori informazioni ritenute utili da comunicare.

È stata inoltre attivata una casella e-mail per la ricezione di documentazione fotografica e le segnalazioni relative alle carenze organizzative e strutturali che condizionavano negativamente la sicurezza delle sedi in cui svolgevano l’attività di servizio.

Nelle prime 24 ore dall’apertura della *survey* sono pervenute oltre 200 segnalazioni. Negli 8 giorni di indagine ben 440 medici hanno compilato la *survey* e inviato documentazione fotografica, a riprova di quale impatto abbia il tema affrontato sui professionisti coinvolti.

Le denunce, corredate dai dati anagrafici dei medici denuncianti e, in molti casi, da fotografie, sono state raccolte in un volume che è stato consegnato il 4 ottobre 2017, nel corso del 74° Congresso Nazionale FIMMG 2017, al Ministro Beatrice Lorenzin, chiedendo l’avvio di indagini.

Sintesi dei risultati

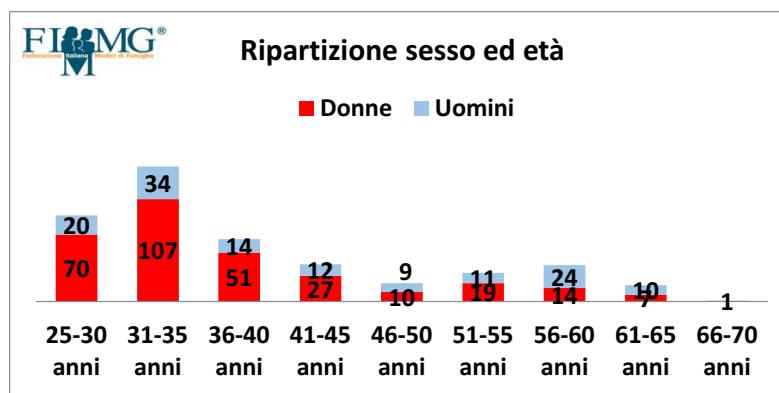
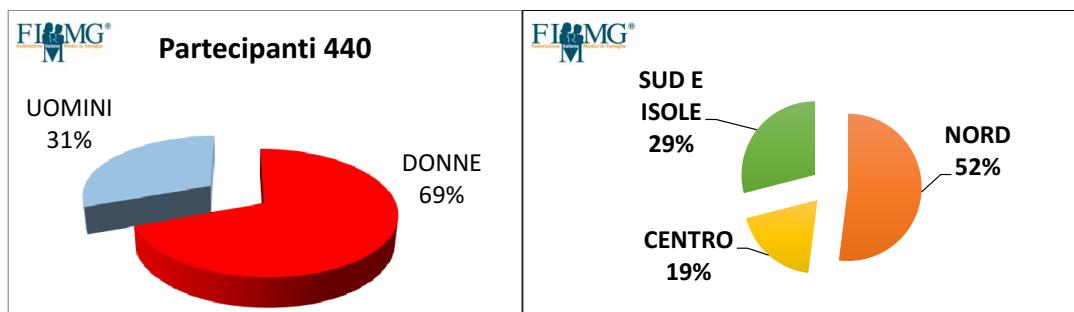
Dall'analisi delle risposte alla *survey* è stato possibile individuare:

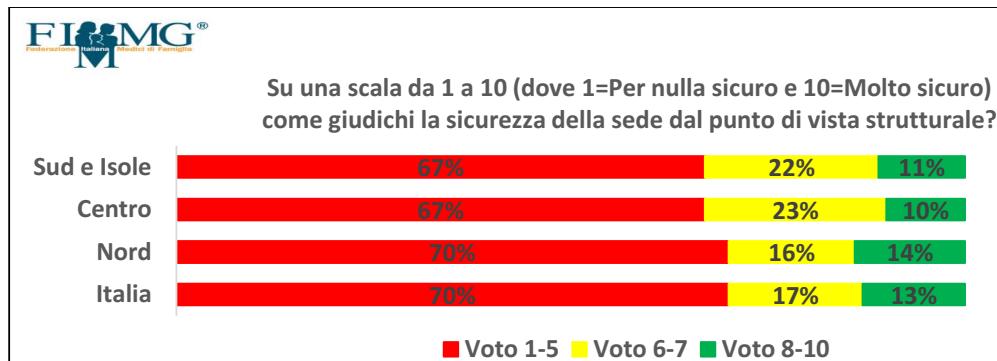
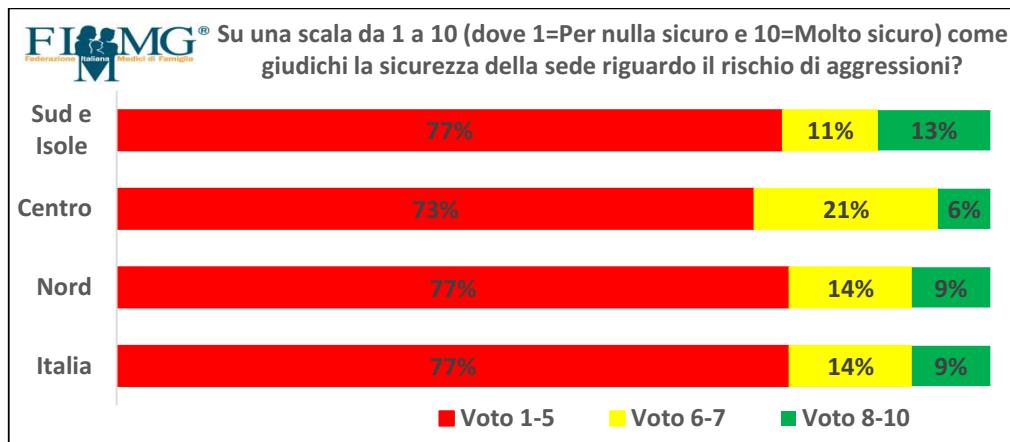
- carenze strutturali delle Sedi di Continuità Assistenziale che arrivano, in alcuni casi, al mancato rispetto delle norme legislative sulla sicurezza dei luoghi di lavoro.
- carenze organizzative e procedurali con evidenza della mancata applicazione della Raccomandazione n. 8, novembre 2007 del Ministero della Salute «Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari».

Inoltre, sono state rilevate con particolare frequenza:

- assenza o carenza degli strumenti di difesa attiva e passiva delle sedi e degli operatori nella totalità delle segnalazioni;
- mancata manutenzione dei dispositivi di difesa attiva e passiva;
- mancato collegamento degli strumenti installati con i servizi che avrebbero dovuto garantire sorveglianza ed il tempestivo invio di soccorsi.

La conoscenza delle condizioni strutturali e delle carenze organizzative raccolte grazie a queste denunce ha permesso l'individuazione di più efficienti strumenti di difesa attiva e passiva di cui fornire gli operatori ed ha guidato gli interventi per la sicurezza che FIMMG ha promosso in questi anni.



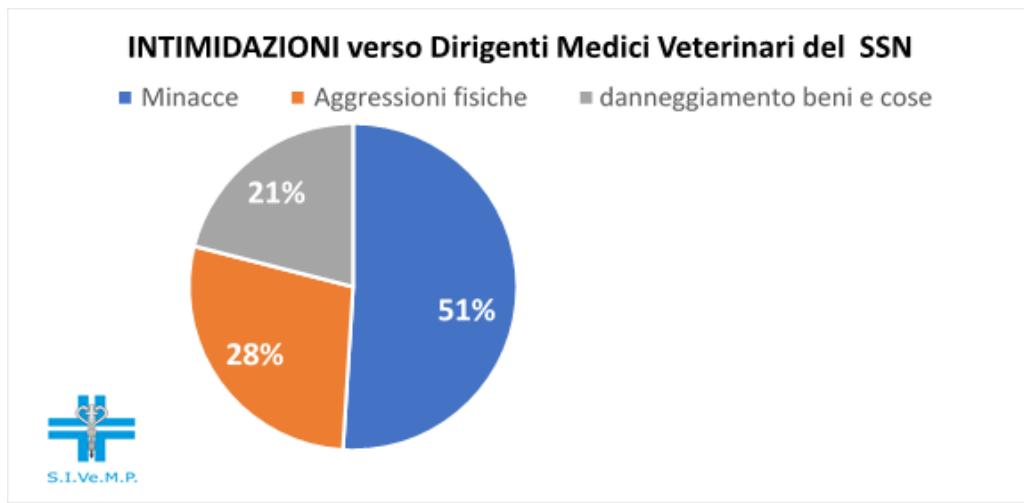


FVM (Federazione Veterinari Medici e dirigenti sanitari) – SiVeMP (Sindacato Italiano Veterinari di Medicina Pubblica)

Le aggressioni e intimidazioni ai medici veterinari e specialisti ambulatoriali che operano all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione del SSN, si manifestano per motivazioni attinenti per lo più alle funzioni ispettive di vigilanza e controllo svolte in qualità di pubblici ufficiali, di incaricati di pubblico servizio e a seconda dei casi anche di ufficiali di polizia giudiziaria. Da sottolineare che il veterinario agisce spesso individualmente, in contesti lavorativi non organizzati in equipe e quindi diventa il catalizzatore del malcontento di una utenza che mal tollera l'imposizione delle disposizioni di legge.

Il S.I.Ve.M.P. (Sindacato Italiano Veterinari di Medicina Pubblica) da oltre dieci anni monitora il problema delle aggressioni e intimidazioni ai veterinari pubblici, attraverso l'utilizzo di un questionario online. I dati che di seguito si riportano sono esclusivamente quelli relativi agli episodi denunciati all'autorità giudiziaria o all'amministrazione di appartenenza ma abbiamo contezza che il dato è fortemente sottostimato in quanto la paura di ritorsioni limita fortemente le denunce e l'emersione mediatica del problema.

Negli ultimi dieci anni, sulla base dei dati pervenuti attraverso il questionario, risultano denunciati 108 episodi su circa 5.000 veterinari pubblici presenti sul territorio nazionale. Alle aggressioni fisiche e verbali, si aggiungono forme di intimidazione e vendetta consistenti in distruzione e/o danneggiamenti ai beni personali o di servizio, utilizzo di armi da fuoco, compresi proiettili spediti a domicilio, attentati dinamitardi, fenomeni di stalking e discredito sui social. L'aggregazione dei dati per macroaree fornisce i seguenti dati percentuali per tipologia:



Nursind (Sindacato delle Professioni Infermieristiche)

I dati delle rilevazioni Nursind, effettuate nel 2013 e nel 2017 tramite un sondaggio cui hanno aderito, rispettivamente, oltre 1.770 e oltre 5.000 operatori (metodologia che risente di un *bias* di selezione), mostrano un aumento delle aggressioni riferite, passate, in termini assoluti, da 2.532 a 6.053, e un incremento relativo del 30% circa negli ultimi 2 anni. Nell'ultima rilevazione, l'aggressione è risultata essere verbale (48,1%), verbale e fisica (45,5%) o fisica (6,4%) ed è stata messa in atto da un paziente (40,1%), da un parente (34,3%), da entrambi (17%) o da un utente casuale (8,6%).

Circa il profilo degli aggressori, prevalgono gli italiani in poco meno della metà dei casi (48,8%), mentre gli “stranieri” sono responsabili del 16,4% delle aggressioni. Le aggressioni da parte di “ubriachi” sono l’8,9%, da parte di pazienti affetti da disturbi psichici il 21,6% e da parte di “zingari” il 4,3%.

I dati Nursind evidenziano che il personale di sesso femminile è più spesso vittima della violenza, con una percentuale in linea con il rapporto maschi/femmine nelle professioni sanitarie (66% femmine, 34% maschi).

SIMEU (Società Italiana Medicina d’Emergenza-Urgenza)

Un’indagine medica focalizzata sui reparti di emergenza/urgenza dal 1° marzo al 30 aprile 2017, curata dalla SIMEU, ha rilevato, in un campione costituito da 218 strutture di medicina d’emergenza-urgenza (33% del totale), che nel 63% delle strutture osservate, senza contare aggressioni verbali e intimidazioni, si è verificato almeno un episodio di violenza fisica nel bimestre oggetto della rilevazione, nella metà dei casi nelle strutture in cui il sovraffollamento di pazienti era maggiore.

Le strutture presenti nel campione erano distribuite nelle 20 Regioni e comprendevano 53 Pronto Soccorso, 111 Dipartimenti Emergenza-Accettazione (DEA) di primo livello e 54 di secondo livello. Rispetto all’anno precedente, la situazione risultava sensibilmente peggiorata in tutte le Regioni, dal Friuli Venezia Giulia alla Sicilia, passando per il Lazio.

Contributi di enti esterni all'ONSEPS

ANMI-FEMEPA (Associazione Nazionale Medici INPS – Federazione Medici Pubbliche Amministrazioni)

L'Anmi-Femepa rappresenta i medici legali che lavorano presso i Centri Medico-Legali (CML) dell'INPS.

Gli Enti Previdenziali, pur avendo nelle loro strutture i CML dove operano medici e altre figure professionali sanitarie, non sono destinatari delle Raccomandazioni del Ministero della Salute; quindi, in tale realtà lavorativa, non vengono rilevati gli eventi sentinella come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 8 del novembre 2007.

Pertanto, non vengono rilevati di dati codificati sugli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari, né riguardo al numero né riguardo alla gravità. Risulta, in ogni caso, che gli eventi maggiori con risonanza sui media, sono stati circa 10 negli ultimi 10 anni.

Molto frequenti, invece, sono stati gli eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale.

È noto che i comportamenti aggressivi si verificano con maggiore frequenza:

- presso le strutture dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche,
- nei luoghi/sale di attesa,
- presso i servizi di Geriatria.

Al riguardo, si segnala che l'utenza dei CML è in gran parte rappresentata da pazienti psichiatrici e da soggetti anziani, accompagnati da familiari che spesso hanno atteggiamenti molto aggressivi.

Ciò in quanto, presso tali ambulatori, l'attività del medico non è finalizzata alla Diagnosi e Cura del paziente, ma alla formulazione di giudizi medico-legali dai quali scaturiscono per i cittadini benefici (economici e non) e agevolazioni fruite dai familiari come, ad es., i permessi previsti dalla L. 104/92.

Per quanto attiene alla Medicina Legale, è di tutta evidenza come gli aspetti della questione "violenza" risultino molto insidiosi e specifici, poiché sono correlati a una sorta "pretesa" da parte dell'utenza, che ritiene di "aver diritto" a una determinata prestazione in quanto cittadino che paga le tasse e/o lavoratore assicurato.

Per questo, l'ANMI ritiene necessari specifici approfondimenti e misure di prevenzione idonee a mitigare il rischio di atti di violenza a carico di operatori sanitari che operano nel settore medico-legale in ambito sia previdenziale sia assistenziale e, proprio in un'ottica di prevenzione di questi eventi avversi, considera opportuno che le finalità dell'Osservatorio vengano estese anche all'ambito sanitario medico-legale.

CRI (Croce Rossa Italiana)

Nel 2018, la Croce Rossa Italiana ha deciso di istituire un Osservatorio sulle aggressioni agli operatori CRI, tramite il quale gli operatori dell'Associazione possono segnalare casi di violenza, aggressione, minaccia e/o danneggiamento a mezzi e strutture sanitarie. Le segnalazioni fornite vengono elaborate secondo la normativa vigente nel rispetto della *privacy* e i dati, trattati in forma anonima, sono pubblicati dalla Associazione in un rapporto annuale, volto ad identificare i principali *trend* e le situazioni tipo in cui le aggressioni vengono perpetrate, così come le misure di mitigazione e riduzione del rischio intraprese.

Costante è stato inoltre l'impegno della CRI anche nel condurre attività di:

- coinvolgimento di altri attori, istituzionali e non;

- formazione dei volontari;
- sensibilizzazione dell’opinione pubblica sulla necessità di tutelare la figura del soccorritore e del personale sanitario, tramite storytelling e testimonianze da parte degli stessi, inclusi volontari e operatori CRI.

Nello specifico, queste sono le azioni e i risultati fino ad ora conseguiti:

- Advocacy per l’approvazione della legge 113/2020 (il Vice Presidente CRI avv. Rosario Valastro – oggi Presidente Nazionale f.f. – è stato auditato durante la seduta delle Commissioni riunite II Giustizia e XII Affari sociali del 29 gennaio 2020);
- 3 patrocini concessi da PCDM, Min. Salute, Comm. EU;
- 3 protocolli d’intesa firmati con FIMMG, CNOP, ARES118;
- 158 istruttori CRI di Diritto Internazionale Umanitario specializzati a seguito di corsi di formazione volti alla diffusione della campagna “Non Sono un Bersaglio” sul territorio nazionale (CRI conta oltre 600 Comitati territoriali e quasi 160.000 volontari);
- oltre 245 segnalazioni ricevute dall’Osservatorio CRI e pubblicazione di quattro rapporti annuali;
- interlocuzione costante con il Ministero della Salute sul tema della campagna con alcune azioni mirate in occasione della “Giornata nazionale del personale sanitario e socio sanitario, del personale socio assistenziale e del volontariato”, nonché della prima “Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari” ed anche della “Giornata mondiale dei diritti umani”.

Le variabili essenziali da rilevare

All'esito dell'attività di analisi svolta, l'ONSEPS ha avviato un approfondimento con l'Osservatorio Buone Pratiche sulla sicurezza in sanità ed il Coordinamento dei Centri regionali per il rischio sanitario al fine di condividere le modalità di segnalazione e raccolta dati sugli eventi di aggressione e violenza nei confronti degli operatori sanitari da effettuarsi da parte dei Centri stessi.

Si è condiviso infatti che l'attuale logica della raccolta dati centrata sull'“evento”, utilizzata finora dai CRGRS ai fini dell'analisi e degli obiettivi di miglioramento degli aspetti organizzativi, debba spostarsi necessariamente sull'“aggredito”, specifico centro di attenzione dell'ONSEPS. Questo consentirebbe, in primo luogo, di diffondere maggiormente tra gli operatori la cultura della segnalazione, a prescindere dalla gravità dell'evento in sé, riducendo, di conseguenza, il fenomeno della sottostima degli eventi (“tolleranza zero”), e, in secondo luogo, di analizzare i dati nell'ottica di implementare misure reattive e di prevenzione commisurate alle diverse caratteristiche degli operatori coinvolti.

Nelle more della definizione delle caratteristiche di un flusso da costituire, a regime, per la rilevazione e il monitoraggio degli episodi di violenza a livello regionale, su cui sarà impegnato l'ONSEPS nei prossimi mesi, al fine di ottenere, almeno per parte dell'anno 2023, dati omogenei sul territorio nazionale, sono state individuate le variabili minime su cui raccogliere le informazioni derivanti dalle segnalazioni.

Tale lista sarà poi il punto di partenza per la definizione dei contenuti delle rilevazioni future che dovranno essere effettuate a regime e presupporranno la creazione di piattaforme informatiche per la raccolta dei dati uguali per ogni Regione e centralizzate a livello nazionale con il supporto dell'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche sulla sicurezza in sanità.

