

- L.R. 15/2020 -
SURVEY SULLA SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO DEL SSR
LOMBARDO

Struttura Controllo Accessibilità
Direttore di Struttura **Maristella Moscheni**

17 dicembre 2021

Sommario

1. INTRODUZIONE	3
2. FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO E RUOLO DI ACSS.....	5
3. VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI: STATO DELL'ARTE E LA SURVEY	6
4. METODO E STRUMENTI	7
5. DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO "tassonomia di vincent"	9
6. RISULTATI	10
7. RISULTATI ANALISI QUALITATIVA ATTRAVERSO LA "TASSONOMIA DI VINCENT"	14
8. CONCLUSIONI e SVILUPPI FUTURI	22

1. INTRODUZIONE

Il fenomeno della “*violenza negli ambiti lavorativi derivante da terzi*” è in costante aumento ed il comparto sanitario è uno dei settori maggiormente coinvolto.

La violenza nei luoghi di lavoro è ormai riconosciuta, sin dal 2002, come un importante problema di salute pubblica nel mondo: **World Health Organization** (2002) la definisce, infatti, come “*l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione*”.

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: “Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro”.

Per “**atti di violenza**” si considerano TUTTE le seguenti forme:

1. violenza fisica, intesa a danneggiare o ferire
2. violenza verbale, intesa a offendere o denigrare
3. molestie, anche di tipo sessuale
4. danni a cose.

Tabella 1: Work Safe Victoria

Tipologia di agito	Dettaglio
Aggressione estrema	Attacco con uso di arma, attacco con risultante la morte
Aggressione severa	Attacco con risultante lesioni severe. Ripetuti calci e pugni
Aggressione fisica	Specifiche azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, stratonare, pungere
Aggressione fisica minore	Attacchi fisici con risultante lievi lesioni
Minacce, intimidazioni	Specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media
Aggressioni verbali	Insulti, minacce non specifiche dirette allo staff
Aggressioni verbali minori	Disaccordo, voce alterata

Il Ministero della Salute, in merito all'applicazione della **Raccomandazione n. 8** del Novembre 2007 “**Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**” ha fornito una successiva nota “*Misure per garantire la sicurezza degli operatori sanitari nelle strutture sanitarie*” dell'8 maggio 2018, al fine di favorire l'auspicata integrazione di tutte le azioni tese al presidio di questo specifico rischio lavorativo ed incoraggiare, pertanto, l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e soprattutto adottare iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private, pertanto, sono tenute a mettere in atto interventi di prevenzione della violenza che comprendano un insieme di azioni integrate con tutti i sistemi di gestione del rischio aziendale (Risk Management, RSPP, Medico Competente, ecc.), che troveranno specifico sviluppo in un "piano aziendale" che tenga conto dei fattori di rischio che variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

Nello stesso piano dovranno essere favorite iniziative che miglioreranno il sistema di segnalazione delle stesse (ad es. incident reporting) e la segnalazione e la gestione degli eventi sentinella all'interno del gestionale SIMES. Risulta utile precisare che, secondo il Glossario del Ministero della Salute (2006), è considerato evento sentinella *"l'evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"*; sono pertanto definiti eventi sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio mal funzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente.

Nell'ambito delle 16 categorie di eventi sentinella definite dal Ministero della Salute per il monitoraggio dell'errore umano in sanità, trovano spazio gli **Atti di violenza a danno di operatore (evento sentinella n. 12)**, per i quali vale la definizione di cui al Glossario ministeriale sopra richiamato con trasferimento dell'effetto da paziente ad operatore.

Per questa categoria di eventi il Ministero ha previsto, infatti, un flusso informativo dedicato –SIMES, la cui sperimentazione è stata avviata nel 2005 per approdare, mediante decreto nazionale, all'obbligo per tutte le organizzazioni sanitarie (strutture pubbliche e private a carattere di ricovero e cura) di segnalazione degli eventi sentinella nel 2009.

Attraverso il SIMES il Ministero elabora i Rapporti di monitoraggio degli eventi sentinella. Ogni struttura sanitaria, inoltre, registra gli eventi da agito violento nell'ambito dell'Incident Reporting, che contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori indipendentemente dall'effetto procurato.

In ultimo, quando l'agito violento si verifica in occasione di lavoro, deve essere attivata la denuncia di infortunio sul lavoro ai sensi del D.P.R. 1124/65 con compilazione del primo certificato di infortunio.

Anche il Sub Allegato C della DGR Lombardia XI/1986del 23/07/2019 *"Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"* prende in esame il fenomeno fornendo indicazioni di comportamento e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare tale fenomeno.

Infine, anche la **Legge Regionale Lombardia n. 15/2020** è volta a contrastare e a prevenire il preoccupante fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari e sociosanitari ed il suo ambito di applicazione comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS) e l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), come da Art. 1 comma, 2.

Tutto il fermento normativo intorno a questo fenomeno permette immediatamente di comprendere l'importanza di agire in maniera coordinata con le Strutture del SSR e gli organi di Governo Regionale e Nazionale al fine di poterlo conoscere, definire, misurare, gestire e contrastare in maniera efficace prevenendo, soprattutto, i danni agli operatori sanitari che operano all'interno di tutto il panorama sanitario.

2. FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO E RUOLO DI ACSS

La violenza verbale e fisica contro gli operatori sanitari rappresenta un fenomeno emergente e sottostimato. Gli episodi di **aggressione contro il personale del SSN costituiscono eventi sentinella**, in quanto segnali di situazioni di rischio o vulnerabilità, e hanno un forte impatto sulla sicurezza del luogo di lavoro e delle cure che andrebbe affrontato sia in termini di prevenzione sia di contenimento con adeguate misure, come previsto dalla **raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Salute**.

Purtroppo, al momento, il monitoraggio indiretto degli agiti aggressivi attraverso l'analisi degli eventi sentinella, però, non risulta efficace in quanto il fenomeno viene sottostimato. A livello nazionale viene pertanto approvata la **Legge 113 del 14.08.2020** istituisce **"le disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"**.

Anche il Sub Allegato C della **DGR Lombardia XI/1986 del 23/07/2019 "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"** prende in esame il fenomeno fornendo indicazioni di comportamento e metodologie di analisi al fine di poter prevenire e contrastare tale fenomeno.

Il **30 giugno 2020** il Consiglio Regionale Lombardia ha approvato all'unanimità la **Legge Regionale n. 15/2020** sul contrasto e la 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).

La norma pone in capo all'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) il **monitoraggio degli episodi di violenza** commessi ai danni del personale del SSR, nonché funzioni di attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida.

Nello specifico, **all'art. 5, comma 1** "il controllo sull'applicazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, secondo le regole di sistema, è svolto dall'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo a cui spetta:

- a) **monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;**
- b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
- c) monitorare l'attuazione delle linee guida.

L'Agenzia predispone una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta regionale e al Consiglio regionale”.

A tal fine la LR 15/2020 dispone nell'art.3, comma 3, venga “istituito un **Tavolo tecnico** con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con **funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle stesse linee guida**”, che deve essere confermato con decreto dirigenziale ed è composto da:

- a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
- b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;
- c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
- d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;
- f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

ACSS risulta pertanto impegnata sia nell'attività consultiva (e relativa analisi dell'applicazione) delle Linee Guida riguardanti tale fenomeno all'interno del SSR sia nell'istituzione e partecipazione ad un Tavolo Tecnico appositamente predisposto: al fine di poter svolgere al meglio l'incarico affidatogli dalla norma ACSS deve intraprendere, in prima istanza, attività svolte all'analisi conoscitiva ed all'analisi del fenomeno degli agiti aggressivi a danno dei professionisti operanti all'interno di tutto il SSR.

3. VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI: STATO DELL'ARTE E LA SURVEY

Come riportato dalla **Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8/2007**, una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense, indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3/10.000 contro un valore di 2/10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato.

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

Nel 2013 l'INAIL ha indennizzato 4000 infortuni causati da “aggressione o violenza da parte di estranei”, di questi quasi un terzo del totale (1200) sono avvenuti nella Sanità e di questi il 71% (851 casi) ha interessato la componente femminile. Nel 5^a rapporto sul monitoraggio degli eventi sentinella a cura del Ministero della Salute, l'evento “*atti di violenza a danno di operatore*” rileva un totale di 165 episodi, pari all' 8.6% di tutti gli eventi segnalati.

il 20 febbraio 2020 la DGW Lombardia ha avviato una prima Survey che, a causa della gestione dell'emergenza Covid, non ha avuto successivo feedback non riuscendo, purtroppo, a costituire una prima base di dati per un'analisi conoscitiva del fenomeno.

Sulla scorta di questa precedente Survey della DG Welfare di Regione Lombardia e delle indicazioni normative in materia di prevenzione e gestione del rischio, è stata predisposta una nuova Survey per raccogliere dati sui **numeri degli episodi di violenza** negli anni 2019 e 2020 e sulle **misure preventive e contenitive** attivate nell'ultimo triennio. Il questionario è stato sottoposto all'attenzione di un gruppo di lavoro costituito da Risk Manager e RSPD delle ATS che lo ha revisionato.

La versione finale 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.

L'obiettivo di questo primo monitoraggio è iniziare a conoscere l'entità del fenomeno all'interno della Regione e raccogliere tutti i possibili spunti di intervento, da discutere in seguito con le ATS, iniziando a creare, inoltre, una **cultura della segnalazione** secondo criteri più omogenei non essendo ancora presenti sistemi di rendicontazione molto precisi e diffusi.

La Survey è stata inoltrata il **20 agosto 2021** alle ATS, che hanno offerto massima collaborazione nella diffusione del link del questionario che è rimasto attivo fino al **30 settembre 2021**.

4. METODO E STRUMENTI

il Sub Allegato C della DGR Lombardia XI/1986 del 23/07/2019 "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio" considera tutti gli atti di violenza a danno degli operatori che si verificano in occasione di lavoro, indipendentemente dalla volontarietà dell'aggressore e dalla tipologia/gravità delle lesioni conseguenti.

Al momento sono presenti flussi di dati che permettono un'analisi indiretta degli agiti aggressivi ma questi ultimi, come presente in tabella, posseggono diversi limiti in quanto vengono segnalati solamente episodi realmente gravi e/o invalidanti che rappresentano la sola punta dell'iceberg del fenomeno. All'interno del flusso degli eventi sentinella (SIMES) vengono segnalati esclusivamente episodi che hanno comportato morte o grave danno al professionista, nel flusso INAIL solo gli episodi che hanno comportato infortuni con prognosi superiore ad una giornata ed il flusso dell'incident reporting è strettamente collegato alla sensibilità dell'operatore in merito alla segnalazione spontanea.

tabella 2 – i sistemi informativi

SISTEMA INFORMATIVO	SOGGETTO SEGNALATORE	LIMITI	VANTAGGI
SIMES	Operatore sanitario (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale)	Segnalazione solo se danno grave o morte	Dato corredato delle misure correttive attuate o previste dalla organizzazione sanitaria – flusso nazionale
INCIDENT REPORTING	Operatore in sanità (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale e dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo)	Risente del livello di sensibilizzazione attuato dalla struttura sanitaria	Dato potenzialmente completo di dettagli
INAIL	Lavoratore in sanità (indipendentemente dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo MA riconducibile a definizione di lavoratore ai sensi dell'art. 2 D. Lgs 81/08)	Segnalazione solo se danno	Flusso informativo nazionale e strutturato su tutti i settori di impiego

Allo stato attuale ci si rende conto che sono pertanto presenti fonti normative ed informative che potrebbero dare una stima della reale portata del fenomeno degli agiti aggressivi ma come questi non risultino esaustivi in quanto danno evidenza esclusiva dei casi gravi lasciando il fenomeno ancora sommerso e sottostimato.