Lista delle variabili per l'anno 2023

1. Regione/PA
2. Settore (Pubblico, Privato accreditato convenzionato SSR)
3. Sesso
4. Età o fascia d'età
5. Qualifica professionale
6. N. totale operatori coinvolti
7. Giorno evento (Feriale o Festivo)
8. Fascia oraria (Mattina, Pomeriggio, Sera/Notte)
9. *Setting* Assistenziale (Ospedale, Territorio)
10. Tipo di aggressione (Fisica, Verbale, Contro la proprietà)
11. Tipo di aggressore (Utente/Paziente, Parente/caregiver/conoscente, Estraneo)

PAGINA BIANCA

3. Studio e monitoraggio delle misure di prevenzione

Art. 2, comma 1 lett. c) e d) L. 113/2020

L'identificazione delle situazioni a rischio e la messa in atto di idonee misure di prevenzione mirate ad evitarne la realizzazione o a limitarne la gravità, costituiscono la principale arma a disposizione per ridurre l'entità del fenomeno delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario. In particolare, l'attuazione di misure strutturali, tecnologiche e organizzative, oltre all'adeguata formazione del personale all'identificazione e gestione delle situazioni a rischio, sono gli strumenti che le strutture sanitarie hanno a disposizione per contrastarlo in prima persona.

Come introdotto nel capitolo sull'inquadramento del fenomeno a livello globale, esistono evidenze in letteratura per l'individuazione di alcune misure di mitigazione e di prevenzione delle aggressioni e degli atti di violenza che sono stati introdotti nei documenti di riferimento a livello internazionale e nazionale.

In relazione alla promozione di studi ed analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti e al monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione, l'ONSEPS, come effettuato per il monitoraggio degli eventi di violenza e rappresentato in precedenza nella presente relazione, al fine di definire uno stato dell'arte sull'argomento, ha proceduto a:

- 1) identificare le fonti disponibili per quanto riguarda la documentazione disponibile a livello internazionale e nazionale
- 2) avviare una fase di riconoscimento in merito alla implementazione delle misure di prevenzione contenute in alcuni dei documenti chiave a livello nazionale.

Per quanto riguarda la documentazione raccolta, sono stati identificati alcuni documenti internazionali e nazionali di riferimento. In particolare, si è verificata e condivisa all'interno dell'ONSEPS in primo luogo l'esistenza di documenti dell'OMS sulle linee guida che affrontano la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario (WHO, 2002) nonché del CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) e NIOSH (*National Institute for Occupational safety and Health*, 2002). Più di recente sono state prodotte dal NICE linee guida per la gestione nel breve termine nei servizi sanitari di salute mentale e comunitari (NICE, 2015) e standard di qualità sui comportamenti aggressivi e violenti nelle persone con problemi di salute mentale (NICE, 2017). Anche *Joint Commission* (2010, 2012, 2017) ha elaborato alcuni documenti di riferimento sul tema. Altre organizzazioni internazionali soprattutto operanti nell'ambito della sicurezza sul lavoro (ILO, OSHA) ed organizzazioni e società scientifiche internazionali (*American Medical Association* (AMA), *American College of Emergency Physicians* (ACEP), *American College of Nurse Executives* (AONE), *Security Industry association* (SIA), *Emergency Care Research* (ECRI)) hanno prodotto alcuni documenti di riferimento.

Relativamente al monitoraggio delle misure di prevenzione i documenti di riferimento a livello nazionale sono costituiti ad oggi dalla Raccomandazione ministeriale n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari emanata nel 2007 dal Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, nonché dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, sancito con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 e coordinato dal Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria.

In particolare, in merito alla richiamata Raccomandazione n. 8, finalizzata ad offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema, i dati relativi all'implementazione sono stati analizzati nell'ambito delle attività demandate all'Osservatorio nazionale Buone Pratiche per la sicurezza in sanità. Pertanto l'ONSEPS ha avviato un'attività di studio e approfondimento volta alla successiva formulazione di proposte e misure idonee al necessario aggiornamento della stessa da parte del Ministero.

In merito al suddetto PNP 2020-2025, quest'ultimo - rafforzando una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) - prevede azioni volte a rafforzare l'approccio intersetoriale e a perseguire l'equità, la formazione e la comunicazione su 6 macro obiettivi uno dei quali riguarda gli "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali". Le prime risultanze sull'implementazione da parte delle Regioni di tali azioni dovranno essere rese disponibili secondo quanto previsto dal Piano stesso entro il 31 marzo 2023.

Pertanto, allo scopo di fare il punto sulle attività svolte dalle Regioni per l'implementazione delle misure di prevenzione anche per il 2022, l'ONSEPS ha ritenuto utile avviare un'interlocuzione con il Coordinamento del **Gruppo tecnico interregionale salute e sicurezza sul lavoro** (GTISSL).

Il GTISSL fa parte dei gruppi tecnici di cui si avvale la Commissione Salute delle Regioni, accordo tra livello tecnico e livello politico istituito in seno alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. L'interlocuzione con il GTISSL, finalizzata ad acquisire il prima possibile informazioni utili sulle misure di prevenzione adottate dalle Regioni per contrastare il fenomeno delle aggressioni e degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, si è concretizzata nella richiesta di compilare un questionario sulle misure di prevenzione e sulle attività di formazione, delle cui risultanze si riferisce più avanti in questo e nel prossimo capitolo.

Di seguito si riportano alcuni approfondimenti dei documenti nazionali esaminati e delle attività svolte dall'ONSEPS nell'ambito del monitoraggio delle misure di prevenzione.

Raccomandazione ministeriale N. 8

Il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ha elaborato, con il supporto di esperti di Regioni e Province Autonome e altri *stakeholder*, 19 raccomandazioni, allo scopo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Tra le 19 Raccomandazioni ad oggi disponibili è compresa la numero 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Tale Raccomandazione ha come Obiettivo: la prevenzione degli 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.

L'elaborazione della raccomandazione è scaturita dall'evidenza che, 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 che può condurre a lesioni personali importanti o morte.

È per tale motivo che gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari richiedono la messa in atto di opportune iniziative atte a prevenire tali eventi e a proteggere i sanitari e le strutture in cui operano.

La Raccomandazione trova applicazione 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. Dal momento che 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 può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari implica, dunque, la necessità che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale. È evidente che fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nei servizi di emergenza-urgenza; nelle strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; nei luoghi di attesa; nei servizi di geriatria; nei servizi di continuità assistenziale. Concorrono all'incremento degli atti di violenza vari fattori fra cui: l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali; 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 e 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.

È fondamentale onere delle strutture sanitarie predisporre e implementare un programma di prevenzione della violenza che comprenda 1) l'elaborazione di un programma di prevenzione; l'analisi delle situazioni lavorative e dei *setting* assistenziali che possano rappresentare fattori di rischio, esistenti o potenziali, atti ad aumentare la probabilità di occorrenza di episodi di violenza; 2) la definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo dopo che i rischi sono stati identificati attraverso l'analisi delle situazioni; 3) la formazione del personale mirata ad accrescere la consapevolezza da parte di tutti i professionisti sui rischi potenziali per la sicurezza e a conoscere le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

Nel contrasto alla violenza su operatori sanitari le Direzioni Aziendali sono chiamate a svolgere un ruolo fondamentale, primo fra tutti quello di favorire l'implementazione della Raccomandazione n. 8. A tal riguardo è utile sottolineare che, sulla base dei dati relativi alla certificazione LEA inviati dalle Regioni, ove è stato individuato un Punto specifico (AS-Rischio clinico) relativo all'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, la Raccomandazione n. 8 non sembrerebbe ancora completamente implementata in tutte le Regioni.

In virtù di un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute, l'Agenas ha avviato nel 2009 lo sviluppo di un sistema per il monitoraggio dello stato di implementazione, a livello aziendale, delle 19 Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella. Secondo l'ultima relazione dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità, nel 2022, il 95,4% delle aziende pubbliche ha implementato la Raccomandazione n. 8 e che il 18,6% delle stesse ha riscontrato difficoltà di implementazione.

Infine, la Raccomandazione sulla violenza su operatore, così come tutte le altre raccomandazioni predisposte dal Ministero della salute è oggetto di una periodica revisione ed aggiornamento. Uno degli obiettivi dell'ONSEPS per il 2023 sarà quello di formulare proposte in merito al predetto aggiornamento.

Piano Nazionale della Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 è stato sancito con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 a cui sono seguite alcune successive integrazioni minori.

Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersetoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

La struttura del PNP prevede:

- **Azioni centrali** Le Linee di supporto centrali, dette anche Azioni centrali (AC) del PNP, pertinenti al livello di **governo centrale**, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP
- **Azioni trasversali** Le azioni trasversali sono azioni di sistema che contribuiscono “trasversalmente” al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono le azioni volte a rafforzare l'approccio intersetoriale e a perseguire l'equità, la formazione e la comunicazione.

I Macro Obiettivi sono 6

- MO1 - Malattie croniche non trasmissibili
- MO2 - Dipendenze e problemi correlati
- MO3 - Incidenti domestici e stradali
- MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- MO5 - Ambiente, clima e salute
- MO6 - Malattie infettive prioritarie

Ogni MO ha un quadro logico che comprende:

- Obiettivi strategici del MO
- Linee strategiche di intervento
- LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017)
- Indicatori degli Obiettivi strategici

Sulla base di questa architettura le Regioni devono programmare il proprio Piano regionale della prevenzione, con due modalità: piano libero e piano predefinito.

I piani predefiniti hanno caratteristiche uguali per **tutte le Regioni**; sono vincolanti, ovvero **tutte le Regioni** sono tenute ad implementarli; vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) predefiniti ovvero uguali per **tutte le Regioni**.

I piani predefiniti hanno lo scopo di rendere attuabili, e quindi più facilmente esigibili e misurabili, i programmi del LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”; rafforzare il raccordo strategico ed operativo tra il PNP, i nuovi LEA e i Piani di settore/Documenti di programmazione nazionale affinché convergano, in maniera efficiente ed efficace, verso obiettivi comuni.

I Programmi Predefiniti sono 10

- PP1: Scuole che Promuovono Salute
- PP2: Comunità Attive
- PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute

- PP4: Dipendenze
- PP5: Sicurezza negli ambienti di vita
- PP6: Piano mirato di prevenzione
- PP7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura
- PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP9: Ambiente, clima e salute
- PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

In particolare, il **Programma Predefinito 8 (PP8)** affronta il tema dello stress lavoro correlato.

Lo stress lavoro-correlato (SLC) risulta al secondo posto in Europa tra i problemi di salute dovuti al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con evidenti ripercussioni anche a livello di produttività delle aziende ed economico.

Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e a livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali **le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità**.

Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di **azioni mirate di prevenzione**. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione **dell'obbligo di valutazione dello SLC** a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'empowerment, attraverso un'attività **di informazione/formazione** specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un *report* nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, ecc.; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.lgs. 81/2008.

Ad oggi, tutte le Regioni hanno deliberato per il recepimento del Piano nazionale della prevenzione e, come previsto dall'art. 1 comma 7 Intesa SR del 6 agosto 2020, entro il 31 marzo di ogni anno, le Regioni rendicontano al ministero lo stato di avanzamento di ciascun Piano regionale al 31 dicembre.

Quindi, il 31 marzo 2023 sarà disponibile la rendicontazione delle attività al 31 dicembre 2022.

In ogni caso, preliminarmente, visionando le delibere regionali di recepimento del piano nazionale della prevenzione, a partire dal summenzionato Programma Predefinito 8, alcune Regioni hanno già programmato un focus sulla prevenzione della violenza in ambito sanitario affrontando la tematica attraverso la violenza di genere o genericamente dell'aumentato stress lavoro correlato in ambito sanitario legato all'emergenza Covid, situazione che ha amplificato gli episodi di violenza.

Contributi dei componenti dell'ONSEPS - Alcune esperienze regionali e altre iniziative

Si rappresentano di seguito alcune esperienze realizzate dalle Regioni in merito allo sviluppo di delibere e di specifiche linee di indirizzo sulle misure di prevenzione del fenomeno delle aggressioni e degli atti di violenza e condivise dai componenti dell'ONSEPS.

CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi) – Prontuario di buone pratiche e di prevenzione dei comportamenti problematici e delle aggressioni con le persone nei contesti di lavoro

Il D.lgs. 81/08 e s.m.i. in materia di prevenzione, salute e sicurezza dei lavoratori prevede, tra l'altro, l'attenzione alla valutazione dei rischi ai quali possono essere esposti i lavoratori. Tra questi rischi vi sono anche i rischi da aggressioni che coinvolgono tutti i contesti di lavoro e in particolare alcune mansioni lavorative maggiormente a contatto con il pubblico.

È importante, oltre a non sottovalutare tali rischi, identificarli, valutarne l'intensità e adottare a livello aziendale ogni azione volta alla prevenzione e alla sicurezza delle persone. Vi sono ad esempio lavoratori che per esigenze di lavoro devono confrontarsi e trattare con cittadini, clienti, allievi, fornitori. Possono essere addetti agli sportelli, ai servizi di portierato, ai servizi di vigilanza, al trasporto di persone (autobus, taxi, treni, ecc.), baristi, benzinai, farmacisti, insegnanti, assicuratori, commercianti di beni pregiati, gioiellieri, operatori che svolgono incarichi ispettivi, di controllo o esercitano attività di pubblica autorità, ecc..

Vi sono ad esempio lavoratori che operano nei servizi di assistenza alle persone, pubblici o privati, negli Ospedali, nei servizi di emergenza, nei luoghi di cura in genere, nelle strutture per l'assistenza a soggetti disabili, per l'assistenza e accoglimento di persone che versano in condizioni di indigenza, ecc. Le realtà aziendali, in primo luogo con le figure preposte alla sicurezza (datore di lavoro, RSPP, Preposti, Medici Competenti, RLS), devono adottare le più idonee misure di prevenzione e protezione affinché tali rischi da aggressioni non determinino infortuni o incidenti, di qualsiasi tipo ed entità.

Tra queste misure di prevenzione vengono previste anche efficaci azioni di informazione e di formazione per i lavoratori su questi temi.

Il Prontuario intende essere un primo strumento di sensibilizzazione e di informazione per i lavoratori sulle buone pratiche per la prevenzione dei rischi e dei “comportamenti” problematici con le persone nei contesti di lavoro. Ovviamente presenta in forma generale il fenomeno dei comportamenti problematici e delle aggressioni ma offre anche specifici spunti operativi che devono poi essere contestualizzati secondo le diverse realtà organizzative e le specifiche mansioni.

A titolo di esempio si fornisce di seguito un rapido Decalogo per conoscere alcuni elementi generali per gestire i fenomeni. Di seguito sono riportati 10 aspetti ed elementi generali che è utile conoscere per imparare a gestire meglio i comportamenti difficili con le persone.

Comportamento difficile o aggressivo

1. Qualsiasi comportamento che compromette una “normale gestione” del lavoro o del servizio.
2. Una modalità di non “adattamento” della persona rispetto al contesto in cui si viene a trovare la persona stessa.
3. Dipende dal contesto (all'aperto, al chiuso, dall'ambiente di lavoro, dall'organizzazione del servizio, dalla relazione tra l'operatore e le persone, tra la persona e la persona).
4. Varia molto dal tipo di servizio che l'operatore svolge.
5. Può sorprendere perché non aspettato rispetto all'età della persona, al momento o al luogo in cui si manifesta (improvviso, dirompente, in escalation, ecc.).
6. Può avere molteplici funzioni per la persona che lo manifesta.
7. C'è sempre un “qualcosa” che lo precede (evento scatenante).

8. Non si manifesta casualmente e può avere uno scopo per la persona che lo manifesta, ad esempio “controllare l’ambiente”.
9. Gli scopi possono essere orientati ad uno specifico risultato (es. attirare l’attenzione, ottenere qualcosa di concreto, fuga o evitamento).
10. Hanno un intento comunicativo; la persona sta cercando a suo modo di inviare un messaggio ad es. “Sono stanco e arrabbiato”, “Questa situazione mi ha irritato”, ecc.

Federsanità - SIMEU

Federsanità ha voluto fornire un contributo informativo sullo stato dell’arte, chiedendo, a febbraio 2022, alle Aziende sanitarie di inviare quanto realizzato in tema di prevenzione dalle aggressioni e di “recupero” alla professione per gli operatori sanitari che avessero subito aggressioni e/o minacce.

In meno di un mese dall’invio della richiesta alle strutture sanitarie del SSN, ben 92 realtà hanno inviato materiali. Le strutture che hanno inviato sono 93 e appartengono a 17 Regioni italiane, distribuite in 51 Nord, 26 Centro e 15 Sud.

I documenti arrivati sono stati prodotti da strutture sanitarie diverse anche dal punto di vista della mission di cura. 60 strutture territoriali (ASL, ASP, ASST, ecc.), 24 tra Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, 6 IRCCS, 1 Azienda regionale (Alisa), 1 Azienda di emergenza-urgenza (ARES 118).

Dalle 92 cartelle create con i materiali inviati emerge che la tipologia di materiali inviati può essere descritta come:

- Mail/Note descrittive delle attività realizzate negli/ultimo anno (15 senza ulteriori allegati)
- Delibere relative all’adozione di determinate procedure
- Procedure per la prevenzione di atti violenti
- Flow chart
- Schede di segnalazione di violenze e/o minacce
- Corsi di formazione realizzati sul tema (descrizione, slides, locandine)
- Campagne di comunicazione
- Locandine rivolte agli operatori / Locandine rivolte agli utenti
- Dépliant /newsletter rivolte agli operatori
- Materiali su stress correlato e supporto psicologico
- Eventi in vista della giornata dedicata del 12 marzo
- Questionari rivolti agli operatori per studiare il fenomeno delle aggressioni
- Rapporti annuali sugli eventi segnalati e procedure adottate e/o aggiornate
- Accordi con Terzo settore per gestione fenomeni

In generale, il dato che emerge dall’indagine è la volontà di adeguare le strutture a quanto raccomandato quindici anni fa dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n.8. Ciò si evince non solo dalle risposte

fornite attraverso la scheda compilata ma anche da una ricerca libera su web che ha fornito un quadro dei numerosi documenti messi a punto dalle strutture sanitarie e pubblicati sui propri portali web.

Le risposte fornite dalle 93 Aziende sanitarie possono essere una buona base per riflettere su cosa è stato fatto e, soprattutto, su cosa si può fare ancora per limitare questa deriva violenza.

Al di là delle possibili modifiche strutturali a protezione degli operatori, il dato che emerge con forza è un'azione di comunicazione molto ridotta nei confronti dei cittadini utenti dei servizi sanitari. Le azioni di comunicazione che le strutture sanitarie hanno adottato sono diffuse e pubblicate soprattutto su e con strumenti interni (delibere, intranet, ecc.). Quando sono rivolte ai cittadini è per dire: "Attenzione, non andare oltre perché prenderemo provvedimenti!". Tuttavia, i dati che emergono dalla rilevazione fanno pensare che la Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 in questi quindici anni, è stata in gran parte applicata.

Regione Toscana

La Regione Toscana, con la Delibera n. 913 del 6/08/2018 "Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR", ha ritenuto necessario intraprendere azioni utili al fine di promuovere maggiori livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie per quanto concerne i fenomeni di aggressioni agli operatori sanitari ed agli utenti, tali da assicurare un percorso efficace di prevenzione e contrasto degli atti di violenza a danno dei lavoratori del SSR, quale obiettivo primario del loro diritto alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Pertanto, è stata approvata una scheda di autovalutazione, trasmessa alle Aziende e enti del SSR, ai fini di una ricognizione delle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari già messe in atto, e sono state impegnate le Aziende e gli enti del SSR ad attivare, ove non esistenti, servizi adeguati di vigilanza nei Pronto soccorso regionali e nelle ulteriori aree a maggior rischio di aggressione. Inoltre, con la medesima delibera, è stata data indicazione al settore regionale competente in materia di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro: di procedere alla elaborazione di documenti tecnici di indirizzo rivolti alle aziende e enti del SSR per la promozione di adeguate misure di prevenzione e contrasto agli episodi di violenza a carico degli operatori sanitari; di attivare iniziative di formazione e aggiornamento rivolte al management e agli operatori delle strutture del SSR; di elaborare campagne di comunicazione volte a sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno.

Con successiva Delibera n. 1.176 del 22/10/2018 "Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari e costituzione dell'osservatorio regionale", è stato quindi istituito un Osservatorio Regionale Rischio Aggressioni, costituito con Decreto Dirigenziale 17.899 del 13/11/2018; l'Osservatorio è coordinato dal settore competente in materia di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e composto da referenti professionali delle aziende/enti del servizio sanitario regionale, Aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie toscane, che ha redatto le "Linee di Indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari", approvate con delibera di giunta regionale n. 637 del 14/6/2021.

Le linee di indirizzo sono il documento di riferimento per la programmazione regionale in materia di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari e sono finalizzate a migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori della sanità, perseguitando obiettivi ben precisi:

- promuovere maggiori e omogenei livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie per quanto concerne i fenomeni di aggressioni agli operatori e agli utenti;
- migliorare la sicurezza del personale sulla base dei livelli di rischio;
- gestire ogni episodio di violenza, segnalato in azienda, e monitorare gli eventi sentinella, impedendo il ripetersi dell'accaduto e individuando le cause, che lo determinano, e le eventuali misure necessarie da intraprendere.

Come possibili azioni finalizzate al raggiungimento del primo obiettivo (promuovere maggiori e omogenei livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie per quanto concerne i fenomeni di aggressioni agli operatori e agli utenti), il documento propone all'interno di ogni azienda e ente del SRR, la costituzione di un gruppo di lavoro per formalizzare l'impegno alla analisi delle segnalazioni di eventi aggressivi e all'individuazione delle azioni preventive e protettive, nonché la promozione di campagne di comunicazione specifiche rivolte alla popolazione generale e alla definizione di protocolli di supporto psicologico alle vittime di aggressione.

Come possibili azioni finalizzate a migliorare la sicurezza del personale sulla base dei livelli di rischio, si evidenziano:

- un'attenta analisi del contesto aziendale e identificazione dei rischi (come prevista dal D.lgs. 81/08);
- l'implementazione di misure di prevenzione strutturali e tecnologiche come da Raccomandazione Ministeriale 8/2007 (impianti di allarme, *metal detector*, telecamere a circuito chiuso, ambienti idonei sia in termini di requisisti di sicurezza che di comfort, ecc.);
- l'implementazione di misure organizzative come da raccomandazione ministeriale 8/2007 (coordinamento con Forze di Polizia, personale addestrato alla gestione delle situazioni, corretta e precisa informazione ai pazienti, ecc.);
- la promozione delle conoscenze e competenze da parte degli operatori (relativamente a: rischio connesso alla propria attività lavorativa, politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza, procedure per la segnalazione degli atti di violenza, procedure per attivazione di supporto psicologico, medico, legale, ecc.).

Il terzo obiettivo, evidenziato dalle linee di indirizzo, è raggiunto in Regione Toscana, oltre che attraverso la partecipazione al flusso SIMES (che monitora gli errori in sanità, fra i quali gli eventi sentinella), tramite il monitoraggio trimestrale di ogni episodio di violenza, sia verbale che fisica, indipendentemente dalla gravità e dalle conseguenze, tramite il sopra ricordato Osservatorio Regionale.

Come previsto dalle linee di indirizzo, è stata attivata dalla Regione Toscana anche attività formativa specifica sul tema aggressioni, rivolta al personale sanitario, tramite la realizzazione di due corsi di formazione, uno nel maggio 2021 e uno nel maggio 2022, con il coinvolgimento nella docenza di rappresentanti ministeriali, per il corretto inquadramento normativo della problematica, psicologi, per l'insegnamento di tecniche di de-escalation e gestione dei conflitti, RSPP aziendali ed ergonomi, per l'analisi della corretta organizzazione dei luoghi di lavoro. È in questo periodo allo studio l'organizzazione per il 2023 di corsi da realizzarsi in collaborazione con le forze di polizia, per una più efficace formazione sulla gestione delle varie tipologie di eventi aggressivi.

Nel 2022 è stata infine realizzata una campagna di comunicazione rivolta alla cittadinanza, tramite la realizzazione di un video (<https://www.regione.toscana.it/-/scegli-il-rispetto>). La campagna di comunicazione, che ha come *claim* “scegli il rispetto”, evidenzia che ogni accesso alle strutture sanitarie può dare vita a scenari diversi, possiamo sfogare la nostra frustrazione, causare scontri, fare richieste ingiustificate e intimidazioni contro medici e infermieri, oppure possiamo affidarci con fiducia alle loro cure, collaborando per un'assistenza rapida e di qualità. “In un ambiente sereno tutto scorre meglio e più velocemente”.

Il video è inoltre a disposizione delle aziende sanitarie e enti del SSR, per finalità di comunicazione interna o corsi di formazione.

Regione Emilia-Romagna

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha emanato, nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio, una raccomandazione (Racc. n. 8/2007) per prevenire i comportamenti aggressivi e la violenza a danno degli operatori sanitari.

La Regione Emilia-Romagna ha fatto propri i contenuti del Ministero con l’emanazione, nel Maggio 2010, di una raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. In questi anni il tema ha assunto una grande rilevanza, anche mediatica, e soprattutto vi è una maggiore percezione del rischio da parte degli operatori dei servizi sanitari collegato alla propria attività professionale. La revisione dei contenuti della Raccomandazione Regionale si pone l’obiettivo di renderla più coerente con l’evoluzione dei contesti di erogazione dei servizi sanitari, la loro evoluzione nelle modalità con cui vengono effettuati, il contesto normativo di riferimento e le conoscenze che si sono sviluppate in questi anni sul fenomeno della violenza sugli operatori dei servizi sanitarie socio-sanitari. Un gruppo di lavoro multidisciplinare ha provveduto ad effettuare una lettura critica del documento ministeriale e regionale per produrre alcune indicazioni più aderenti al cambiamento del contesto operativo regionale.

Le Aziende sono state invitate a portare a conoscenza di tutti gli operatori sanitari interessati il documento, con le modalità di diffusione ritenute più opportune, e a favorire l’adozione delle indicazioni in esso contenute.

Regione Veneto

La sicurezza sul posto di lavoro rappresenta un obiettivo perseguito nel tempo da Enti, da Istituzioni e dai lavoratori stessi e regolamentato da norme che definiscono i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali in tema di salute del lavoratore.

Con il D.lgs. n. 626/94 veniva sancito il primo quadro normativo per la regolamentazione dei requisiti sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e nel successivo D.lgs. n. 81/2008 venivano definiti i criteri per la mappatura dei rischi dei lavoratori e gli obiettivi, per ambiti di attività, per la promozione e gestione della sicurezza ed il monitoraggio degli esiti.

Nel contesto nazionale gli esiti derivanti da malattia o infortunio sull’ambiente di lavoro vengono monitorati dall’Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL). Le attività che costantemente vengono promosse sono orientate all’impegno di elevare i livelli di conoscenza e di consapevolezza sui rischi presenti nell’ambiente di lavoro e sulle corrette misure di prevenzione e protezione individuali e collettive⁹.

Nel contesto del settore Sanità e Servizi Sociali tra i rischi maggiormente ricorrenti, si annovera il rischio di aggressione e/o atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Tali eventi sono oggetto di grande attenzione sociale, scientifica e mediatica. La relazione tra clima e contesto sociale aggressivo è ampiamente diffusa come evidenziato da frequenti segnalazioni di episodi di bullismo, violenza familiare, aggressività, intolleranza civile riportati quasi quotidianamente dai mass-media. In particolare, purtroppo, tali manifestazioni si innescano con episodi di tensione anche in quei settori nei quali la relazione tra il pubblico e di soggetti erogatori di prestazioni o servizi alla persona è rilevante ai fini della tutela della salute¹⁰.

Già nel 2007 il Ministero della Salute aveva emanato la “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” che rientrava così tra gli eventi sentinella oggetto di segnalazione¹¹.

Il 13 marzo 2018, presso il Ministero della Salute, si è insediato l’Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari. Tale istituzione ha il compito di raccogliere e analizzare i dati sul fenomeno della violenza e concretizzare proposte che consentano una efficace azione preventiva, anche attraverso nuove norme giuridiche, a livello

⁹ <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione.html>

¹⁰ Consulta interassociativa Italiana per la prevenzione –dicembre 2019.

¹¹ Ministero della Salute Raccomandazione n. 8, novembre 2007.

dell’organizzazione dei servizi sanitari. La Regione del Veneto nel PSSR2019-2023 (Piano Socio Sanitario Regionale) riconosce al sistema sanitario regionale un ruolo fondamentale nell’economia della Regione e una voce importante di investimento sia dal punto di vista finanziario che organizzativo.

In Veneto sono impegnati circa 70.000 professionisti nelle diverse strutture del servizio sanitario pubblico, ai quali si affiancano molte altre migliaia di professionisti impiegati nelle strutture private accreditate e nelle diverse unità di offerta del servizio socio sanitario, sia di carattere residenziale che domiciliare.

L’impegno della Regione Veneto nel garantire la salute e il benessere dei lavoratori è rivolto al contrasto degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, promuovere processi culturali atti ad aumentare la responsabilizzazione delle persone e delle comunità di vita e di lavoro.

Nella programmazione regionale le linee strategiche in tema di programmazione riguardano: il perfezionamento dei sistemi di rilevazione dei rischi e dei danni da lavoro correlato, il rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico, il miglioramento dell’efficacia delle attività di controllo e dell’attuazione da parte dei destinatari delle norme¹².

12 Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 Allegato A “Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023”.

Questionario inviato al Coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro

Come detto precedentemente, l'ONSEPS ha ritenuto utile avviare già una prima interlocuzione con il coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro (GTISSL), con l'obiettivo di acquisire il prima possibile informazioni utili sulle singole misure di prevenzione adottate dalle Regioni per contrastare il fenomeno delle aggressioni e degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In questa sezione è descritto il questionario che è stato inviato al coordinamento del Gruppo tecnico e sono riportati i dati delle Regioni che hanno fornito risposta.

Il questionario si compone di due parti, la prima inerente alle attività di prevenzione e la seconda a quelle di formazione, i cui contenuti saranno discussi nel capitolo 4.

Regione	
Compilatore (Nome, Cognome, Contatti, Affiliazione)	
Raccolta dati sull'adozione delle misure di prevenzione	
1	Sono state emanate specifiche disposizioni sulle misure di prevenzione da adottare nelle strutture sanitarie pubbliche o private?
2	Si raccolgono dati sull'implementazione delle misure di prevenzione?
3	Esiste un sistema centralizzato di raccolta?
4	Chi gestisce i dati raccolti?
5	Come?
6	Esiste un sistema di valutazione?
Raccolta dati sulla formazione e comunicazione	
7	Sono stati organizzati specifici corsi di formazione a livello regionale o nelle singole strutture sanitarie?
8	Si raccolgono dati sulla formazione del personale?
9	Sono state organizzate attività di informazione/comunicazione sul fenomeno rivolte sia agli operatori sia alla cittadinanza?

Di seguito sinteticamente ed in formato tabellare si forniscono i risultati e le informazioni raccolte con questa prima interlocuzione con il Gruppo interregionale svoltasi a Dicembre 2022.

ITEM 1	Sono state emanate specifiche disposizioni sulle misure di prevenzione da adottare nelle strutture sanitarie pubbliche o private?
ABRUZZO	è in corso l'elaborazione documento operativo per le Aziende Sanitarie
CALABRIA	sono state adottate specifiche procedure aziendali e direttive sanitarie
EMILIA ROMAGNA	Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari PG RER 2020/0138477 del 17/02/2020
LIGURIA	Attività attualmente non gestite dallo scrivente Settore, che partecipa al gruppo inter-regionale SSL. Trattandosi di possibile argomento condiviso con altri Settori regionali, è in corso una verifica su eventuali attività in essere, che verranno prontamente comunicate tramite il presente modello.
P.A. BOLZANO	Procedura aziendale "Gestione degli atti di violenza a danno di operatore/operatrice da parte di pazienti/ familiari/ accompagnatori/ accompagnatrici/ utenti esterni" alla sua terza revisione -
TOSCANA	<p>Con DGR 913 del 06/08/2018 sono forniti primi indirizzi alle aziende sanitarie ed agli enti del SSR per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. In particolare: -È approvata una scheda di monitoraggio e autovalutazione in merito alle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, al fine di effettuare una ricognizione delle azioni già messe in atto dalle aziende e enti del SSR. -Le Aziende e gli enti del SSR sono impegnate ad attivare, ove non esistenti, servizi adeguati di vigilanza nei Pronto soccorso regionali e nelle ulteriori aree a maggior rischio di aggressione al fine di prevenire e contrastare ogni forma di violenza verso gli operatori e/o utenti.</p> <p>Con DGR 1176 del 22/10/2018 è istituito l' Osservatorio regionale aggressioni con l'obiettivo di: -monitorare le segnalazioni di atti di violenza a danno del personale sanitario, al fine di aggiornare periodicamente il processo di valutazione, in modo da rendere la stima del rischio il più possibile dinamica e contestualizzata alla realtà lavorativa presa in esame; -predisporre un documento contenente indirizzi alle aziende sanitarie e agli enti del SSR in merito alle azioni di prevenzione e contrasto agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; attivare iniziative di formazione e aggiornamento rivolte al management ed agli operatori delle strutture del SSR.</p> <p>Con DGR 231 del 15/03/2021 sono approvate le Linee di indirizzo per l'attività di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, con l'obiettivo di: 1 - Promuovere maggiori ed omogenei livelli di sicurezza nelle strutture sanitarie 2 - Migliorare i livelli di sicurezza del personale sulla base dei livelli di rischio 3 - Gestire ogni episodio di violenza segnalato in azienda e monitorare l'andamento degli eventi di aggressione e degli eventi sentinella</p>

ITEM 1		Sono state emanate specifiche disposizioni sulle misure di prevenzione da adottare nelle strutture sanitarie pubbliche o private?
UMBRIA		<p>SI</p> <p>"Linee di indirizzo sulla segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno di tutti gli operatori che svolgono prestazioni ed interventi socio-sanitari", applicabili in tutte le strutture ospedaliere e territoriali delle organizzazioni pubbliche e private regionali.</p> <p>Sulla base di tali indicazioni, ogni Azienda Sanitaria ha costituito un gruppo di Coordinamento Aziendale contro la violenza che ha redatto un Piano/Programma per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</p>
VALLE D'AOSTA		<p>Documento Aziendale DOC AZ 33, revisione 01 del 14/11/2019 dal titolo "Regolamento aziendale della sicurezza" redatto da RSPP e Documento Aziendale DOC AZ 55 del 20/12/2019 dal titolo "Indicazioni per la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori dell'AUSL della Valle d'Aosta" redatto da Servizio di Prevenzione e Protezione, S.C. Psicologia, S.C. Affari Generali e Legali</p>
MARCHE	Azienda Ospedaliera Università delle Marche	Raccomandazione ministeriale n. 8, D.lgs. N. 81/08 e s.m.i.
	AV5-Ascoli Piceno	DG 84 del 25/02/2020; Procedura per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Rev. 1.0. (allegata e in fase di aggiornamento nella revisione del DVR)
	AV4 Fermo	Linee di indirizzo ASUR; D.V. Rischio Aggressioni ASUR AV4. Procedura Raccomandazione 8 ASUR AV4 " PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI;
	AV3 Macerata	Costituzione gruppo di lavoro prevenzione e protezione atti di violenza 30.12.2019 ASUR; Determina Direttore Generale Asur n. 84 del 25 febbraio 2020 Linee di indirizzo per la prevenzione della violenza sugli operatori. Valutazione rischio AV3 rev00 Anno 2020. Censimento lavoratori in solitaria

ITEM 2 e 3	Si raccolgono dati sull'implementazione delle misure di prevenzione?	Esiste un sistema centralizzato di raccolta?
ABRUZZO	non si raccolgono dati sull'implementazione delle misure di sicurezza ma sugli eventi	I'implementazione di tale sistema sarà prevista nel documento operativo
CALABRIA	Si	Non esiste un sistema centralizzato di raccolta a livello regionale, ma le U.O. risk management delle Aziende provvedono alla raccolta dei dati attraverso un data base aziendale
EMILIA ROMAGNA	Si	si -è stata effettuata dal Coordinamento dei SPP delle Aziende Sanitarie una ricognizione delle misure di prevenzione e protezione tramite un questionario inviato alle singole aziende
P.A. BOLZANO	Si	si - esistono 3 gruppi di lavoro comprensoriali (1 gruppo a Bolzano, 1 gruppo a Merano, Brunico e Bressanone formano un gruppo unico) che si incontrano a livello aziendale per condividere entità del fenomeno e soluzioni preventive nonché reattive) la raccolta dei dati avviene tramite file excel compilato da parte delle direzioni di comprensorio sulla base delle schede di segnalazioni pervenute. lo staff qualità provvede ad aggregare i dati a livello aziendale.
TOSCANA	No	
UMBRIA	Si Al fine di valutare il grado di implementazione delle Linee di indirizzo Regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario nell'anno 2021 è stata predisposta una diffusa Survey Regionale alle Aziende Sanitarie Pubbliche.	SI Non avendo ancora un sistema Regionale per la raccolta delle segnalazioni informatizzato, il Centro Regionale Rischio Clinico, ha predisposto una tabella di raccolta dati del flusso con indicazione delle variabili da rilevare. Esiste tuttavia in Usl Umbria 1 un sistema informatizzato di raccolta delle segnalazioni, che costituisce anche una banca dati utile alla mappatura dei rischi aziendali, la cui estensione a tutte le Aziende sanitarie della Regione è al momento oggetto di valutazione
VALLE D'AOSTA	Si	SI, software aziendale "Taleteweb"