Le fonti informative attualmente utilizzabili potrebbero essere:

- Raccolta dati relativi ai casi segnalati dai lavoratori (Incident Reporting)
- Casistica relativa agli infortuni da violenza/aggressione
- Casistica eventi sentinella in SIMES
- Esiti della sorveglianza sanitaria applicata dal medico competente
- Risultati della Valutazione del rischio Stress Lavoro-correlato
- Somministrazione di "questionario individuale" ai lavoratori relativo agli eventi subiti e osservati e la loro percezione
- Approfondimenti con i lavoratori (es. Focus Group) o con gli RLS

Partendo dal concetto di "risk analysis", che prevede di conoscere realmente l'entità di un fenomeno e l'impatto che esso porta con sé, sulla scorta di una precedente Survey della DG Welfare di Regione Lombardia e delle indicazioni normative in materia di prevenzione e gestione del rischio, è stata predisposta una nuova Survey per raccogliere dati sui **numeri degli episodi di violenza** negli anni 2019 e 2020 e sulle **misure preventive e contenitive** attivate nell'ultimo triennio.

Il questionario, redatto attraverso lo strumento "Google Moduli" è stato sottoposto all'attenzione preliminare di un gruppo di lavoro, costituito da Risk Manager e RSPP delle ATS che, insieme alla SC Controllo Accessibilità di ACSS, lo ha revisionato apportando alcune modifiche.

La versione finale si compone di due macro-sezioni: una indirizzata ad ASST, ATS, AREU, IRCCS pubblici, strutture private accreditate e strutture socio-sanitarie, ed una indirizzata ai Medici di Assistenza Primaria.

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 prevedeva la necessità di compilare campi relativi alla presenza/assenza di registri degli episodi di violenza e la sensibilità verso il fenomeno attraverso la predisposizione di Gruppi di Lavoro, 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.

Un'ulteriore sezione riguardava, invece, una serie di domande aperte circa segnalazioni in merito all'argomento, spunti di miglioramento, necessità dei professionisti ed opinioni in merito al fenomeno oggetto di analisi facendo presente, infatti, che questa Survey rappresentava un primo monitoraggio e che sarebbe continuata nel corso del tempo.

La Survey è stata inoltrata il **20 agosto 2021** alle ATS, che hanno offerto massima collaborazione nella diffusione del link del questionario che è rimasto attivo fino al **30 settembre 2021**.

I dati numerici sono stati analizzati con misure descrittive (medie e frequenze) ed è stato, inoltre, approfondito il tema delle differenze di genere calcolandone il **Rischio Relativo**.

I dati qualitativi sono stati invece analizzati e stratificati attraverso la **Tassonomia di Vincent**.

5. DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO "TASSONOMIA DI VINCENT"

La Tassonomia di Vincent (modificata) è stata utilizzata per analizzare i numerosi commenti e suggerimenti provenienti dai compilatori.

Dopo aver raccolto, infatti, un gran numero di opinioni, segnalazioni, suggerimenti ed alcune criticità queste sono apparse, ad un primo esame, molto disomogenee e dispersive ma decisamente interessanti al fine del proseguimento dell'analisi del fenomeno degli agiti aggressivi nel corso degli anni ma, soprattutto, per meglio comprendere le richieste dei professionisti, lo stato attuale della gestione di tale fenomeno e gli spunti per poterlo gestire attraverso azioni preventive.

Scopo dell'attività di ACSS non è, infatti, il solo monitoraggio del fenomeno ma anche l'analisi dell'applicazione delle Linee Guida inerenti allo stesso e, soprattutto, proporre azioni ed interventi innovativi e migliorativi al fine di gestirlo e prevenirlo.

Risulta pertanto fondamentale analizzare i dati quantitativi rilevati, andando al cuore ed al significato di ogni risposta, e di "riordinare" le informazioni in aree di cause e fattori contribuenti al fine di fornire una documentazione chiara e di facile consultazione, condivisione e presa in carico.

La TASSONOMIA DI VINCENT (modificata) permette pertanto un'analisi approfondita e la RACCOLTA DEI DATI IN FORMA DI MATRICE DELLE RESPONSABILITA' permette di stabilire chi si potrà prendere carico delle segnalazioni.

1 - Fattori organizzativi e gestionali	2 - Ambiente di lavoro	3 - Team
1-(A) Struttura organizzativa (gerarchia)	2-(A) Gestione - Facilità di conduzione e revisione della gestione complessiva	3-(A) Comunicazione verbale - tra personale giovane e anziano
1-(B) Politica aziendale, standard, obiettivi - Mission e obiettivi	2-(B) Struttura e progettazione - gestione della manutenzione	3-(B) Comunicazione scritta - incompleta/assente (es. risutati degli esami diagnostici)
1-(C) Diffusione e implicazione dei rischi	2-(C) Controllo di eventi fisici ambientali (temperatura, illuminazione)	3-(C) Supervisione e richiesta di aiuto - Disponibilità del personale esperto
1-(D) Cultura della safety - permea gli altri processi organizzativi per tutto lo staff?	2-(D) Disponibilità e manutenzione delle attrezzature	3-(D) Congruenza/Coerenza - Stessa definizione dei compiti da parte dei professionisti
1-(E) Risorse e vincoli finanziari	2-(E) Risorse umane - indisponibilità	3-(E) Direzione e Responsabilità - Definizione chiara delle responsabilità
	2-(F) Formazione e addestramento - Influenza della direzione sulla formazione	3-(F) Reazione del personale agli incidenti - Sostegno tra pari dopo un evento avverso
	2-(G) Carichi di lavoro e turnazione - Carico ottimale (mai troppo o troppo poco)	
	2-(H) Tempistiche - ritardi	
4 - Fattori individuali (staff)	5 - Compiti e processi	6 - Caratteristiche dei pazienti
4-(A) Verifica delle competenze: abilità e conoscenze	5-(A) Disponibilità e utilizzo di protocolli - Procedure per rivedere e aggiornare i protocolli	6-(A) Condizioni - complessità
4-(B) Conoscenze e abilità	5-(B) Disponibilità e accuratezza dei risultati degli esami diagnostici - Esami non fatti	6-(B) Lingua e comunicazione
4-(C) Fattori stressanti fisici e mentali (es. l'effetto del carico di lavoro, malattie, sullo stato mentale delle persone)	5-(C) Strumenti per le decisioni - Disponibilità, utilizzo e affidabilità di tipologie specifiche di strumenti	6-(C) Trattamento -Rischi associati alla cura
	5-(D) Progettazione del compito - Può uno specifico compito essere completato in un tempo adeguato correttamente da un operatore preparato?	6-(D) Caratteristiche personali (storia clinica, personale, emotiva)
		6-(E) Relazione tra personale e paziente - Buona relazione operativa

6. RISULTATI

Alla survey hanno aderito AREU, tutte le ATS, tutte le ASST, tutti gli IRCCS privati, 596 strutture private, 619 strutture socio-sanitarie e 1340 tra MMG e PLS. Oltre i numeri, da quanto abbiamo percepito dai numerosi contatti telefonici nel periodo di compilazione, il tema è stato ben accolto da medici e strutture.