ITEM 2 e 3		Si raccolgono dati sull'implementazione delle misure di prevenzione?	Esiste un sistema centralizzato di raccolta?
MARCHE	Azienda Ospedaliera Università delle Marche	Sì	Esistono due canali indipendenti: nel portale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche è presente un'area dedicata alla segnalazione di eventi sentinella/aversi, tramite il quale vengono riportati anche eventuali episodi di violenza a carico degli operatori sanitari. Queste segnalazioni vengono ricevute direttamente dalla SOSD Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica; un secondo canale è costituito dalla raccolta dati delle avvenute denunce di infortunio presso il PS aziendale, che sono elaborati dal SPP. Non necessariamente vi è una sovrapposizione di dati tra i due canali, in quanto un operatore potrebbe aver fatto la denuncia di infortunio da aggressione ma non averla segnalata attraverso il portale. Per gli eventi sentinella segnalati questi vengono trasmessi al Centro Regionale Rischio Clinico e poi al Ministero per il tramite del flusso SIMES.
	AV5-Ascoli Piceno	si	nell'ambito della rilevazione infortuni e delle segnalazioni per il sistema SIMES
	AV4 Fermo	SI	NO
	AV3 Macerata	si	no

ITEM 4, 5 e 6	Chi gestisce i dati raccolti?	Come?	Esiste un sistema di valutazione?
ABRUZZO	da definire	da definire	da definire
CALABRIA	Centro Regionale Rischio Clinico/U.O. risk management	Inserimento manuale in <i>database</i> aziendale	Si, a livello delle singole Aziende
EMILIA ROMAGNA	I dati raccolti vengono elaborati dal Servizio prevenzione collettiva - Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione insieme ai dati infortunistici e discussi ed analizzati nel coordinamento regionale RSPP-MC	attualmente si procede con inserimento di dati raccolti tramite questionari ricevuti dalle Aziende Sanitarie	no
P.A. BOLZANO	al momento lo staff qualità	inserimento manuale <i>database</i>	al momento no

ITEM 4, 5 e 6		Chi gestisce i dati raccolti?	Come?	Esiste un sistema di valutazione?
UMBRIA		Centro Regionale Rischio Clinico	SI Scheda di segnalazione con Format appositamente predisposto e inserimento manuale tramite l'utilizzo di fogli di calcolo.	NON STRUTTURATO si prendono in analisi i dati raccolti
VALLE D'AOSTA		RSPP, Risk Management	Inserimento manuale su modulo segnalazione presente nel software aziendale Taleteweb	SI mediante valutazione di RSPP e successiva indagine sull'evento
MARCHE	Azienda Ospedaliera Università delle Marche	SOSD Qualità, Rischio Clinico, Innovazione Gestionale e Tecnologica e SPP	Piattaforma dedicata (Rischio Clinico) e inserimento manuale dati in database (SPP)	SI. Per ciascuna denuncia di infortunio da aggressione, laddove si ravvisi la necessità (Es: dinamica non chiara), il SPP conduce un'indagine post-infortunio con relativo verbale, coinvolgendo il diretto interessato, dirigenti e preposti della struttura dove è avvenuta l'aggressione, eventuali testimoni dell'evento. La SOSD Qualità e Rischio clinico conduce un audit (SEA) sulle segnalazioni pervenute tramite portale
	AV5-Ascoli Piceno	RSPP / UOC Governo clinico	check - list	Non strutturato
	AV4 Fermo	Rischio Clinico Governo Clinico, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Inserimento manuale in database, Questionari, esistenza di checklist	Valutazioni congiunte: Rischio Clinico Governo Clinico, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale Dipartimento Salute Mentale, Direzione Medica
	AV3 Macerata	RSPP e Rischio clinico	questionari e check list	no

4. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari. Comunicazione. Promozione delle buone prassi

Art. 2, comma 1 lett. e) ed f), L. 113/2020

Tra gli obiettivi previsti dalla L. 113/2020, il tema della diffusione delle buone pratiche attraverso la comunicazione e la formazione del personale riveste un ruolo di primaria importanza. Come già sottolineato, infatti, tali attività vanno considerate a tutti gli effetti tra gli strumenti più efficaci per la prevenzione, la gestione e la mitigazione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari e la loro mancanza va ricompresa tra le “condizioni di rischio” che aumentano la probabilità che tali eventi si realizzino e ne accrescono la gravità. È, di conseguenza, indispensabile promuovere le attività di formazione e comunicazione, monitorandone, al contempo, l’implementazione su tutto il territorio nazionale.

A tale riguardo, come già riportato nel Capitolo 3, cui si rimanda per una descrizione più approfondita, **Federsanità** ha fornito una raccolta di quanto realizzato, fino a febbraio 2022, dalle Aziende sanitarie in tema di prevenzione dalle aggressioni e di “recupero” alla professione per gli operatori sanitari che avessero subito aggressioni e/o minacce. Tra i materiali inviati dalle Aziende rientrano anche numerose attività di formazione e di informazione/comunicazione, che possono costituire un utile spunto per l’implementazione di azioni simili in altre realtà.

In questo capitolo si darà conto dello stato dell’arte della formazione sia accreditata sia non accreditata, oltre che di alcune attività di comunicazione e informazione portate avanti negli anni recenti, così come rappresentate dai componenti dell’ONSEPS.

Formazione

Per introdurre il paragrafo sulle attività di formazione sulle aggressioni al personale sanitario, si ritiene utile riportare di seguito alcune definizioni generali relative alla Formazione continua in medicina.

- La Formazione continua in medicina comprende l’acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. La Formazione continua è l’insieme di Aggiornamento professionale e Formazione permanente, successive alla formazione iniziale (Art.16/bis D.lgs. 229/99).
- L’Aggiornamento professionale è definito come l’attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l’arco della vita professionale le conoscenze professionali.
- La Formazione permanente è l’insieme delle attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l’obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza prestata dal Servizio Sanitario.
- La Commissione nazionale per la formazione continua, nominata con Decreto del Ministro della salute e rinnovata ogni 5 anni, definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale e i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative (Art.16/ter D.Lgs 229/99).

- Il Sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una Società scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.

Agenas - La formazione continua per la sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie. Stato dell'arte

La Commissione per la formazione continua, nel corso della riunione del 15 marzo 2018, ha adottato una delibera nella quale ha ritenuto di indicare come tematica di interesse nazionale *“la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario”*, che fino ad allora non era stata evidenziata nel sistema ECM.

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.

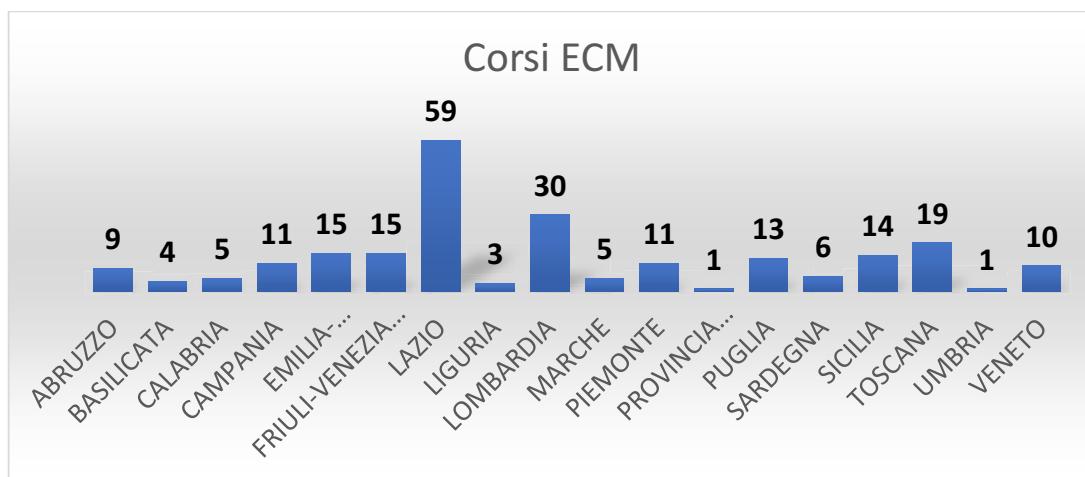
Analizzando il *database* nazionale ECM, che comprende circa 1.060 provider nazionali (non sono compresi i dati ECM delle Regioni non in convenzione con AGENAS), è emerso che, tra il 1° gennaio 2018 e il 31 dicembre 2022, sono stati inseriti **716 eventi** sulla tematica specifica, di cui 610 in modalità residenziale, 100 in formazione a distanza, 5 in formazione sul campo e 1 modalità *blended*.

L'offerta formativa erogata dai provider abbraccia, principalmente, i seguenti obiettivi formativi previsti dalla normativa ECM, non sempre direttamente collegati alla tematica:

- 66 eventi ECM inseriti secondo l'obiettivo n. 20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
- 62 eventi ECM inseriti secondo l'obiettivo n. 33 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.
- 38 eventi ECM inseriti secondo l'obiettivo n. 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione
- 28 eventi ECM inseriti secondo l'obiettivo n. 6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale

Agli eventi di formazione hanno partecipato in totale 230.818 professionisti sanitari (gli eventi programmati nel 2022 non sono stati ancora stati analizzati).

Le Regioni che hanno programmato gli eventi di formazione ECM e la quantità degli stessi, sono rappresentate nel sottostante grafico.



La formazione ha principalmente l'obiettivo di diffondere a tutto il personale la consapevolezza del rischio potenziale correlato con l'attività lavorativa e la conoscenza delle tecniche da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza, ma ha altresì la finalità di diffondere agli operatori il senso di fiducia necessario per affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva.

Pertanto, la formazione andrebbe diretta prioritariamente ai professionisti sanitari più esposti che risultano essere i medici, gli infermieri e operatori dei front-office/CUP.

In generale, in base ai dati di letteratura e alle esperienze consolidate, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche;
- servizi di Pronto Soccorso e di emergenza-urgenza;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale (guardia medica, assistenza domiciliare, ecc.);
- area integrazione socio-sanitaria;
- front-office e prenotazioni prestazioni sanitarie.

Le iniziative formative, al pari di altre misure di prevenzione e controllo, devono essere esplicitate in un piano specifico.

I contenuti formativi dei corsi da ritenere essenziali sono:

- ✓ politica nazionale/regionale/aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- ✓ i rischi connessi alla propria attività lavorativa e al posto di lavoro;
- ✓ apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione di comportamenti aggressivi e violenti da parte di pazienti, parenti e visitatori, privilegiando tecniche di prevenzione di *de-escalation*, di tranquillizzazione rapida;
- ✓ procedure per la segnalazione.

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. Devono essere

privilegiate metodologie didattiche interattive con prove pratiche e simulazioni cosicché al termine della formazione ciascun professionista sia in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio e di adottare le iniziative di sicurezza più opportune.

La formazione del personale ha l'obiettivo anche di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva e diffondere a tutto il personale la conoscenza dei rischi potenziali e delle tecniche da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza.

Esperienze di formazione presentate dai componenti dell'ONSEPS

Di seguito si rappresentano alcune esperienze di corsi sul tema realizzati da parte di alcune delle istituzioni partecipanti all'ONSEPS.

CNOAS (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali)

Gli esiti dei risultati della ricerca del CNOAS, riportata nell'ambito del Cap. 2, sono stati messi a disposizione di tutti gli iscritti dal Consiglio nazionale dell'Ordine degli Assistenti sociali fin dal settembre 2019 attraverso una formazione in modalità FAD (ID 34413), tuttora fruibile, dal titolo "Il fenomeno della violenza nei confronti degli Assistenti sociali. Primo modulo: gli esiti della ricerca nazionale".

Titolo

Il fenomeno della violenza nei confronti degli Assistenti sociali. Primo modulo: gli esiti della ricerca nazionale.

Contesto

Gli esiti della ricerca del Consiglio nazionale, dei Consigli regionali, della Fondazione nazionale Assistenti sociali sulla violenza nei confronti degli assistenti sociali, effettuata nel 2017 e pubblicata nel 2019, sono stati messi a disposizione di tutti gli iscritti fin dal settembre 2019 attraverso una formazione in modalità FAD (ID 34413), tuttora fruibile, dal titolo "Il fenomeno della violenza nei confronti degli Assistenti sociali. Primo modulo: gli esiti della ricerca nazionale".

Il corso FAD, costituisce un elemento per diffondere le conoscenze sul fenomeno della violenza e delle possibili azioni preventive e per promuovere la cultura della tolleranza zero (tutti i tipi di violenza vanno denunciati).

Strutturazione del corso

Il corso si compone di cinque video-lezioni in modalità FAD.

I contenuti delle lezioni sono: comprendere la violenza a danno dei professionisti dell'aiuto per migliorare la qualità dei servizi e delle politiche sociali; i numeri della violenza contro gli assistenti sociali in Italia; l'opinione degli assistenti sociali sui fattori che aumentano e che riducono il rischio di aggressioni a loro danno, motivi per la (non) segnalazione e l'opinione degli assistenti sociali sulle cause della violenza e il superamento del trauma; assistenti sociali nel web e nei social: tra rischi ed opportunità.

Crediti

Al corso sono attribuiti cinque crediti validi per la Formazione continua degli Assistenti sociali.

Pubblicazione

Da settembre 2019, il corso è ancora valido per l'anno 2023.

Valutazione degli apprendimenti e gradimento

È previsto un test finale con un numero di domande a scelta multipla sui contenuti affrontati in ciascuna video lezione e un Questionario finale di gradimento del corso.

Destinatari

Tutti gli assistenti sociali iscritti all'Ordine.

Nella tabella che segue, il dettaglio della fruizione delle cinque videolezioni al 25/01/2023, totale assistenti sociali 46.313:

34413 - Il fenomeno della violenza nei confronti degli Assistenti sociali. Primo modulo: gli esiti della ricerca nazionale			
videolezione	hanno iniziato	hanno completato il video	hanno superato il test
videolezione 37231	20579	19446	18594
videolezione 37232	18371	18256	18127
videolezione 37233	18034	17993	17886
videolezione 37234	17816	17786	17616
videolezione 37235	17570	17540	17438
hanno avuto i crediti: 17432			

Piattaforma: www.cnoas.org (area riservata agli iscritti)

CNOP (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi)

Titolo

Prevenzione del rischio aggressione in sanità. Buone pratiche per la prevenzione e la gestione dei comportamenti problematici e delle aggressività nei contesti di servizio. Le tecniche di de escalation verbale e non verbale.

Finalità e contesti

Le persone (assistiti, fruitori di servizi in generale, i cittadini), sono maggiormente esasperate da situazioni personali o patologie, da l'acuirsi

di fattori (crisi, perdita del lavoro, incertezze della vita, ecc.). La Risoluzione del Parlamento europeo del 5 luglio 2022 sulla salute mentale nel mondo del lavoro sottolinea l'importanza di adottare un approccio individuale e organizzativo, includere una politica anti-molestie nelle misure di salute e sicurezza nel mondo del lavoro e favorire il reinserimento nel mondo del lavoro di coloro che sono affetti da problemi psicosociali. Il Ministero della Salute incoraggia l'adozione di programmi operativi per prevenire gli atti di violenza e di aggressione, l'INAIL rileva aumenti di infortuni per violenza o aggressione, il D.lgs. 81/08

evidenzia l'importanza di analizzare i rischi psicosociali nei contesti di lavoro.

La letteratura e le buone pratiche adottate dimostrano che il fenomeno delle aggressioni può essere affrontato con vari interventi: misure di sicurezza, formazione specifica, miglioramento dell'approccio relazionale, registrazione sistematica degli atti di violenza o di aggressione.

Obiettivi formativi

- Potenziare le competenze di gestione degli Operatori rispetto ai comportamenti problematici ed aggressivi delle persone;
- Riconoscere i contesti a rischio;

- c) Sviluppare abilità nell'individuare i sintomi predittivi dei comportamenti a rischio;
- d) Adottare azioni di prevenzione e di sicurezza nei contesti di servizio;
- e) Applicare le tecniche della *de escalation*;
- f) Usare strumenti e metodi di rendicontazione degli eventi accaduti;
- g) L'intervento sul gruppo e il singolo per favorire il rientro al lavoro

Destinatari

Tutte le figure professionali, sanitarie e socioassistenziali che nei vari contesti di servizio affrontano situazioni e comportamenti critici con utenti/familiari/accompagnatori, operatori di sportello e *front office* con il pubblico, ruoli deputati alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (RSPP, Risk Manager, Medico Competente, RLS), Forze dell'Ordine territoriali ed operatori interni incaricati della sicurezza.

Buone pratiche e contenuti

- 1) Il riconoscimento dei comportamenti problematici, dei conflitti e delle aggressività
- 2) La tecnica della *de escalation* verbale e non verbale: abilità e competenze per la prevenzione dei comportamenti aggressivi nei contesti di servizio
- 3) Modelli e stili di riconoscimento nelle relazioni con le persone difficili
- 4) Le principali normative, Linee Guida, raccomandazioni e protocolli sulla gestione delle aggressioni
- 5) Il Ciclo dell'*escalation* e della *de-escalation*, le fasi e le modalità operative
- 6) Le tecniche di comunicazione verbale nella *de escalation*, le buone pratiche verbali (parole e frasi da dire e non dire)
- 7) La gestione delle obiezioni nelle relazioni interpersonali difficili
- 8) La gestione delle emozioni sul lavoro in situazioni difficili
- 9) Le tecniche di mediazione e gli stili di relazione assertiva
- 10) Le buone pratiche non verbali: tecniche di *de escalation* non verbale
- 11) Le misure aziendali per la prevenzione delle aggressioni, la rendicontazione con l'analisi dell'*incident reporting*, le fasi del Ciclo di Gibbs per i de briefing sui casi accaduti.
- 12) Il post-aggressione: l'intervento a sostegno del gruppo e del singolo nella gestione del post aggressione e nel reinserimento al lavoro in collaborazione con il medico competente.

Durata del Modulo formativo

Il Modulo formativo ha una durata minima di 8 ore, anche suddivise in più giornate. È possibile prevedere delle rimodulazioni del corso (Contenuti) con una durata inferiore alle 8 ore o superiore, secondo le esigenze dei servizi.

Modalità di erogazione del corso

Il Corso si può svolgere sia in presenza sia in modalità mista (teledidattica e presenza). Si possono prevedere gruppi di n. 25/30 partecipanti per la parte in presenza; in modalità teledidattica si possono prevedere anche numeri di partecipanti superiori a n. 25/30. È possibile prevedere moduli professionalizzanti e specifici per gruppi di operatori omogenei per condizione di rischio/mansione o ruolo. È, comunque, preferibile, visti gli argomenti da trattare e l'opportuno utilizzo di metodologie esperienziali, una gestione del Corso in presenza.

Pratiche didattiche

Le pratiche metodologiche di svolgimento del corso sono principalmente incentrate sugli aspetti operativi e di servizio. A seconda dei vari contenuti illustrati si adottano le seguenti metodologie didattiche: 1) Lezione

frontale, esposizione del docente; 2) Esecuzione diretta di esercitazioni da parte dei partecipanti; 3) Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti; 4) Presentazione di problemi o di casi in seduta plenaria; 5) Confronti con i partecipanti.

Vengono svolte simulazioni pratiche relative alle obiezioni più frequenti nelle relazioni interpersonali difficili nei contesti di servizio e sulla gestione delle emozioni sul lavoro. Si privilegia altresì la presentazione, discussione e confronto su casi realmente accaduti dai partecipanti. All'inizio del Corso viene presentato e fatto compilare ai partecipanti un Questionario di autovalutazione sulle modalità comportamenti adottate in casi di aggressione (Come generalmente fronteggi una situazione "aggressiva" nel luogo di lavoro?).

Docenti

I docenti previsti sono 3 che si alterneranno in forma integrata sui contenuti da presentare: sono Psicologi del lavoro e dell'organizzazione, qualificati e con esperienze dirette sull'argomento. Si possono prevedere anche altri interventi come testimonianze e presentazione di casi operativi.

Materiali

Sono a disposizione delle Dispense sulle lezioni in formato PDF, altra documentazione sul fenomeno delle aggressioni prodotta e raccolta da SIPLO (Società Italiana di Psicologia del lavoro e delle Organizzazioni), il Questionario di autovalutazione sulle modalità comportamenti adottate in casi di aggressione, un Prontuario di buone pratiche e di prevenzione dei comportamenti problematici e delle aggressioni con le persone nei contesti di lavoro (autore dott. Paolo Fusari, Psicologo del lavoro e socio SIPLO) oltre ad una adeguata bibliografia di riferimento.

Valutazione degli apprendimenti e gradimento

È previsto un test finale con un numero di domande a scelta multipla sui contenuti affrontati e secondo i parametri previsti rispetto al numero di ore didattiche svolte. Anche un Questionario finale di gradimento del corso.

Altre specificità previste per il Corso

Il corso può essere accreditato con le modalità ECM per le professioni sanitarie. Può essere anche riconosciuto come formazione continua per l'aggiornamento sulla sicurezza e per l'ottenimento (in tutto o in parte) dei Crediti formativi per le figure della sicurezza quali RSPP/Datore di Lavoro, Dirigente, Preposto, RLS.

FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

Quando si affronta il tema della formazione sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, vengono solitamente posti al centro dell'attenzione - e conseguentemente degli obiettivi formativi- i temi legati alla capacità dell'operatore di riconoscere, prevenire, affrontare l'aggressione. Non vengono sufficientemente valorizzati, come invece dovrebbe avvenire data la loro rilevanza, gli aspetti relativi al contesto organizzativo, strutturale, culturale nel quale gli operatori sanitari e sociosanitari agiscono.

Di ciò si ha evidenza anche nella carente offerta di progetti formativi rivolti ai soggetti responsabili di garantire il benessere lavorativo e la sicurezza degli operatori sanitari.

La formazione continua – leva strategica per il miglioramento del sistema – dovrebbe coinvolgere l'intera piramide organizzativa partendo da coloro che hanno responsabilità gestionali sino agli utenti del servizio sanitario al fine di promuovere un approccio alla sicurezza degli operatori e dei *setting*, basato sull'applicazione di norme, linee guida, protocolli, raccomandazioni e attraverso la sorveglianza degli aspetti strutturali, organizzativi, gestionali, di relazione con il pubblico.

La formazione deve pertanto riguardare tutti i livelli aziendali: dal management aziendale in tutte le sue articolazioni, al personale sanitario e non sanitario, al personale dedicato agli uffici di relazioni pubbliche collettori delle segnalazioni e proteste dei cittadini.

In tale ottica la FIMMG ha proposto il Corso sotto riportato, organizzato tra il 2018 e il 2019.

Titolo

Lavorare in sicurezza in continuità assistenziale: come prevenire, riconoscere, gestire il rischio di aggressione

Informazioni generali

Data inizio 05 luglio 2018 – 30 giugno 2019

Ore formative: 6

Crediti ecm: 6

Piattaforma Fad www.fadmetis.it

Destinatari dell'iniziativa: 20.000 utenti

Professione: Medico Chirurgo

Razionale

Il continuo ripetersi di aggressioni e violenze di ogni genere perpetrata contro i medici di Continuità Assistenziale ha determinato la necessità di affrontare in maniera sistematica il problema della sicurezza.

L'obiettivo non può che essere impedire tali accadimenti, individuando gli elementi potenzialmente favorenti, le carenze strutturali, le criticità organizzative e procedurali per poter conseguentemente mettere in atto tutte le soluzioni operative e organizzative più efficaci ed utili a prevenire atti di violenza e garantire la sicurezza degli operatori.

La gestione della sicurezza e del rischio aggressione coinvolge, infatti, livelli ed aspetti:

- istituzionali
- strutturali
- organizzativi
- formativi.

Le ricerche condotte su questo argomento dimostrano come le aggressioni ai Medici di Continuità Assistenziale non siano solo conseguenti alla gestione di pazienti psichiatrici in stato di alterazione bensì, nella maggior parte dei casi, ad atti volontari perpetrati da persone che, a causa alla mancata conoscenza da parte del medico di Continuità Assistenziale dei loro dati personali, si sentono protette dall'anonimato.

Le aggressioni si realizzano nella maggioranza dei casi nelle sedi di continuità assistenziale, nella fascia oraria tra le 01 e le 05, sono rappresentate da minacce, aggressioni verbali e/o fisiche scatenate dalla mancata soddisfazione di una richiesta inappropriata o, in alcuni casi, da azioni premeditate, finalizzate a violenza sessuale, al danneggiamento delle sedi o al furto di denaro, di oggetti o farmaci. È, ormai, acclarato che il tema della sicurezza per le professioni sanitarie debba riguardare prima di tutto l'Istituzione sanitaria di appartenenza, da un lato preposta all'erogazione di assistenza per i cittadini ma, dall'altro, investita della responsabilità di offrire adeguate tutele per i professionisti che quella assistenza garantiscono.

Infatti, tra le cause oggettivabili a monte dell'evento e i fattori potenzialmente favorenti, sono stati individuati:

- le gravi carenze strutturali ed organizzative delle Sedi di Continuità Assistenziale che arrivano, in alcuni casi, al mancato rispetto delle norme sulla sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro;

- la mancata applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza degli operatori sanitari da parte delle ASL che dovrebbero invece attivare in maniera automatica le procedure di Risk Management previste;
- l'assenza di un'offerta formativa rivolta ai professionisti sui temi della sicurezza, sul riconoscimento delle situazioni a rischio di escalation, sulle tecniche di *de-escalation*, sulle abilità relazionali;
- l'assenza di un'offerta formativa rivolta alla dirigenza aziendale che ha la responsabilità di prevenire, vigilare e operare per aumentare la sicurezza degli operatori della Continuità Assistenziale.

Ma quali sono le procedure di Risk Management che le Aziende devono attuare al fine di individuare le carenze da correggere per prevenire le aggressioni? Quali le tutele previste dalle leggi vigenti e dalle norme contrattuali? Quali possono essere le competenze relazionali che un medico dovrebbe sviluppare per gestire comportamenti aggressivi?

Il presente progetto formativo, rivolto primariamente ai Medici che operano nel Servizio di Continuità Assistenziale, si propone di offrire contenuti utili a dare risposte a questi interrogativi, capaci di favorire la conoscenza dei fattori di rischio e delle norme che regolano la sicurezza dei luoghi di lavoro, facilitino l'adozione di comportamenti e procedure di sicurezza, la conoscenza di tecniche di comunicazione in condizioni critiche, aiutino il Medico a prevenire gli eventi e ad individuare ed affrontare con maggiore consapevolezza le potenziali situazioni di rischio.

Obiettivi didattici

L'intervento formativo è finalizzato a fornire strumenti che favoriscano l'acquisizione di competenze per:

- rafforzare la consapevolezza culturale dei professionisti sull'approccio “multisistemico” alla sicurezza nel *setting* della Continuità Assistenziale
- riconoscere i segnali di allarme di un atto violento imminente
- approfondire ed aggiornare la conoscenza sulle tecniche di comunicazione con particolare riferimento alla comunicazione in situazioni di rischio
- approfondire la conoscenza degli elementi che caratterizzano l'escalation dell'aggressività
- approfondire la conoscenza delle tecniche di *de-escalation* verbale e non verbale
- conoscere le norme che regolano la sicurezza dei luoghi di lavoro ed il benessere lavorativo
- conoscere le norme contrattuali che garantiscono la sicurezza nel *setting* della continuità dell'assistenza
- conoscere elementi di gestione dello stress post traumatico
- rafforzare la consapevolezza culturale dei professionisti sull'importanza della puntuale segnalazione delle aggressioni verbali e fisiche.

	PROGRAMMA	DOCENTI/AUTORE	TEMPI
MODULO 1	IL PROBLEMA DELLA SICUREZZA NEL CONTESTO LAVORATIVO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	DR.SSA ROSSANA UGENTI DR.SSA TOMMASA MAIO DR. ALESSANDRO DABBENE	'30
	APPROFONDIMENTO: LE ESPERIENZE REGIONALI	DR. CARLO CURATOLA DR. LUIGI TRAMONTE DR. ALESSANDRO DABBENE DR. PIETRO DRAGO	'65
MODULO 2	STRUMENTI E STRATEGIE PER LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO E IL BENESSERE LAVORATIVO	DR.SSA TOMMASA MAIO DR.SSA SILVIA BELARDI ING. GIACOMO GUERRIERO	'50
	APPROFONDIMENTO: I DOCUMENTI MINISTERIALI	MINISTERO DELLA SALUTE	'30
MODULO 3	PREVENIRE PRIMA DI TUTTO: COSA PUÒ FARE IL MEDICO	DR. NICOLA POLONI DR. DOMENICO FIRRINGA	'120
MODULO 4	SE PREVENIRE NON È BASTATO	DR.SSA MIRENE A. LUCIANI DR. NICOLA POLONI DR. STEFANO LEONARDI	'70

FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri)***Titolo***

La violenza nei confronti degli operatori sanitari.

Finalità e contesti

Nel corso del 2022 è stato reso disponibile sulla piattaforma FadInMed (gestita dalla FNOMCeO) il corso di formazione a distanza gratuito “La violenza nei confronti degli operatori sanitari” (10,4 crediti ECM), coordinato dal Gruppo di Lavoro FNOMCeO per la sicurezza degli operatori sanitari.

Il corso FAD, proposto dal 01 gennaio al 31 dicembre 2022, costituisce un elemento per diffondere le conoscenze sul fenomeno della violenza e delle possibili azioni preventive, ma, soprattutto, per promuovere la cultura della tolleranza zero (tutti i tipi di violenza vanno denunciati).

Strutturazione del corso

- **Modalità didattica** - La formazione è centrata su un dossier e su 5 casi di pratica quotidiana che rispecchiano situazioni realmente accadute.
- **Obiettivo formativo nazionale:** 33/S.
- **Obiettivo specifico** - Sensibilizzare medici e odontoiatri sul tema della violenza subita dagli operatori sanitari, sottolineando l'importanza della denuncia dei fatti e l'importanza di non sottovalutare mai alcun comportamento violento, sia esso verbale, fisico o psicologico.
- **Durata:** 8 ore.
- **Crediti:** 10,4.
- **Pubblicazione** – Il corso è stato on line dal 01 gennaio 2022 al 31 dicembre 2022 e lo sarà anche nel 2023.
- **Argomenti**
 - Che cos'è la violenza sugli operatori sanitari?
 - Quanto è diffusa la violenza sugli operatori sanitari?
 - Quali sono le cause della violenza sugli operatori sanitari?
 - I luoghi di cura
 - Il profilo della vittima
 - Il profilo dell'autore
 - Quali sono le conseguenze della violenza sugli operatori sanitari?
 - Si può prevenire la violenza sugli operatori sanitari?
 - La cultura della tolleranza zero
 - Il clima aziendale
 - La formazione
 - Che cosa dice la legge?
 - Quali violenze sugli operatori sanitari in missioni di guerra?
- **Piattaforma:** www.fadinmed.it

FP CGIL (Funzione Pubblica della Confederazione Generale Italiana del Lavoro)***Titolo***

Violenze e aggressioni nei confronti del personale sanitario.

Riassunto - abstract

Aggressività e violenza sono fenomeni sempre più diffusi in molti ambiti lavorativi, ma il settore sanitario è sicuramente uno dei più colpiti. “Il 50% degli operatori sanitari ha subito aggressioni verbali e il 4% è stato vittima di violenza fisica”, questi sono i dati presentati dall’Ordine dei Medici nel settembre 2018, ma

sono sempre di più gli studi nazionali e internazionali che analizzano il fenomeno nelle sue diverse sfaccettature considerandone le specifiche variabili (contesti, tipologia di aggressione, conseguenze economiche e professionali). La Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007 ha come obiettivo la prevenzione degli atti di violenza attraverso l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire gli eventi. Rimane aperta la discussione su come la percezione del fenomeno da parte di molti sia falsata o rassegnata e questo comporta effetti collaterali anche gravi come la mancata denuncia alle autorità, burnout di professionisti, immobilismo dei decisorи e demotivazione nello svolgimento della professione.

Il programma è diviso in quattro parti principali: un'introduzione generale che indaga il fenomeno dal punto di vista empirico e sociologico; una seconda parte relativa agli assistenti sociali; una terza parte in cui si analizzano tre case studies: esempi virtuosi di procedure per la prevenzione del fenomeno in Emilia-Romagna, Sardegna e Piemonte; una quarta parte in cui si trova la sintesi di *report* internazionali sul tema. Completa il programma un'ampia documentazione istituzionale (nazionale e internazionale) relativa a esperienze e progetti.

Accreditamento ECM e CNOAS

Per le professioni:	Tutte le Professioni Sanitarie (accreditamento ECM) e Assistenti Sociali (Accreditamento CNOAS)
Indirizzo web	www.proteoformazione2.it/moodle
Obiettivo formativo (ECM)	AREA 1. OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI (20) Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni/Province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico professionali
Periodo	DAL 12/05/2019 AL 31/07/2019
Numero ore effettive	12

Regione Toscana

Titolo

Corso di formazione per l'aggiornamento delle competenze degli esperti in materia di aggressioni al personale sanitario. Azioni in atto della Regione Toscana.

Razionale

Le aggressioni nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario siano esse verbale che fisiche, risultano essere una situazione sempre più frequente nella quotidianità delle attività clinico assistenziali delle aziende sanitarie e di tutte quelle realtà che si occupano della cura dei cittadini. Con la legge n. 113 del 14 agosto 2020

“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni” si sottolinea anche l'interesse a promuovere l'informazione sull'importanza del lavoro del personale sanitario, favorendo lo svolgimento dei corsi di formazione specifiche sulle aggressioni per il

CORSO PER L'AGGIORNAMENTO DELLE COMPETENZE DEGLI ESPERTI IN MATERIA DI AGGRESSIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Firenze, Villa la Quiete, 27 maggio 2022

AZIONI IN ATTO DELLA REGIONE TOSCANA

personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione, alla gestione del conflitto verbale e fisico, attraverso il comportamento e la gestione degli spazi di lavoro

Obiettivo generale del progetto formativo

Il corso ha l'obiettivo di supportare gli esperti in materia di aggressione al personale sanitario nella gestione delle attività utili alla prevenzione e al trattamento delle violenze nei confronti dei colleghi all'interno delle rispettive organizzazioni sanitarie.

Partecipanti

L'evento formativo è rivolto a medici, infermieri, personale delle professioni tecnico-sanitarie, tecnici, assistenti sociali, amministrativi per un totale di n.28 partecipanti

Area di competenza e obiettivo ECM

Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate

Regione Veneto

Titolo

Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle Aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione.

Destinatari

Partecipanti al corso istruttori saranno individuati dai Direttori Generali tra i dipendenti del SSR, con particolare riferimento al personale esperto in valutazione e gestione dei rischi e tecniche di comunicazione e a medici e professionisti sanitari (ex Legge 251/2000) responsabili della sicurezza delle cure e dei lavoratori.

Obiettivi formativi

Il corso si pone l'obiettivo di far conoscere:

- il fenomeno della violenza a danno del personale delle Aziende Sanitarie e le relative conseguenze sui dipendenti e sul sistema ospedale;
- gli strumenti utili alla mappatura dei rischi di aggressione e al riconoscimento della tipologia e della gravità degli esiti del fenomeno;
- le possibili strategie per la prevenzione e il contenimento delle condizioni di rischio e per il monitoraggio delle azioni di miglioramento intraprese;
- le tecniche comunicative e comportamentali utili a riconoscere, prevenire e gestire episodi di violenza, in particolare in presenza di soggetti agitati e violenti e nei contesti di emergenza;
- i meccanismi che regolano e favoriscono l'apprendimento negli adulti;
- l'adeguatezza dei vari stili di conduzione degli interventi formativi;
- le dinamiche d'aula e la gestione efficace della relazione partecipante-docente;
- metodologie didattiche utili alla trasmissione dei contenuti del corso regionale.



Temi trattati

Il fenomeno della violenza a danno del personale delle Aziende Sanitarie descritto nelle linee di indirizzo regionali; mappatura dei rischi e analisi delle criticità; il contesto organizzativo; il ciclo dell'aggressività; la gestione dell'evento; la gestione del soggetto agitato e violento nel contesto dell'emergenza; la gestione del soggetto con intenti autolesionistici o suicidari; conseguenze dell'evento sul personale delle Aziende

Sanitarie; la segnalazione degli eventi violenti; azioni di miglioramento; la costruzione di un caso didattico; i meccanismi che regolano e favoriscono l'apprendimento negli adulti; le dinamiche d'aula e la gestione efficace della relazione partecipante-docente.

Metodologie didattiche

Il corso si svolge prevalentemente attraverso attività interattive – individuali e a piccoli gruppi – con successiva condivisione in plenaria. Le lezioni frontali aiuteranno a fare sintesi dei contenuti del corso acquisiti attraverso il confronto attivo tra i partecipanti e i docenti.

Questionario inviato al Coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro – Area Formazione

Come precedentemente accennato, l'ONSEPS ha ritenuto utile avviare già una prima interlocuzione con il coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro (GTISSL), con l'obiettivo di acquisire il prima possibile informazioni utili oltre che sulle misure di prevenzione adottate anche sulle iniziative di formazione ed informazione adottate dalle Regioni per sensibilizzare e informare gli operatori e la cittadinanza sul fenomeno delle aggressioni e degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Il questionario è stato descritto nelle sezioni precedenti. In questo paragrafo sono riportati i dati relativi all'area della formazione per le Regioni che hanno fornito risposta.