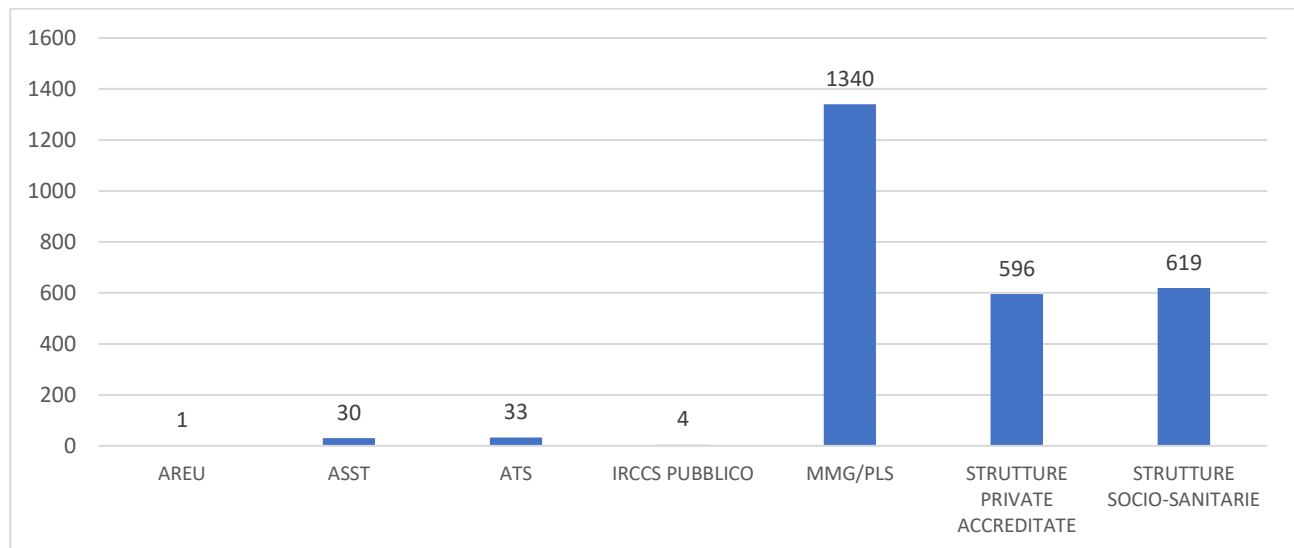


Grafico 1 Distribuzione delle risposte per tipologia di compilatore.

I numeri indicano medie di agiti aggressivi decisamente maggiori per le ASST (90 episodi all'anno) rispetto ai medici e alle piccole strutture socio-sanitarie e strutture private accreditate (7-13 episodi all'anno).

Tuttavia, l'insieme delle aggressioni nella sua totalità, ci mostra un fenomeno diffuso e numeroso all'interno delle realtà territoriali che, oltretutto, hanno dichiarato di non possedere sistemi di segnalazione e gestione del rischio strutturati.

Tipologia	2019	2020	Totale
AREU	33	33	66
ASST	2727	1846	4573
ATS	118	70	188
IRCCS PUBBLICO	113	81	194
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	4067	3050	7117
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	7468	5410	12878
MMG/PLS	10083	7518	17601
Totale complessivo	24609	18008	42617

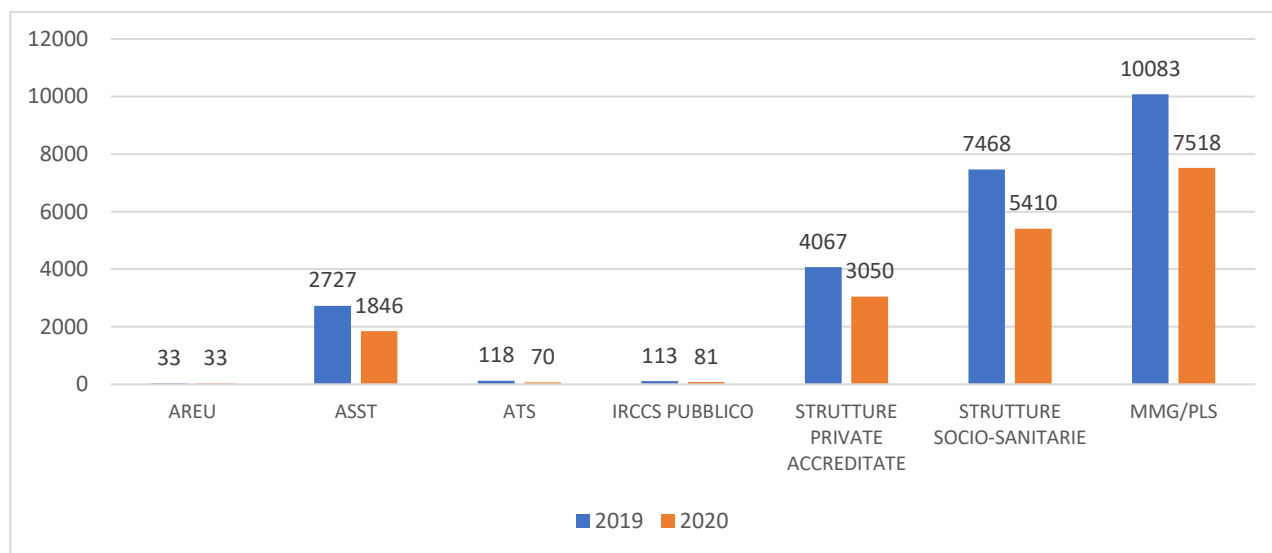


Grafico 2 Totale agiti aggressivi per tipologia di compilatore negli anni 2019-2020.