ITEM 7		Sono stati organizzati specifici corsi di formazione a livello regionale o nelle singole strutture sanitarie?
ABRUZZO		Nel Piano Formativo Regionale ECM 2023, recentemente approvato, è stata inserita tra gli obiettivi strategici della Regione Abruzzo la proposta di un'iniziativa formativa inerente la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti degli operatori sanitari, formulata dalle Università dell'Aquila e di Chieti
CALABRIA		Si, sono stati organizzati nelle singole Aziende eventi formativi e convegni
EMILIA ROMAGNA		Si nelle singole strutture sanitarie sia in presenza che da remoto prioritariamente per gli operatori dei pronto-soccorso e dipartimenti di salute mentale -
LIGURIA		Attività attualmente non gestite dallo scrivente Settore, che partecipa al gruppo inter-regionale SSL. Trattandosi di possibile argomento condiviso con altri Settori regionali, è in corso una verifica su eventuali attività in essere, che verranno prontamente comunicate tramite il presente modello.
P.A. BOLZANO		Si - vengono offerti da alcuni anni corsi sulla tecnica di De-Escalation a tutti gli operatori in tutti i comprensori sono stati effettuati webinar per la divulgazione dei contenuti della procedura aziendale - finalità e metodologia di segnalazione di atti di aggressione offerti dagli autori/autrici della procedura stessa in collaborazione con l'ufficio legale aziendale e la procura
TOSCANA		Corso per l'aggiornamento delle competenze degli esperti in materia di aggressione del personale sanitario – 1° edizione 14 maggio 2021 Corso per l'aggiornamento delle competenze degli esperti in materia di aggressione del personale sanitario – nuova edizione – 2° edizione 27 maggio 2022
UMBRIA		Si "giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari" (corso accreditato ecm in fad sincrona) e corsi specifici a livello aziendale
VALLE D'AOSTA		No
MARCHE	Azienda Ospedaliera Università delle Marche	Si - Corso di formazione residenziale aziendale "Prevenzione atti di violenza a danno di operatore-Raccomandazione Ministeriale 8" (Anni 2019, 2020, 2022)

ITEM 7		Sono stati organizzati specifici corsi di formazione a livello regionale o nelle singole strutture sanitarie?
	AV5-Ascoli Piceno	Si (evento formativo a valenza aziendale in tema di prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari - in data 10/11/2022)
	AV4 Fermo	SI - Anno 2022: Progetto ECM formativo a valenza aziendale in tema di prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti a danno degli operatori sanitari e sociosanitari
	AV3 Macerata	<p>1)SI organizzato U.O.C. Rischio Clinico Nella ex AV3 (ora AST-MC) un primo corso, effettuato in due edizioni, è stato svolto nel 2019 nell'ambito della formazione prevista dalla Regione. Nel 2022 è stato organizzato un altro corso ECM in due edizioni con la partecipazione di 50 operatori sanitari. Gli obiettivi generali sono stati</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definire in modo chiaro il fenomeno della violenza da parte di terzi e le forme in cui può manifestarsi; 2. Sensibilizzare e informare i professionisti ed i lavoratori potenzialmente esposti; 3. Individuare misure preventive, soprattutto sul tema della comunicazione, che consentano di gestire correttamente il rapporto con il paziente/familiari; 4. Fornire una formazione specifica ai lavoratori e dirigenti, per consentire loro di riconoscere il rischio e gestirlo al meglio; 5. Dotarsi di sistemi efficaci di segnalazione e monitoraggio, così da avere una percezione esatta dell'entità del fenomeno e dell'efficacia delle misure adottate; <p>offrire forme di supporto a chi è vittima dell'aggressione. Obiettivi specifici riconoscere i segnali di allarme di una violenza imminente, per poterla prevenire ed evitare, attraverso tecniche basate sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale.</p> <p>2)SI organizzato SPP Asur Evento formativo a valenza aziendale in tema di prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti a danno degli operatori sanitarie sociosanitari Il presente evento formativo è finalizzato a sensibilizzare i referenti delle strutture interessate in tema di aggressione al personale sanitario e sociosanitario fornendo agli stessi gli elementi conoscitivi essenziali utili all'organizzazione delle attività per la prevenzione e il trattamento delle violenze nei confronti del personale all'interno delle rispettive organizzazioni. Al presente evento dovrà seguire una serie di attività formative residenziali per diffondere e applicare le tecniche verbali per riconoscere e gestire i conflitti, nonché per disinnescare o comunque ridurre il livello di aggressività in ambito sanitario e socio-sanitario Il corso rivolto a circa 70 operatori</p>

ITEM 8 e 9		Si raccolgono dati sulla formazione del personale?	Sono state organizzate attività di informazione/comunicazione sul fenomeno rivolte sia agli operatori sia alla cittadinanza?
	ABRUZZO	A livello aziendale	Saranno previste nel documento operativo per le aziende sanitarie
	CALABRIA	Si, in relazione agli eventi svolti	In alcune Aziende è stata svolta una attività di informazione/comunicazione rivolta agli operatori sanitari

ITEM 8 e 9	Si raccolgono dati sulla formazione del personale?	Sono state organizzate attività di informazione/comunicazione sul fenomeno rivolte sia agli operatori sia alla cittadinanza?
EMILIA ROMAGNA	Si - come tutti i dati relativi ad un rischio lavorativo dagli uffici formazione aziendale e dai Servizi prevenzione e protezione	Per le iniziative volte alla cittadinanza si è utilizzata la giornata sulla prevenzione violenza verso gli operatori sanitari, tramite utilizzo di iniziative seminariali dedicate agli operatori, informazione tramite monitor nelle sale di attesa di reparti /ambulatori in alcune aziende implementazione di cartellonistica /modulistica informativa in più lingue
P.A. BOLZANO	Si - si conoscono i numeri die partecipanti - i corsi sono accreditati ecm	No -è prevista la celebrazione della giornata nazionale di educazione e prevenzione di atti di violenza nel 12/03/2023
TOSCANA	Si	Campagna di comunicazione tramite spot trasmesso sui social e tv regionali. Spot visibile al seguente link: https://www.regione.toscana.it/-/scegli-il-rispetto
UMBRIA	SI NON SPECIFICO I dati sulla formazione vengono raccolti per quanto di competenza nell'ambito della formazione	SI "Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari" rivolto agli operatori, in aggiunta la comunicazione interna alle Aziende. Per sensibilizzare tutta la popolazione al rispetto degli operatori sanitari, anche tramite i mass media oltre che tramite i canali interni aziendali (addetti stampa, cartellonistica etc..), è stato prodotto un Video Regionale, presentato in occasione della Giornata Nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. L'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI ha organizzato una campagna di sensibilizzazione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari, con affissione interna e diffusione esterna di locandine prodotte con la partecipazione degli allievi del Liceo Classico ed Artistico "Orneore Metelli" di Terni
VALLE D'AOSTA	SI mediante il Software "CANOPO" dove vengono riportati i nominativi di tutti i lavoratori che hanno effettuato i relativi corsi, il titolo del corso e la data	SI per operatori: corso di formazione intitolato "la prevenzione delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari", svolto in data 11/12/2018. Sono stati coinvolti gli operatori appartenenti a Strutture con maggiore esposizione al rischio aggressione (n. 91 in totale di cui 68 operatori attivi)

ITEM 8 e 9		Si raccolgono dati sulla formazione del personale?	Sono state organizzate attività di informazione/comunicazione sul fenomeno rivolte sia agli operatori sia alla cittadinanza?
MARCHE	Azienda Ospedaliera Università delle Marche	L'Ufficio Formazione raccoglie dati sulla formazione effettuata.	È stata effettuata formazione ai dipendenti delle aree più a rischio. Sopra presenti specifiche informazioni/comunicazioni sul fenomeno.
	AV5-Ascoli Piceno	Si (di competenza dell'UOC formazione)	Si (solo nei confronti degli operatori sanitari)
	AV4 Fermo	Si - U.O. formazione	No
	AV3 Macerata	SI Il corso al punto 1 è stato gestito dall'UOC Governo Clinico/Rischio Clinico ed i dati sono stati raccolti. Il corso al punto 2 è stato proposto dai servizi prevenzione ASUR e organizzato in collaborazione con il Servizio formazione ASUR	SI Questo Ente ha aderito alla manifestazione, aperta a tutti, organizzata dall'INRCA di Ancona in occasione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", istituita dal Ministero della Salute, presentando una propria relazione sul fenomeno. Inoltre, a livello locale, presso la UOC di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, è stato attivato uno sportello che fornisce supporto psicologico dedicato agli operatori della Sanità.

Comunicazione e informazione

Le attività di comunicazione e informazione sul tema delle aggressioni al personale sanitario e socio-sanitario sono attività rivolte sia ai professionisti operanti nelle diverse strutture, sia agli utenti dei servizi e alla cittadinanza generale, finalizzate a diffondere le conoscenze sul fenomeno e a renderne note le conseguenze.

La comunicazione si può distinguere in “comunicazione interna” e “comunicazione esterna” a seconda che si rivolga a un target interno o esterno alla struttura. La comunicazione interna contribuisce a costruire la percezione del fenomeno e a sensibilizzare i propri dipendenti sulla necessità di prepararsi, attraverso una specifica formazione, al verificarsi di eventuali episodi di violenza nei quali si potrebbe essere coinvolti nell’esercizio della professione. La comunicazione esterna è rivolta ai cittadini, ad altre amministrazioni o enti, imprese o associazioni e costituisce un canale di diffusione utile a informare gli utenti dei servizi, attraverso i media, la stampa, gli strumenti audiovisivi e telematici, della gravità del fenomeno e delle conseguenze che ne derivano sia per gli aggressori che per gli aggrediti, sia per la qualità dei servizi.

Perseguendo tali finalità, la Legge 14 agosto 2020, n. 113, ha previsto l’istituzione della “Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari” la cui celebrazione è stata stabilita, con DM del 27/01/2022, per il 12 marzo di ogni anno, lo stesso giorno della Giornata europea promossa dal Consiglio degli ordini dei medici europei (CEOM). Alle Amministrazioni pubbliche, anche in coordinamento con gli enti e gli organismi interessati, spetta, in occasione delle predette Giornate, la prima delle quali si è tenuta il 12 marzo 2022, organizzare iniziative di comunicazione per promuovere una cultura che condanni ogni forma di violenza nei confronti dei lavoratori della sanità.

Nella consapevolezza dell’importanza strategica della comunicazione in tale ambito sono state acquisite informazioni su diverse campagne di comunicazione istituzionale effettuate dai componenti dell’ONSEPS.

Molti degli enti rappresentanti nell’ONSEPS, nel corso degli anni, hanno organizzato e attuato varie campagne sull’argomento, sfruttando differenti mezzi di comunicazione.

A titolo di esempio, si descrivono di seguito alcune iniziative regionali realizzate da vari Ordini dei Medici nel 2017 e, nella pagina successiva, si riportano le immagini di alcune campagne realizzate da ordini professionali, organizzazioni sindacali e aziende sanitarie.

- **Piemonte** - È stata condotta una campagna congiunta dell’OMCeO di Torino, dell’ASL TO4 e dell’OPI di Torino che hanno realizzato un manifesto con lo slogan “Condanniamo la violenza. È inaccettabile che la violenza sia parte del lavoro di chi si prende cura del prossimo” affisso in tutte le strutture operative dell’ASL TO4 per sensibilizzare sul tema.
- **Lazio** - “Chi aggredisce un medico aggredisce sé stesso”. La campagna dell’OMCeO di Roma contro le aggressioni ai medici è di forte impatto visivo: un pugno al volto, una smorfia di dolore e l’esortazione “Difendiamo chi difende la nostra salute”.
- **Puglia** - L’OMCeO di Bari ha attivato un osservatorio sulla sicurezza e, a marzo 2017, è stata lanciata una campagna che ha previsto l’affissione di cartelloni (6x3 metri) nei sei capoluoghi di Regione. Due le varianti, tra immagini e slogan, per veicolare il messaggio: un paziente che si colpisce da solo con un pugno, accompagnato dalla scritta “Chi aggredisce un medico, aggredisce sé stesso. Difendiamo chi difende la nostra salute”, e una dottoreessa con un evidente ematoma sul viso, ritratta accompagnata dalla scritta “In Puglia è record di aggressioni ai medici. Chi aggredisce un medico, aggredisce sé stesso. Difendiamo i medici, difendiamo la nostra salute”.

Più di recente, poi, vari enti hanno intrapreso iniziative più specifiche volte a sensibilizzare i cittadini rispetto al problema delle aggressioni al personale sanitario.

- Il 25 novembre 2021 in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, il **Ministero della Salute** ha organizzato il Convegno [“La prevenzione degli episodi di violenza sulle lavoratrici della sanità”](#), che è stato trasmesso diretta streaming su www.salute.gov.it, YouTube e Facebook. Si è parlato del fenomeno della violenza sulle operatrici sanitarie sulla base dei dati Inail, dello stato dell'arte della legge 14 agosto 2020 n. 113 e delle azioni di prevenzione degli episodi di violenza sulle donne. Si è svolta una Tavola rotonda con le principali Federazioni degli Ordini professionali - FNOMCEO, FNOPI, FOFI, FNOPO, FNOVI, FNO TSRM e PSTRP, ONB, CNOP, FNOCF, CNOAS - e con FIASO e Confederazione Federsanità Anci Regionali. È stato inoltre presentato il docufilm [“Notturno”](#), promosso da FNOMCEO, con la regia di Carolina Boco.



- [“Non sono un bersaglio”](#) è una campagna lanciata dalla **Croce Rossa Italiana** il 10 dicembre 2018, che si iscrive nella più ampia iniziativa del Movimento Internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa *Health Care in Danger*, promossa durante la 31^a Conferenza Internazionale del 2011. Tale iniziativa è volta a fronteggiare la criticità della violenza a danno del personale, delle strutture e dei veicoli sanitari, nonché a garantire l'accesso sicuro e l'assistenza sanitaria nei conflitti armati ed in altre emergenze, anche in tempo di pace. A seguito del crescente numero di aggressioni ai danni del personale sanitario anche in Italia, si è resa necessaria la promozione di una campagna nazionale volta alla riduzione e, ancor prima, alla prevenzione delle varie forme di violenza, accompagnata da un costante impegno di sensibilizzazione su tale criticità.

A titolo d'esempio, infine, si riportano di seguito le immagini di alcune delle campagne di comunicazione raccolte dall'ONSEPS.





PAGINA BIANCA

5. Proposte, conclusioni e obiettivi futuri

Proposte dell'ONSEPS

All'esito dello studio e dell'analisi condotta nel corso dell'anno in seno all'ONSEPS è emerso che il problema della sicurezza degli operatori deve essere affrontato con un approccio sistematico che coinvolga diversi livelli: legislativo/istituzionale, culturale (verso cittadini e professionisti), gestionale/organizzativo. In particolare, sono stati segnalati alcuni temi da approfondire anche al fine di elaborare specifiche proposte di intervento.

È stato quindi dedicato uno specifico spazio alla discussione delle proposte di miglioramento riconducibili a tre macroaree:

- 1) Ambito organizzativo
- 2) Ambiente lavorativo
- 3) Funzione e attività degli enti

In riferimento all'**ambito organizzativo**, uno dei temi principali portato all'attenzione da alcuni componenti dell'ONSEPS è stato quello della carenza di personale, ritenuta oggi una delle principali cause dei disservizi in sanità e dei possibili conseguenti episodi di aggressione. Si è ritenuto di dover evidenziare l'esigenza di specifici interventi che portino nei prossimi anni ad incrementare il numero dei professionisti sanitari a disposizione del SSN.

È stata ribadita l'importanza della formazione (ECM e non) mirata al potenziamento delle competenze degli operatori stessi, nel riconoscimento dei comportamenti a rischio, ponendo in atto metodiche di *de-escalation* anche nella comunicazione, non dimenticando di approntare tutele psicologiche di sostegno per chi è stato vittima di aggressione, anche per un migliore rientro al lavoro.

Inoltre, è stata sottolineata la necessità di produrre campagne informative rivolte sia agli operatori sanitari sia alla cittadinanza e finalizzate ad aumentare la sensibilità, dei primi, rispetto alla necessità di acquisire le conoscenze utili alla prevenzione e alla gestione degli episodi di violenza e, dei secondi, rispetto alle condizioni di lavoro del personale sanitario e alle conseguenze di eventuali atti violenti. In tal senso i documenti relativi alle misure di prevenzione (es. Raccomandazioni) si dovrebbero concentrare con maggiore attenzione sugli aspetti relativi alla comunicazione e informazione.

Altro argomento affrontato, è stato quello dell'uso del lavoro in équipe come strumento di dissuasione e di gestione delle condizioni di rischio, evitando il lavoro in forma individuale e prevedendo la presenza di più persone almeno nelle situazioni e nei luoghi in cui è più facile che si verifichino reazioni da parte dell'utenza. Contestualmente si è ribadita la necessità di stabilire procedure per rendere sicura anche l'assistenza domiciliare prevedendo, per esempio, la comunicazione a un secondo operatore dei movimenti per una facile localizzazione.

Infine, anche i meccanismi di smistamento a bassa intensità e gestione infermieristica sono ritenuti utili strumenti per ridurre la tensione dei pazienti anche grazie all'applicazione dei nuovi codici già previsti per la classificazione delle urgenze. In tal senso occorrerà lavorare sui tempi di attesa all'interno delle strutture sanitarie, anche tenendo conto della percezione del cittadino.

Per quanto riguarda l'**ambiente di lavoro**, le proposte pervenute riguardano sia il miglioramento dell'ambiente di lavoro, a partire dal comfort e della sicurezza degli spazi dedicati alle attese per pazienti, familiari e *care-giver*, sia l'utilizzo di strumenti rapidi di richiesta di aiuto durante l'aggressione, con l'immediato intervento delle forze dell'ordine, a garanzia della tutela dell'operatore sanitario.

In tale contesto è emersa la necessità che le Aziende identifichino quali fattori siano causa o abbiano contribuito al verificarsi di tali episodi, senza trascurare l'organizzazione del lavoro, e mettano in atto anche le adeguate misure preventive e correttive previste dal D.lgs. 81/08.

Particolare rilevanza è stata data alla necessità di dare piena attuazione all'art. 7 della legge 113/2020 dovendosi incentivare il ricorso a protocolli operativi con le forze dell'ordine per gli interventi in territori a bassa legalità o in aziende considerate a rischio, così come l'ulteriore inasprimento delle pene nei confronti di chi compie atti di violenza nei confronti dei professionisti sanitari e socio sanitari.

In tema di sicurezza è stata segnalata anche la possibilità di utilizzare militari analogamente alle «operazioni strade sicure» all'interno dei punti sensibili come pronto soccorso e aree di emergenza, dotandoli di poteri straordinari di fermo, disarmo ed identificazione, disposti con intesa di Prefettura, Ministero della Difesa e degli Interni, ad invarianza di spesa.