Tutte le ATS e le ASST hanno attivamente collaborato. Le differenze di volumi di risposta dipendono anche dalla distribuzione delle strutture nel territorio nonché il volume di Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie presenti all'interno delle diverse ATS.

ATS	N
ATS MILANO	933
ATS INSUBRIA	421
ATS MONTAGNA	113
ATS BRIANZA	250
ATS BERGAMO	198
ATS BRESCIA	298
ATS VALPADANA	220
ATS PAVIA	190
Totale	2623

Le tipologie di aggressione più diffuse risultano essere quelle verbali, anche se, in particolare per questa categoria, si ritiene che i dati siano sottostimati.

Come anticipato nei capitoli precedenti si può notare che gli episodi di aggressione estrema e/o severa (che prevedono, pertanto, l'inserimento all'interno del SIMES in quanto considerati eventi sentinella), se analizzati in via esclusiva, sottostimano il fenomeno.

La distribuzione restituita dai compilatori sulla classificazione delle aggressioni ci suggerisce che ci sia spazio di lavoro e formazione.

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

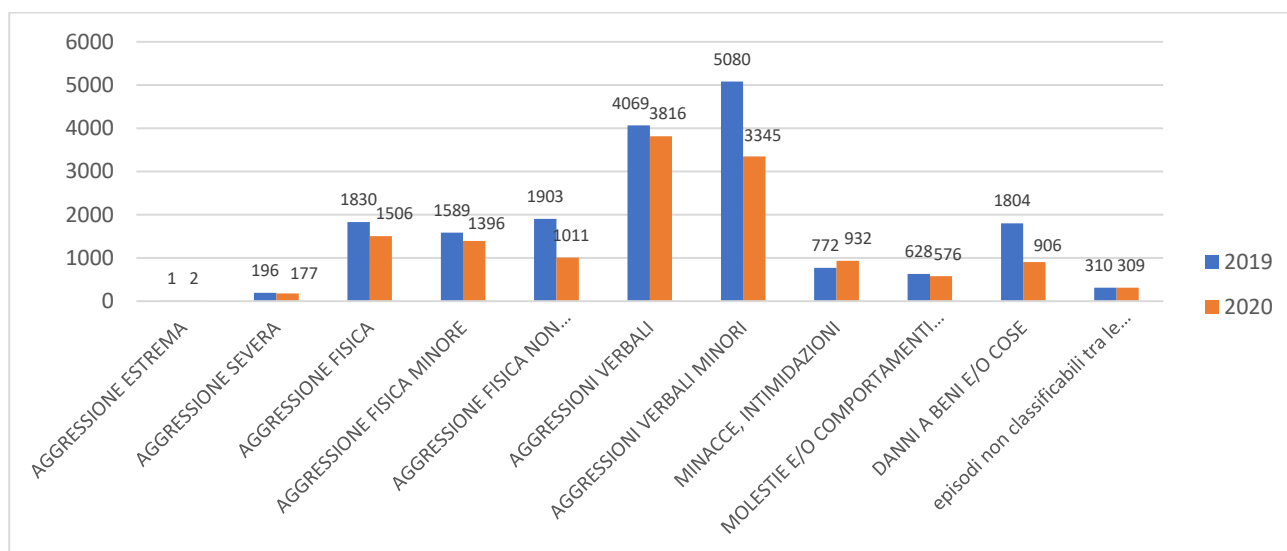


Grafico 3 Totale eventi segnalati dalle strutture per tipologia di aggressione negli anni 2019-2020.

Da questa prima analisi si evincono alcune **caratteristiche peculiari** di alcune Strutture, come ad esempio AREU, che chiede uno strumento dedicato vista la propria attività caratteristica e la sua composizione ed emerge come anche molte Strutture private Accreditate e Socio-Sanitarie monitorino gli eventi in modo da poter avere una chiara visione del fenomeno e come richiesto dall'impianto normativo preso precedentemente in esame.

I dati relativi ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta fanno riflettere in quanto, pur manifestando un particolare interesse e disagio nei confronti del fenomeno degli agiti aggressivi, questi professionisti non posseggono un sistema di raccolta e la numerosità delle aggressioni subite viene principalmente affermata attraverso la sensibilità di ognuno di loro.

Altra importante caratteristica riguarda la differenza di genere relativa ai professionisti sanitari aggrediti anche se, questo dato, non risulta standardizzato per la numerosità campionaria del personale di sesso maschile e/o femminile operante all'interno del SSR.

Tipologia	DONNE	UOMINI	Totale
AGGRESSIONI FISICHE	4450	1619	6069
AGGRESSIONI VERBALI	7230	3358	10588
MOLESTIE	643	154	797
Totale complessivo	12323	5131	17454

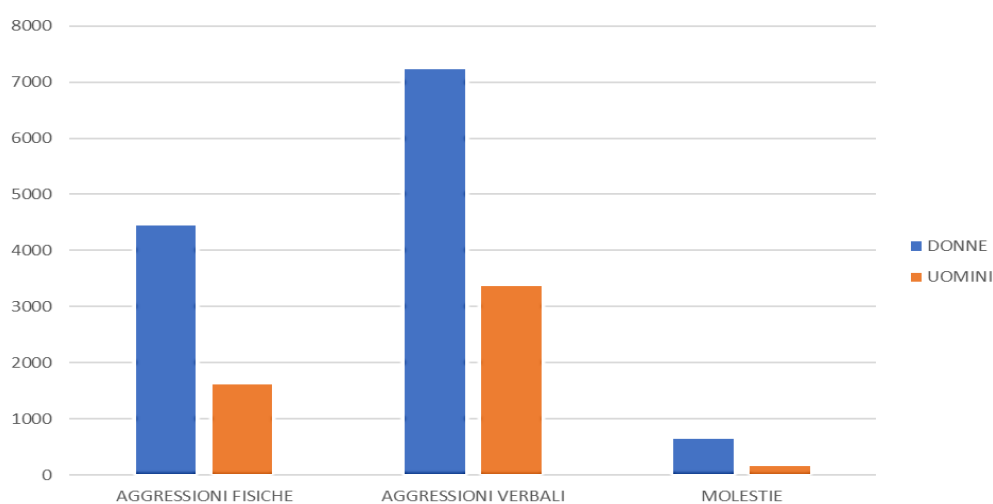


Grafico 4 Totale eventi per genere e per macro-tipologia di aggressione (totale per il biennio 2019-2020).

Come si evince dal Grafico 4, le donne subiscono maggiormente episodi di violenza/molestie/aggressioni fisiche-verbale ma sono anche le principali figure operanti nel panorama assistenziale.

Per ottenere un risultato che tenesse conto della distribuzione del genere nell'ambiente sanitario, abbiamo utilizzato un dato estratto dal rapporto ISTAT del 6 maggio 2020 sull'occupazione nella sanità pubblica (dati del 2018). Secondo questo documento, la percentuale di personale di genere femminile in sanità è di circa il 67%.

Ipotizzando anche per il nostro campione un 67% di donne sul totale dei dipendenti, abbiamo calcolato il rischio relativo e i relativi intervalli di confidenza sul numero di aggressione nei due gruppi per gli anni 2019 e 2020:

		RR	IC
2019	AGGRESSIONI FISICHE	1,25	(1,22 - 1,27)
	AGGRESSIONI VERBALI	1,02	(1,00 - 1,04)
	MOLESTIE	3,42	(3,29 - 3,57)
2020	AGGRESSIONI FISICHE	1,53	(1,50 - 1,57)
	AGGRESSIONI VERBALI	1,12	(1,10 - 1,14)
	MOLESTIE	1,54	(1,47 - 1,63)

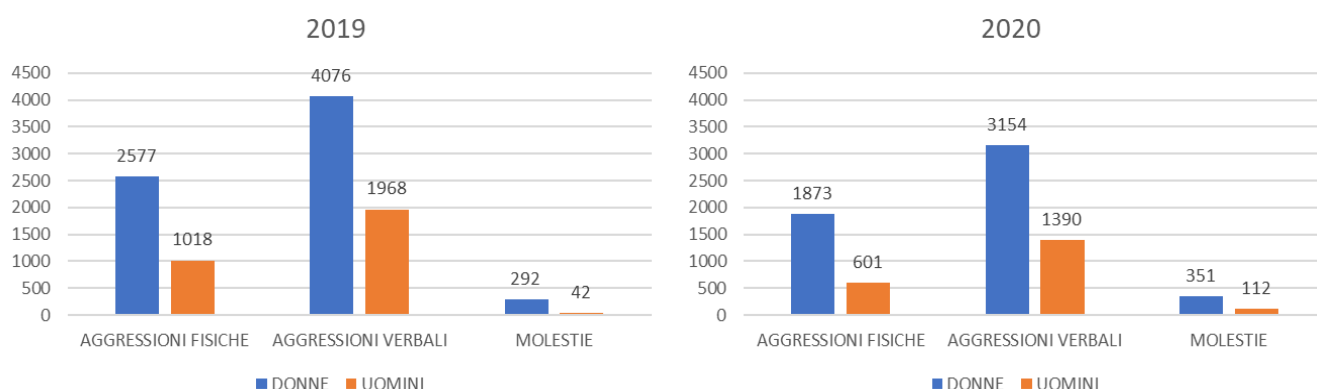


Grafico 5 Totale eventi per genere e per macro-tipologia di aggressione negli anni 2019 e 2020.

Il risultato sembra confermare un rischio maggiore per le donne, soprattutto per quanto riguarda aggressioni fisiche e molestie. Infatti, i dati mostrano un rischio maggiore del 25% per il 2019 e del 53% per il 2020 di subire aggressione fisica per una donna rispetto ad un uomo. Inoltre, una donna nel 2019 aveva quasi 4 volte un rischio maggiore di subire molestie rispetto all'uomo. Questo divario si riduce nel 2020, dove il rischio per le donne è stato il 54% in più rispetto agli uomini, considerando un generale aumento delle molestie in entrambi i sessi (grafico 5).

Per quanto riguarda le aggressioni verbali, il risultato è sempre sbilanciato a sfavore delle donne, ma con differenze più contenute, con un 12% nel 2020, e che nel 2019 possono essere considerate non significative.

7. RISULTATI ANALISI QUALITATIVA ATTRAVERSO LA “TASSONOMIA DI VINCENT”

Sono state raccolte numerose risposte alle domande aperte proposte all'interno della Survey e queste hanno riguardato nello specifico:

- suggerimenti e/o criticità nei riguardi dello strumento utilizzato (Google moduli) sia inerenti alle domande somministrate;
- spunti di miglioramento e criticità nel vissuto quotidiano diverso dallo scenario presentato dalle ATS/ASST, da AREU, dalle UdO e dai MMG e PLS;
- suggerimenti per future analisi/survey;
- ipotesi di inserimento di “nuovi scenari di violenza” (come la cyberviolenza e le aggressioni a mezzo stampa/internet/social);
- necessità formative, informative, procedurali;
- necessità di uniformare il sistema delle segnalazioni.

Ad ogni domanda sono emersi diversi spunti di analisi e si è deciso quindi di utilizzare lo strumento della Tassonomia di Vincent al fine di stratificare, analizzare, quantificare e valutare il fenomeno che emerge da questa prima analisi in modo da poter operare alcuni interventi correttivi immediati e, soprattutto, preventivi.

In primo luogo, è opportuno sottolineare che le donne hanno espresso un maggior numero di segnalazioni rispetto ai colleghi del sesso opposto ma che, anche questo, non risulta essere un dato stratificato rispetto alla composizione del panorama dei professionisti operanti all'interno del SSR.

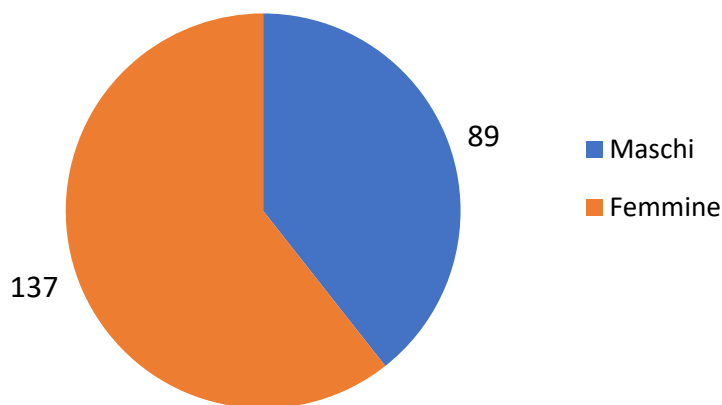


Grafico 6 Distribuzione dei rispondenti per genere.