Infine si è stata evidenziata l'utilità della presenza della figura dello psicologo, adeguatamente formato, per gestire tensioni e conflitti nelle aree dell'emergenza. Inoltre occorrerà prendersi cura dei professionisti vittime di violenza al fine di farsi carico dello stato di estrema sofferenza del lavoratore il cui malessere può sfociare nella “patologia” stress lavoro correlato, che non può essere sottovalutato nell’ambito della tutela della salute e sicurezza nei posti di lavoro.

Relativamente alle **funzioni e all'attività degli enti** tra le proposte va sottolineata l'urgenza di ridurre le liste di attesa e di erogare le prestazioni sanitarie in tempi ragionevoli.

In riferimento alle responsabilità in capo ai professionisti, si è ribadita l'importanza della maggior responsabilizzazione da porre in capo al Direttore Generale dell'Azienda (anche prevedendo la costituzione di parte civile da parte delle aziende sanitarie a ogni evento lesivo per il professionista) e a produrre normative stringenti nei confronti degli organi apicali, prevedendo specifiche responsabilità per gli episodi accaduti nelle proprie aziende e/o progetti premianti, inserendo anche la predisposizione delle opportune misure per la sicurezza degli operatori sanitari e per la prevenzione degli atti di violenza tra gli obiettivi individuali del Direttore generale.

Infine è stato anche proposto di riconoscere lo status di pubblico ufficiale agli operatori sanitari, ritenendolo strumento indispensabile per arginare le violenze, utilizzando a tal fine le pene previste per il reato di “aggressione a pubblico ufficiale” come deterrente per le stesse.

Su tali temi è stata avviata una discussione tra i diversi componenti dell'ONSEPS e costituiranno il corpo di opportune proposte operative che informeranno il lavoro dell'ONSEPS già a partire dall'anno 2023.

Conclusioni e obiettivi 2023

L'intenso ed importante lavoro svolto dall'ONSEPS a partire dall'11 marzo 2022, data del suo insediamento, ha permesso di costruire e restituire, attraverso la presente relazione annuale e in linea con gli obiettivi previsti dalla Legge n. 113 del 2020, un quadro molto articolato e complesso della situazione del nostro Paese relativamente al fenomeno degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. Si tratta di una panoramica che testimonia una ricchezza di approcci e attività, in linea col quadro normativo e documentale di riferimento ma che, tuttavia, fino a oggi, non aveva trovato un momento di coordinamento efficace in grado di rappresentarne una visione d'insieme e di promuovere obiettivi e azioni comuni per uniformare su tutto il territorio nazionale un valido e preventivo contrasto al fenomeno.

Un risultato rilevante raggiunto con le attività dell'ONSEPS durante questo anno riguarda l'aver valorizzato e, in parte, costruito una rete di *stakeholder*, organizzazioni e istituzioni interessate dal fenomeno, definendo e avviando alcuni processi utili al raggiungimento degli obiettivi dell'ONSEPS anche nei prossimi anni. L'ONSEPS è infatti costituito da circa 60 realtà istituzionali che si sono confrontate e sono state attivamente coinvolte nel rappresentare i diversi aspetti del fenomeno, impegnandosi nel tracciare una linea comune secondo cui operare per contrastarlo efficacemente. Sono stati, inoltre, avviati rapporti con organismi segnatamente coinvolti dalla Legge 113/2020 e non solo (ONBP, CRGRS e loro coordinamento, GTISSL)

nella raccolta e comunicazione dei dati sul fenomeno e per la verifica della implementazione delle misure di prevenzione.

Le attività dell'ONSEPS, come rappresentato nella presente relazione si sono concentrate preliminarmente su un'attenta attività di ricerca, analisi e studio del contesto nazionale ed internazionale di riferimento, attraverso una revisione della letteratura aggiornata, e successivamente sull'attivazione del monitoraggio e dell'analisi dei dati sul fenomeno degli episodi di violenza e l'individuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione e delle attività di formazione.

Per quel che riguarda il monitoraggio degli eventi, per l'anno 2022, l'ONSEPS si è focalizzato in primo luogo sull'analisi di tutte le fonti esistenti, anche nell'ottica di un futuro potenziamento delle stesse, tenendo conto, in linea con quanto previsto dalla normativa, dei dati trasmessi dai CRGRS e dagli Ordini professionali che nel tempo hanno attivato diverse ricognizioni e indagini. In particolare, è stata avviata una specifica *survey* per i CRGRS, con il supporto dell'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche istituito presso l'Agenas, mirata alla rilevazione delle metodologie e dei dati sulle aggressioni e sugli atti di violenza raccolti a livello regionale.

Dall'attività di rilevazione svolta è emerso che, sebbene varie Regioni, attraverso i CRGRS, abbiano avviato, in alcuni casi con modalità avanzate, una raccolta dati sulle aggressioni (fermo restando che la segnalazione degli eventi avviene su base volontaria), tale rilevazione avviene con modalità differenziate e, pertanto, i relativi risultati non sono confrontabili. **Al riguardo appare, pertanto, doveroso ribadire che a un maggior numero di segnalazioni non corrisponde una più alta incidenza di aggressioni in quel determinato contesto territoriale, ma piuttosto una specifica attenzione al monitoraggio del fenomeno.** È, quindi, emersa l'esigenza di uno specifico impegno dell'ONSEPS, in raccordo con l'ONBP e il coordinamento dei CRGRS, per le opportune azioni di miglioramento. In tal senso, appare essenziale che l'attuale logica della raccolta dati centrata sull'"evento", utilizzata finora dai CRGRS ai fini della analisi e gli obiettivi di miglioramento degli aspetti organizzativi, si sposti sull'"aggredito", specifico centro di attenzione dell'ONSEPS. Questo consentirebbe, in primo luogo, di diffondere maggiormente tra gli operatori la cultura della segnalazione, a prescindere dalla gravità dell'evento in sé, riducendo, di conseguenza, il fenomeno della sottostima degli eventi ("tolleranza zero"), e, in secondo luogo, di analizzare i dati nell'ottica di implementare misure reattive e di prevenzione commisurate alle diverse caratteristiche degli operatori coinvolti.

Nelle more della definizione delle caratteristiche di un flusso da costituire, a regime, per la rilevazione e il monitoraggio degli episodi di violenza a livello regionale, su cui sarà impegnato l'ONSEPS nei prossimi mesi al fine di ottenere, almeno per parte dell'anno 2023, alcuni dati omogenei sul territorio nazionale, sono state individuate le variabili essenziali su cui raccogliere le informazioni derivanti dalle segnalazioni.

Sono stati, poi, acquisiti dalle diverse componenti istituzionali presenti nell'ONSEPS altri dati, raccolti per finalità e in contesti diversi e rielaborati/analizzati per le attività demandate all'ONSEPS medesimo. A tale proposito, l'attività di promozione e attuazione di attività di ricerca da parte dell'ONSEPS ha riguardato diversi aspetti: oltre a tutto il materiale documentale raccolto in una specifica piattaforma e comprendente le diverse indagini condotte negli ultimi anni dalle diverse realtà istituzionali rappresentate all'interno dell'ONSEPS stesso, si è posto mano, già a partire dai primi mesi di attività, a diversi filoni di ricerca che hanno riguardato la rilevazione e rappresentazione dello stato dell'arte sul fenomeno.

Al momento, le due modalità che forniscono informazioni maggiormente definite sono costituite dai dati del SIMES relativi agli eventi sentinella e, soprattutto, i dati forniti da INAIL sugli infortuni riconosciuti e indennizzati a seguito degli eventi di aggressione e di violenza. Questi ultimi costituiscono una fotografia piuttosto realistica del fenomeno. Questa prima ricognizione delle fonti e degli strumenti esistenti ha sostanzialmente permesso di ottenere una prima, seppure incompleta, rappresentazione dei dati e delle modalità con cui sono raccolti e di raggiungere l'obiettivo dell'ONSEPS sulla raccolta di tutti i dati al momento disponibili. Ciò costituirà anche un importante stimolo alla diffusione della cultura della segnalazione degli eventi, nonché la base di partenza per l'implementazione di sistemi di monitoraggio

consolidati e per l'adozione di specifiche misure di prevenzione nell'ambito delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

Per quel che riguarda il monitoraggio delle misure di prevenzione i principali documenti di riferimento sono costituiti, ad oggi, dalla Raccomandazione n. 8 emanata nel 2007 dal Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e per offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema, nonché il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, sancito con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020.

In particolare, in merito alla Raccomandazione n. 8, i dati relativi alla sua implementazione sono stati analizzati nell'ambito delle attività demandate all'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche, alla cui relazione si rinvia. L'ONSEPS ha, pertanto, avviato un'attività di studio ed approfondimento volta alla successiva formulazione di proposte per il necessario aggiornamento della stessa da parte del Ministero.

Per quel che riguarda il PNP 2020-2025, quest'ultimo - rafforzando una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (approccio *One Health*) - prevede azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire l'equità, la formazione e la comunicazione su 6 macro obiettivi uno dei quali riguarda gli "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali". Considerato che le prime risultanze sull'implementazione da parte delle Regioni di tali azioni saranno rese disponibili, secondo quanto previsto dal Piano stesso, entro il 31 marzo 2023, l'ONSEPS ha ritenuto utile avviare già una prima interlocuzione con il coordinamento del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro (GTISSL), attraverso un'apposita *survey*, con l'obiettivo di acquisire il prima possibile informazioni utili sulle singole misure di prevenzione adottate dalle Regioni e delle attività di formazione e comunicazione attuate, in materia, a livello regionale. Si tratta di una prima indagine che ha fornito i *report* di cui si è riferito e alcuni primi risultati cui verrà dato seguito nel prosieguo dell'attività dell'ONSEPS nell'anno 2023.

Dai lavori di ricerca analisi e studio condotti nell'anno 2022 è emerso che, se l'attenzione alla raccolta e analisi dei dati prevista risulta di primaria importanza per la conoscenza del fenomeno e per l'attuazione delle necessarie misure di prevenzione, per diffondere la cultura della segnalazione è necessario dare uno specifico impulso alle attività di comunicazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale sanitario. Tali attività devono essere accompagnate dalla formazione diffusa e uniforme di tutti gli operatori sanitari e sociosanitari, affinché l'acquisizione di competenze sul fenomeno permetta la diffusione di metodologie e strumenti per la gestione delle relazioni in una ottica di prevenzione. Questo, per molti aspetti, costituisce un aspetto centrale della questione, perché può favorire una riscrittura delle modalità di relazione tra professionista sanitario/socio-sanitario e paziente, in grado di promuovere la giusta collaborazione e una corretta alleanza terapeutica.

Allo stesso scopo, appare necessario sviluppare attività di comunicazione rivolte alla popolazione generale, affinché sul tema si diffonda una nuova sensibilità e si ricostruiscano la giusta conoscenza e la giusta considerazione del SSN e, soprattutto, dei professionisti che vi lavorano, quale bene insostituibile e prezioso per la salute dell'intera comunità.

Uno specifico ambito su cui si è concentrato il lavoro dell'ONSEPS nel corso del 2022 è stato, appunto, quello di descrivere quanto si sta facendo nell'ambito della formazione degli operatori sanitari sul tema. Individuata quale azione principale nell'ambito delle misure di prevenzione, la formazione realizzata è stata esaminata anche attraverso l'esempio di alcune esperienze condotte all'interno delle organizzazioni coinvolte nell'ONSEPS, verificando, soprattutto, la numerosità e la distribuzione dei corsi di formazione ECM finora erogati sul territorio nazionale.

Pur potendo rappresentare un importante impegno da parte di numerose organizzazioni nel promuovere e attuare programmi di formazione specifici, come testimoniato anche dai dati di letteratura riportati, non tutto il personale sanitario del SSN risulta al momento coinvolto in attività di formazione sul tema. L'ONSEPS

dedicherà pertanto nel prosieguo delle attività uno specifico impegno nell’analizzare, anche da un punto di vista qualitativo e dei contenuti, la formazione erogata, al fine di proporre dei contenuti educazionali minimi comuni, garantirne la qualità e consentire la programmazione di corsi specifici nei diversi contesti.

Per quel che riguarda la documentazione raccolta, come accennato, è stata implementata, su una specifica piattaforma, una banca dati che raccoglie tutto il materiale utilizzato per la redazione della relazione, compresi numerosi documenti e contributi relativi alle esperienze dei componenti dell’ONSEPS. Si tratta di un rilevante numero di testi, articoli, *report*, brochure che costituisce una prima comune raccolta di informazioni e contenuti sul fenomeno che sarà via via arricchita nei prossimi anni.

A conclusione delle considerazioni finali dei risultati raggiunti dall’ONSEPS nel corso del 2022, si riportano di seguito gli obiettivi su cui è stato convenuto di concentrare il lavoro dell’ONSEPS nell’anno 2023. In particolare, per quel che riguarda il monitoraggio degli eventi a livello regionale, oltre ad acquisire i dati dai CRGRS, si svilupperanno i contenuti informativi del flusso dedicato, che dovrà essere sviluppato nell’ambito dell’ONBP, e si condivideranno strumenti comuni per condurre in maniera omogenea indagini *ad hoc* da parte degli Ordini professionali. Per quel che riguarda le misure di prevenzione, all’esito dell’attività di studio e ricerca condotte nell’anno 2022, si provvederà a formulare specifiche proposte per l’aggiornamento della Raccomandazione n. 8 e si acquisiranno i dati sullo stato di avanzamento dei progetti delle Regioni del PNP 2020-2025. Si provvederà, poi, alla individuazione e diffusione di buone pratiche, anche in materia di comunicazione e di gestione psicologica della fase post aggressione a sostegno del singolo e del gruppo di operatori coinvolti, e si continuerà nel monitoraggio dei corsi di formazione ECM, anche al fine di definire una proposta dei contenuti minimi degli stessi.

PAGINA BIANCA

Bibliografia essenziale

- Abbot A, Brinkmann J. (2017). Workplace violence against healthcare providers. O&P Edge.
- Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. (2016). Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occupational Med* (Oxford, England) 66(7):580–583. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw073>.
- AbuAlRub RF, Al Khawaldeh AT. (2014). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *J Clin Nurs* 23(13–14):1937–1947. <https://doi.org/10.1111/jocn.12473>
- ACEP (American College of Emergency Physicians). Protection from Violence in the Emergency Department. 2011.
- ACEP (American College of Emergency Physicians) Emergency department violence fact sheet. 2015.
- Agarwal AK (2017) Patient-physician relationship; a keystone of Care in Emerging Health Care System. *Psychol Behav Sci Int J* 2(2). <https://doi.org/10.19080/pbsij.2017.02.555582>.
- Algwaiz WM, Alghanim SA. (2012). Violence exposure among health care professionals in Saudi public hospitals: a preliminary investigation. *Saudi Med J* 33(1):76–82 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22273653/>.
- Aljohani, B.; Burkholder, J.; Tran, Q.; Chen, C.; Beisenova, K.; Pourmand, A. Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2021, 196, 186–197.
- Alsaleem SA, Alsabaani A, Alamri RS, Hadi RA, Alkhayri MH, Badawi KK. (2018). Violence towards healthcare workers: a study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *J Fam Community Med* 25(3):188–193. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_170_17.
- Al-Qadi MM. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International Emergency Nursing*, 52, p.100905.
- AMA (American Medical Association). Report 7 of the Council on science and public health (A-16) Preventing violent acts against health care providers. 2010
- American Nurses Association (ANA). (2015). Incivility, bullying and workplace violence. Position statement.
- Anand T, Grover S, Kumar R, Kumar M, Ingle GK. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *Natl Med J India* 29(6):344–348 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28327484/>.
- AONE (American Organization of Nurse Executives), ENA (Emergency Nurses Association). Guiding principles: mitigating violence in the workplace e Toolkit for mitigating violence in the workplace. 2015.
- Arnetz JE, Hamblin L, Essenmacher L, Upfal MJ, Ager J, Luborsky M. (2014). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incidentreports. *Journal of Advanced Nursing*, [online] 71(2), pp.338–348. Available at:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006065/>.
- Ashton RA, Morris L, Smith I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs*. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>
- Ayasreh, IR, Hayajneh FA. (2021). Workplace Violence Against Emergency Nurses: A Literature Review. *Critical care nursing quarterly*, 44(2), 187–202. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000353>.
- Azami M, Moslemirad M, YektaKooshali MH, Rahmati S, Soleymani A, Bigdeli Shamloo MB, Esmaeilpour-Bandboni M, Khataee M, Khorshidi A, Otaghi M. (2018). Workplace Violence Against Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Violence Vict*, 33(6):1148-1175. . <https://doi.org/10.1891/0886-6708.33.6.1148>.

- Bagnasco et al. Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro: protocollo di studio osservazionale analitico multicentrico nazionale. Studio CEASE-IT. 2022
- Baydin A, Erenler AK. (2014). Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Mental Health* 16(2):66–68. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000112>
- Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. (2019). Addressing Risk of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMedResearch Int.*
- Behnam M, Tillotson R, Davis SM, Hobbs GR. (2011). Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med* 2011;40:565–79.
- Bilici R, Sercan M, Izci F. (2016). Levels of the staff's exposure to violence at locked psychiatric clinics: a comparison by occupational groups. *Issues Mental Health Nurs* 37(7):501–506. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1162883>.
- Binmadi NO, Alblowi JA. (2019). Prevalence and policy of occupational violence against Oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 19(1):279. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0974-3>.
- Caillier JG. (2021). The impact of workplace aggression on employee satisfaction with job stress, meaningfulness of work, and turnover intentions. *Public Pers. Manag.* 2021, 50, 159–182.
- Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M. (2017). *La Clinica terapeutica*, 168(2), e99–e112.
- Cannavò M. (2018). Stop alla violenza a danno degli operatori della salute – Prevenire e gestire la violenza sul lavoro. Società Editrice Universo.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). (2002). Violence. Occupational hazards in hospitals. No 2002-101, Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention.
- Centro Studio NURSIND. Indagine sulle aggressioni al personale sanitario. 2013 e 2017.
- Chakraborty S, Mashreky SR, Dalal K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health* (2022) 30:1837–1855. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01689-6>.
- Civilotti, C.; Berlanda, S.; Iozzino, L. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 5860. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115860>
- Clari M, Conti A, Scacchi A, Scattaglia M, Dimonte V, Gianino MM. (2020). Prevalence of Workplace Sexual Violence against Healthcare Workers Providing Home Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 27;17(23):8807. doi: 10.3390/ijerph17238807.
- Connor M, Armbrust, Hurley K, Lee E, Chen B, Doering, L. (2020). Diagnostic Sensitivity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression to Predict Violence and Aggression by Behavioral Health Patients in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*.
- D'Ettorre G, Mazzotta M, Pellicani V, Vullo A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomedica* 89(4-S):28–36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>.
- Davey K, Ravishankar V, Mehta N, Ahluwalia T, Blanchard J, Smith J et al. (2020). A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. *Int J Emerg Med* 13(1):33. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00290-0>.
- Demirci Ş, Uğurluoğlu Ö. (2020). An evaluation of verbal, physical, and sexual violence against healthcare workers in Ankara, Turkey. *J Forensic Nurs.* <https://doi.org/10.1097/jfn.00000000000000286>.

- Department of Health and Human Services, Department of Justice's Federal Bureau of Investigations, U.S. Department of Homeland Security, and the Federal Emergency Management Agency. Incorporating Active Shooter incidentPlanning into Health Care Facility Emergency Operations Plans. Available at: <http://phe.gov/Preparedness/planning/Documents/active-shooter-planning-eop2014.pdf> Accessed March 9, 2015
- Di Prinzi, RR, Bondanini G, De Falco F, Vinci MR, Camisa V, Santoro A, De Santis M, Raponi M, Dalmasso G, Zaffina S. The Management of Workplace Violence against Healthcare Workers: A Multidisciplinary Team for Total Worker Health® Approach in a Hospital. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 196. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010196>
- Dopelt K, Davitovich N, Stupak A, Ben Ayun R, Lev Eltsufin A, Levy C. (2022). Workplace violence against hospital workers during the COVI-19 pandemic in Israel: implication for public health. *InterInt. J Environ Res Public Health* 2022, 19 4659. <http://doi.org/10.3390/jerph19084659>.
- Duncan S, Estabrooks C, Reimer M. Violence against nurses. *Alta RN*. 2000;56:13-4.
- Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace a systematic review. *Br J Nurs*, 9;23(12):653-4, 656-9.
- ECRI (Emergency Care Research) Institute. Violence in healthcare facilities. 2017.
- Efrat-Treister D, Cheshin A, Harari D, Rafaeli A, Agasi S, Moriah H, Admi H. (2019). How psychology might alleviate violence in queues: Perceived future wait and perceived load moderate violence against service providers. *PLoS one*, 14(6), e0218184.
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA) Workplace violence and harassment: a European picture. Lussemburgo. Publications Office of the European Union. 2010.
- Fernandes C, Bouthillette F, et al. (1999). Violence in the emergency department: a *survey* of health care workers. *Can Med Ass J* 1999;161:1245-8.
- Ferretti, F.; Gualtieri, G.; Carabellese, F.; Gusinu, R.; Masti, A.; Pozza, A. Aggression toward healthcare workers: The effect of indirect victimization on burnout dimension. *J. Aggress. Maltreat. Trauma* 2021, 30, 1113–1123.
- Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different *settings* and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 9:263–275. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>.
- Fisher J. (2002). Fear and learning in mental health *settings*. *Int J Ment Health Nurs* 2002;11:128-34.
- Gates D, Gillespie G, Kowalenko T, Succop P, Sanker M, Farra S. (2011). Occupational and demographic factors associated with violence in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J* 2011;33:303-13.
- Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, Martínez-Jarreta B, Guay S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Sep 8;9(9):CD011860. doi: 10.1002/14651858.CD011860.pub2.
- Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. (2010). Workplace violence in healthcare *settings*: risk factors and protective strategies (CE). *Rehabilit Nurs* 35(5). <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x>
- Grange J, Corbett S. (2002). Violence against emergency medical services personnel. *Prehosp Emerg Care* 2002;6:186-90. 34.
- Hamdan M, Abu Hamra A. (2015). Workplace violence towards Workers in the Emergency Departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 13(1):28. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2>.
- Harolds L, Hurst H. (2016). Preventing Workplace Injuries Among Perinatal Nurses. *Nursing for women's health*, 20(1), 99–108.

- Haar RJ, Read R, Fast L, Blanchet K, Rinaldi S, Taithe B, Wille C, Rubenstein LS. (2021). Violence against healthcare in conflict: a systematic review of the literature and agenda for future research. *Confl Health.* 2021 May 7;15(1):37. doi: 10.1186/s13031-021-00372-7.
- Hartley D, Doman B, Hendricks SA, Jenkins EL. (2012). Non-fatal workplace violence injuries in the United States 2003-2004: a follow back study. *Work* 2012;42:125-35.
- Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks, C.A., Reimer, M.A., Giovannetti, P., Hyndman K. and Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia. *Health Policy* 63.
- Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. (2012). A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust* 197(6):336–340. <https://doi.org/10.5694/mja12.10444>.
- Hilton NZ, Addison S, Ham E, C Rodrigues N, Seto MC. (2022). Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022 Apr;29(2):186-203. doi: 10.1111/jpm.12781. Epub 2021 Jul 24.
- Hoel H, Sparks K, Cooper C. The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress- free working environment. Report commissioned by the International Labour Organization (ILO) Geneva by the University of Manchester Institute of Science and Technology, 2000.
- Honarvar B, Ghazanfari N, Shahraki HR, Rostami S, Lankarani KB. (2019). Violence against nurses: a neglected and health-threatening epidemic in the university affiliated public hospitals in shiraz, Iran. *Int J Occupational Environ Med* 10(3):111–123. <https://doi.org/10.15171/ijom.2019.1556>.
- ILO (International Labour Office). Violence at work. Chappell D, Di Martino V (eds). Third edition, 2006.
- ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses), WHO (World Health Organisation), 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.
- Kahsay WG, Negarandeh R, Nayeri ND, Hasanzadeh M. (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nurs.* 2020 Jun 29;19:58. doi: 10.1186/s12912-020-00450-w. eCollection 2020.
- Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunvit S, Yip T, Sangthong R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J Occup Health* 2008;50:201-7.
- Kelen G, Catlett C, Kubit JG, Hsieh Y. (2012). Hospital-based shootings in the United States: 2000 to 2011. *Ann Emerg Med* 2012; 60:790-8.e1.
- Kitaneh M, Hamdan M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 12(1):469. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-469>.
- Kowalenko T, Cunningham R, Sachs C, Gore R, Barata I, Gates D, Hargarten S, Josephson E, Kamat SV, Kerr HD, McClain A. (2012). Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *J Emerg Med* 2012;43:523-31.
- Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med* 2013;31:197-205.
- Kumar M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanabhan A. (2016). A study of workplace violence experienced by doctors and associated risk factors in a tertiary care hospital of South Delhi, India. *J Clin Diagn Res* 10(11):LC06–LC10. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/22306.8895>.
- Kumari, A.; Kaur, T.; Ranjan, P.; Chopra, S.; Sarkar, S.; Baitha, U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J. Postgrad. Med.* 2020, 66, 149–154.
- Kvas A, Seljak J. (2015). Sources of workplace violence against nurses. *Work* (Reading, Mass) 52(1):177–184. <https://doi.org/10.3233/WOR-152040>.
- Kynoch, K, Wu C-J, Chang AM. (2011). Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8: 76-86. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00206.x>.

- Joint Commission. Code black and blue. Why patients turn violent and how to recognize it before it happens. 2015.
- Joint Commission Preventing violence in the health care *setting*. Sentinel Event Alert 2010;45:1- 3.
- Joint Commission. Improving patient and worker safety. Opportunities for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace. The Joint Commission. 2012
- Joint Commission. Sentinel Event Alert 2017;57 e Sentinel Event Alert 2017;59.
- Iennaco JD, Dixon J, Whittemore R, Bowers L. (2013). Measurement and monitoring of health care worker aggression exposure. *Online journal of issues in nursing*, 18(1), 3.
- 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.
- La Regina M, Mancini A, Falli F, Fineschi V, Ramacciati N, Frati P, Tartaglia R. (2021). Aggression on social networks: what are the implications for healthcare providers? An exploratory research. *Healthcare* 2021, 9, 811. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070811>
- Li YL, Li RQ, Qiu D, Xiao SY. (2020). Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 1;17(1):299. doi: 10.3390/ijerph17010299.
- Lin Y, Liu HE. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2005;42:773-8.
- Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, Yan S, Opoku S, Xu H, Wang C, Zhu Y, Chang Y, Yang Y, Yang T, Chen Y, Song F, Lu Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and Meta-analysis. *Occup Environ Med*. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- Magnavita N, Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*.
- Magnavita N, Heponiemi T, Chirico F. (2020). Workplace Violence Is Associated With Impaired Work Functioning in Nurses: An Italian Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*.
- May D, Grubbs L. (2002). The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs* 2002;28:11-7.
- McKay D, Heisler M, Mishori R, Catton H, Kloiber O. (2020). Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *Lancet*. 2020, 395(10239):1743-1745. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31191-0.
- McKenna B, Poole S, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. (2003). A *survey* of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Mental Health Nursing* 2003;12:56-63.
- McPhaul K, Lipscomb J. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 2004;9:7.
- Ministero della Salute, (2007). Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- Ministero della Salute, (2012). Direzione generale della programmazione sanitaria. Manuale governo clinico “Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori”. Capitolo “Violenza su operatore”.
- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. n. 8, novembre 2007
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione (2020-2025)
- Najafi F, Dalvandi A, Rahgozar M. (2014). Workplace violence against Iranian nurses : a systematic review. *J Health Promotion Manag* 3(2). http://jhpm.ir/browse.php?a_id=243&sid=1&slc_lang=en

- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002.
- NICE guideline [NG10] Published: 28 May 2015. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community *setting*
- NICE Quality standard [QS154] Published: 29 June 2017. Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems
- NIOSH science blog - Violence in Healthcare 2015. Retrieved from <https://blogs.cdc.gov/nioshscience-blog/2015/03/27/violence-in-healthcare/>
- Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. (2017). Review article: workplace violence in the emergency department. A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas* 2017;29:265-75.
- Njaka S, Edeogu OC, Oko CC, Goni MD, Nkadi N. (2020). Work place violence (WPV) against healthcare workers in Africa: A systematic review. *Heliyon*. 2020 Sep 14;6(9):e04800. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04800. eCollection 2020 Sep.
- Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, Rajaleid K. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occup Environ Med*. 2021 Feb;78(2):69-81. doi: 10.1136/oemed-2020-106450. Epub 2020 May 15.
- OSHA (Occupational Safety and Health Administration). Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. OSHA 3148-01R. US Department of Labor. 2004.
- Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. (2018). Workplace violence among health care workers. *Rev Med Chil*. 2018 Feb;146(2):213-222. doi: 10.4067/s0034-98872018000200213.
- Pariona-Cabrera P, Cavanagh J, Bartram T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *J Adv Nurs*. 2020 Jul;76(7):1581-1593. doi: 10.1111/jan.14352. Epub 2020 Apr 8.
- Park M, Cho SH, Hong HJ. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh* 47(1):87–95. <https://doi.org/10.1111/jnus.12112>.
- Parrish, E. (2019). Violence against nurses: Increased awareness. *Perspect Psychiatr Care*, 55(2):139.
- Phillips JP. (2016). Workplace violence against health Care Workers in the United States. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>.
- Phoo NNN, Reid A. (2022). Determinants of violence towards care workers working in the home *setting*: A systematic review. *Am J Ind Med*. 2022 Jun;65(6):447-467. doi: 10.1002/ajim.23351. Epub 2022 Mar 29.
- Pich JV, Kable A, Hazelton M. (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J*, 20(3):107-113.
- Pich JV, Hazelton M, Sundin D, Kable A. (2010). Patient-related violence against emergency department nurses. *Nurs Health Sci*, 12(2):268-74.
- Pinar R, Ucmak F. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments:a *survey* of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs* 2011;20:510-7.
- Pompeii L, Dement J. (2013). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *J Sa - fet Res* 2013;44:57-64.
- Pompeii LA, Schoenfsch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. Hospitals *Am J Indust Med* 58(11):1194–1204. <https://doi.org/10.1002/ajim.22489>.

- Pompei L, Benavides E, Pop O, Rojas Y, Emery R, Delclos G, Markham C, Oluyomi A, Vellani K, Levine N. (2020). Workplace Violence in Outpatient Physician Clinics: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 10;17(18):6587. doi: 10.3390/ijerph17186587.
- Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. (2018). Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks. *Int Emerg Nurs.* 39:2-1.
- Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. (2019). Violence towards Emergency Nurses: The 2016 Italian National Survey— A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management.* 27(4), pp.792–805.
- Ramacciati N, Guazzini A, Caldelli R, Rasero L. (2021). User-friendly system (a smartphone app) for reporting violent incidents towards emergency nurses in the Emergency Department: an Italian multicenter study. *Med Lav.* 2021; 112, 1: 68-81. doi: 10.23749/mdl.v112i1.9984.
- Reininghaus U, Jamieson-Craig T, Gournay K, Hopkinson P, Carson J. (2007). The High Secure Psychiatric Hospitals' nursing staff stress survey 3: identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Personal Individ Differences.* 2007;42:397-408.
- Rafeea F, Al Ansari A, Abbas EM, Elmusharaf K, Abu Zeid MS. (2017). Violence toward health Workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. *Open Access Emerg Med: OAEM.* 9:113–121. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S147982>.
- Raveel A, Schoenmakers B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open.* <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>.
- Richardson, S. K., Grainger, P. C., Ardagh, M. W., and Morrison, R. (2018). Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under- appreciated. *The New Zealand medical journal,* 131(1476), 50–58.
- Sabatelli G, Guzzo A, Musolino M, Silvestri A, Casertano L, Feola A, Tonino ML; Parmigiani G, Sacco A, Treglia M. Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori Sanitari; Centro Regionale Rischio Clinico: Lazio, Italy, 2021.
- Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. (2019). Perception of workplace violence in the emergency department. *J Emerg Trauma, Shock.* 12(3):179–184. https://doi.org/10.4103/JETS.JETS_81_18.
- Saragih ID, Tarihoran DETAU, Rasool A, Saragih IS, Tzeng HM, Lin CJ. (2022). Global prevalence of stigmatization and violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh.* 2022 Jul 12;10.1111/jnu.12794. doi: 10.1111/jnu.12794.
- Schaller A, Klas T, Gernert M, Steinbeißer K. (2021). Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and home-based long-term care in Germany: A systematic review. *PLoS One.* 2021 Nov 18;16(11):e0260050. doi: 10.1371/journal.pone.0260050.
- Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. (2019). Aggression to health care personnel in Spain: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica.* 2019 Oct 2;93:e201910097.
- Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. (2017). Violence against physicians and nurses in a hospital: how does it happen? A mixed-methods study. *Israel J Health Policy Res.* 6(1):59. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0183-y>.
- SIA (Security Industry Association), IAHSS (International Association for Healthcare Security and Safety). Mitigating the risk of workplace violence in healthcare settings. 2017.
- Sicora A, Rosina B. La violenza contro gli Assistenti sociali in Italia. Franco Angeli. 2019.
- Spector P, Zhou Z, Che X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment. A quantitative review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:72-84.
- Stowell KR, Hughes NP, Rozel JS (2016) Violence in the emergency department. *Psychiatr Clin N Am.* <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.003>.

- Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, Wang S, Zhang S, Liu W, Duan X, Liu X, Zhang Z, Li L, Fan L. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open* 7(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017182>.
- Taylor JL, Rew L. (2011). A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs.* 2011 Apr;20(7-8):1072-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x. Epub 2010 Sep 15.
- Tian K, Xiao X, Zeng R, Xia W, Feng J, Gan Y, Zhou Y. (2022). Prevalence of workplace violence against general practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2022 May;37(3):1238-1251. doi: 10.1002/hpm.3404. Epub 2021 Dec 17.
- Truman, A., Goldman, M., Lehnman C., Berger, J. and Topp, R. (2013). Verbal abuse of pediatric nurses by patients and families. *Ky Nurse*, 61(1):6-8.
- Tucker JD, Cheng Y, Wong B, Gong N, Nie JB, Zhu W, McLaughlin MM, Xie R, Deng Y, Huang M, Wong WCW, Lan P, Liu H, Miao W, Kleinman A; Patient-Physician Trust Project Team. (2015). Patient-physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: a qualitative study. *BMJ Open* 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008221>.
- U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: *Survey of Occupational – Injuries and Illnesses*, 2000. Washington, 2. DC: DOL, 2001.
- Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, Kaimal R. (2022). Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022 Apr; 31(7-8): 798-819. doi: 10.1111/jocn.15987.
- Vincent-Höper S; Stein M; Nienhaus A; Schablon A. Workplace Aggression and Burnout in Nursing—The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 3152.
- Wang N, Wu D, Sun C, Li L, Zhou X. (2018). Workplace violence in county hospitals in eastern China: risk factors and hospital attitudes. *J Interpersonal Violence.* <https://doi.org/10.1177/0886260518792242>.
- World Health Organization WHO (2016) Attacks on health care. <https://www.who.int/activities/responding-to-attacks-on-health-care>. Accessed 10 Jan 2023.
- World Health Organization (WHO). Workplace violence in the health sector. Country case studies. Di Martino V (ed). World Health Organization, Ginevra. 2002.
- World Health Organization (WHO). Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector. 2002
- Wong AHW, Combellick J, Wispelwey BA, Squires A, Gang M. (2017). The patient care paradox: an interprofessional qualitative study of agitated patient care in the emergency department. *Acad Emerg Med* 24(2):226–235. <https://doi.org/10.1111/acem.13117>.
- WorkSafe BC. Preventing violence in health care. Five steps to an effective program. 2005.
- Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, Shehzad MU, Khan UR, Jamali S, Razzak JA. (2013). Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med* 45(5):761–772. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.049>.
- Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 2010;19:2329-41.

Principali acronimi contenuti nel testo

- AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali)
- ANAAO ASSOMED (Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri – Associazione Medici Dirigenti)
- ANMI-FEMEPA (Associazione Nazionale Medici INPS – Federazione Medici Pubbliche Amministrazioni)
- CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine degli Assistenti Sociali)
- CNOP (Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi)
- CRGRS (Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario)
- CRI (Croce Rossa Italiana)
- CRRC (Centro Regionale per il Rischio Clinico), equivalente a CRGRS
- ECM (Educazione Continua in Medicina)
- FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)
- FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)
- FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici e Odontoiatri)
- FNOPI (Federazione Nazionale Ordine Professionale degli Infermieri)
- FNOPO (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica)
- FNO TSRM e PSTRP (Federazione Nazionale Ordini Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione)
- FNOVI (Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)
- FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani)
- FP CGIL (Funzione Pubblica della Confederazione Generale Italiana del Lavoro)
- FVM (Federazione Veterinari Medici)
- GTISSL (Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro)
- INAIL (Istituto nazionale per l’assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)
- Nursind (Sindacato delle Professioni Infermieristiche)
- ONBP (Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella sanità)
- ONSEPS (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie)
- SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità)
- SIMEU (Società Italiana Medicina d’Emergenza-Urgenza)

PAGINA BIANCA

A cura di:

Dott.ssa Grazia Corbello

Direttore Ufficio 3 - Personale del Servizio Sanitario Nazionale
Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario
Nazionale

Dott.ssa Marcella Bugani

Dott. Roberto D'Elia

Dott.ssa Alessandra Di Pumbo

Dott. Francesco Gilardi

onseps@sanita.it