I professionisti che hanno apportato maggiori contributi qualitativi durante la Survey sono risultati essere i MMG/PLS in forma singola (che hanno manifestato grossi disagi in merito alla sicurezza, specialmente se di genere femminile) ed i MMG/PLS in forma aggregata, seguiti dai Coordinatori UdO (che esprimono la necessità di uno strumento ad hoc e che vedono gli agiti aggressivi come conseguenza diretta della pratica clinica) e dai Risk Manager che risultano molto sensibili rispetto alla tematica.

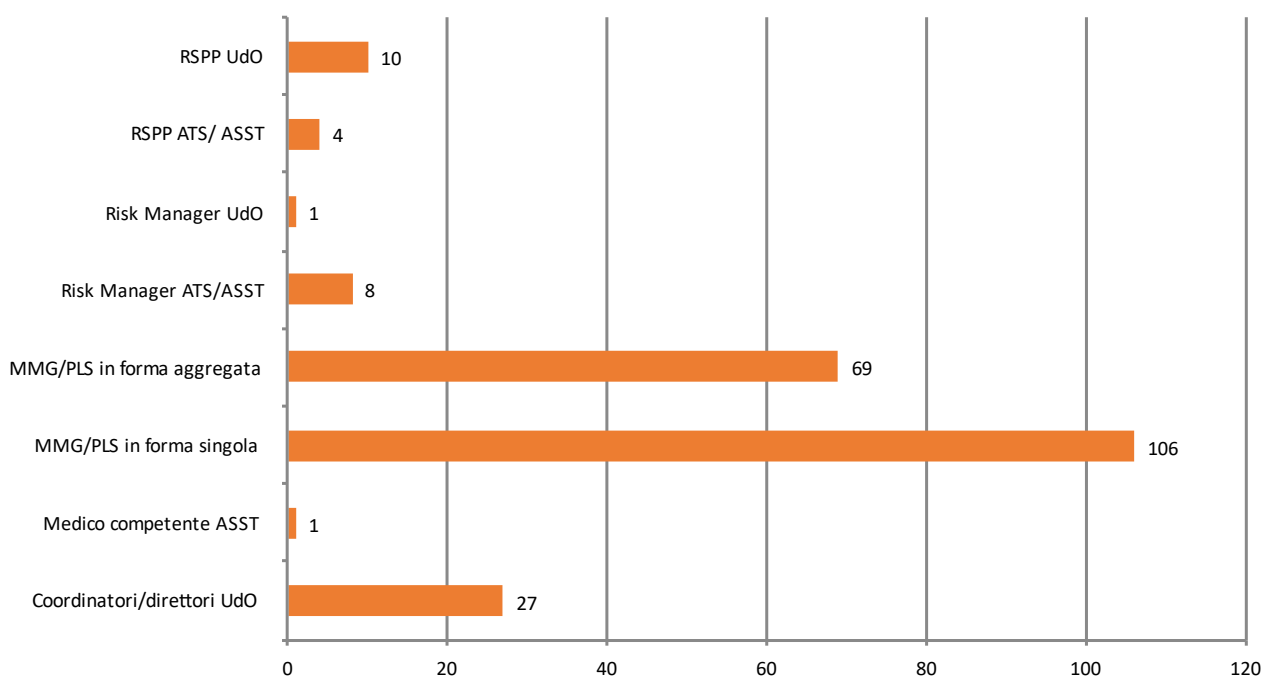


Grafico 7 Distribuzione dei rispondenti per ruolo.

Le categorie della Tassonomia di Vincent sono state tutte prese in esame ed analizzate corredandole con le segnalazioni fornite dai professionisti sanitari nello specifico si evince come:

- **i fattori organizzativi** vengono interessati, principalmente, all'interno delle categorie "struttura organizzativa" e "politica aziendale, indirizzi, obiettivi e mission" in quanto viene sottolineata e richiesta una tutela specialmente per i singoli professionisti (MMG in forma singola in particolare) così come viene avanzata l'istanza di poter avere sia un sistema di sorveglianza sia un contatto diretto con Regione Lombardia/ACSS ed ATS, in merito alla tematica ed alle modalità di intervento in caso di subiti agiti aggressivi. All'interno, invece, della categoria 1b si evidenzia la necessità di prendere in esame la numerosità degli episodi di cyberviolenza che, nell'era digitale, risultano essere molto sviluppati.

Una nota particolare viene espressa dalle UdO che considerano, infatti, gli episodi di violenza a carico degli operatori sanitari come "routinari e legati alla pratica clinica" classificandoli come "normali". Ciò denota una scarsa cultura della safety in quanto, proprio per le caratteristiche di numerosità, gli agiti aggressivi nelle UdO devono essere prevenuti e non considerati all'ordine del giorno.

1 - ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI		FREQUENZA	TOTALE
1a	Struttura organizzativa (inclusa la gerarchica)		
i pazienti sono arrabbiati con il sistema e sfogano la rabbia con i professionisti		6	64
richiesto maggior contatto con RL ed ATS		15	
richiesto servizio sorveglianza		17	
maggiore sensibilità da parte del Ministero della salute		3	
maggiore tutela per singolo medico/evitare studi con un solo medico		23	
1b	Politica aziendale, indirizzi di standard e obiettivi, mission e obiettivi		
inserire violenza di genere		17	61
inserire cyberviolenza (social media) e furto d'immagine		20	
maggiore sensibilità verso il fenomeno		15	
inserire violenza verbale/telefonica		9	
1c	Diffusione e implicazione dei rischi		
sensibilizzare sul fenomeno in maniera capillare		14	14
1d	Cultura della safety e diffusione e implicazione dei rischi		
UdO considerano il fenomeno "normale"		33	49
le aggressioni sono "all'ordine del giorno" e routinarie		9	
vulnerabilità in quanto donne		7	
1e	Risorse e vincoli finanziari		
/		0	0
TOTALE ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI		188	

- **l'ambiente di lavoro**, all'interno del quale viene posta l'attenzione in merito ai carichi di lavoro e turnazione (specialmente per quanto riguarda i MMG/PLS) poiché, anche in caso di subita violenza, risulta impossibile rimanere a casa in infortunio/malattia così come viene proposta la necessità di registrare anche le telefonate (al fine di evitare episodi di violenza verbale) e dove si evince la necessità di avere degli strumenti condivisi di segnalazione degli agiti aggressivi e di gestione

degli stessi, in modo da poter anche sviluppare momenti di confronto e benchmarking dai quali possano emergere strategie migliorative per la gestione e la prevenzione di tali eventi;

2 - FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE DI LAVORO			FREQUENZA	TOTALE
2a	Gestione - Distribuzione dei ruoli all'interno dello staff e armonizzazione delle competenze (case mix)		45	
disponibilità di strumenti confronto e benchmarking		20		
uniformare gli strumenti		25		
2b	Struttura e Progettazione; disponibilità e gestione della manutenzione delle attrezzature		37	
obbligo videosorveglianza e registrazione audio/video di telefonate		37		
2c	Controllo di eventi fisici ambientali (illuminazione e microclima)		0	0
/				
2d	Risorse umane-indisponibilità		9	9
troppo pazienti per pochi medici				
2e	Carichi di lavoro e turnazione		49	
necessità di lavoro di gruppo e non del singolo		13		
non è possibile fermarci (MMG)		4		
dover cercare il sostituto da solo in caso di malattia		7		
impossibile rimanere a casa in infortunio/malattia		25		

viene inoltre richiesta da più parti la necessità di formazione/informazione da parte di ACSS, Regione Lombardia ed ATS in merito al fenomeno sia per gli esercenti le professioni sanitarie sia per i pazienti creando, per questi ultimi, apposite campagne informative utilizzando strumenti mediatici;

2e	Formazione e addestramento - influenza della direzione sulla direzione		125
formazione specifica UdO		9	
formazione per pazienti e campagne informative/poster condivisi anche utilizzando i media		42	
organizzare corsi di difesa personale		7	
formazione per prevenzione evento aggressivo		9	
formazione da RL, ATS, ACSS (corsi FAD, in presenza, etc)		58	
2f	Supporto amministrativo e gestionale (tempistiche, ritardi e inadempienze)		5
programma/gestionali ATS non funzionano		2	
prenotazioni tamponi Covid difficoltose		3	
2g	Ambiente fisico		9
presenza personale amministrativo in sala d'aspetto		5	
le contenzioni aumentano la violenza del paziente		2	
sala d'attesa indispette i pazienti		2	
TOTALE FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE DI LAVORO		234	

- il **Gruppo di Lavoro ed il Team** viene altrettanto considerato importante in quanto viene richiesto, da tutti i professionisti operanti nel SSR, sia un contatto diretto con Regione Lombardia ed ACSS (che vengono visti come parte del Team) sia con ATS

nonché la possibilità di avere un contatto diretto con le forze dell'ordine aspetto che viene richiesto, principalmente, dai MMG/PLS in forma singola che temono per la propria incolumità non solo durante l'orario di servizio ma anche fuori dal proprio studio o per episodi diretti non solo a loro ma anche ai propri cari.

Viene inoltrata anche la richiesta di uno specifico sostegno professionale a seguito di subito episodio di violenza in modo da poter continuare efficacemente la propria attività clinica e non, come accaduto diverse volte, di non sentirsi più adatto/sicuro nello svolgerla tanto da doverla abbandonare/modificare;

3 - FATTORI LEGATI AL GRUPPO DI LAVORO (TEAM)		FREQUENZA	TOTALE
3a	Comunicazione verbale e tra personale giovane e anziano		
	necessità parere collega maggiormente esperto	2	2
3b	Comunicazione scritta (incompleta, assente, non compresa)		
	la comunicazione scritta tra i diversi professionisti del SSN è assente	2	2
3c	Supervisione e richiesta di aiuto - disponibilità di personale esperto		
	contatto diretto con ATS e RL	6	59
	chiamare direttamente le forze dell'ordine	36	
	contatto con ATS	17	
3d	Congruenza/coerenza - stessa definizione dei compiti da parte dei professionisti		
	Gli specialisti impediscono ai MMG di fare il loro lavoro a causa di mancata condivisione delle attività e delle informazioni	6	6
3e	Direzione e responsabilità - definizione chiara delle responsabilità		
	necessità di definire meglio i compiti e le attività dei MMG per evitare episodi di violenza	7	7

3f	Reazione del personale agli incidenti - comunicazione - sostegno dopo un evento		
	timore di episodi di violenza verso parenti operatore	10	73
	paura di violenza fuori dall'ambulatorio	8	
	dare sostegno ai medici attraverso sportello dedicato	24	
	interventi psicologici post evento	11	
	nessuno valuta stress lavoro correlato e dopo aggressione	9	
	abbandono da parte di medico/altro professionista dopo aggressione	7	
	psicologicamente avviliti dopo aggressione	4	
TOTALE FATTORI LEGATI AL TEAM/GdL			149

- **i fattori umani** vengono relativamente interessati dall'analisi qualitativa, svolta grazie all'impiego della Tassonomia di Vincent, in quanto viene richiesta esclusivamente la valutazione dello stress lavoro correlato anche per i MMG/PLS ed il sostegno psicologico a seguito degli eventi derivanti dall'emergenza Covid;

4 - FATTORI UMANI (STAFF)		FREQUENZA	TOTALE
4a	Verifica delle competenze: abilità e conoscenze	2	2
il medico può sbagliare ed il paziente diviene aggressivo			
4b	Conoscenze e abilità	5	5
non ci si sente preparati nella gestione del paziente aggressivo			
4c	Motivazione e atteggiamento	2	6
rendersi più disponibili nei confronti del paziente			
attenzione alle minacce subite dai colleghi		4	
4d	Fattori stressanti fisici e mentali (esempio: effetto del carico di lavoro, malattie, stato dell'integrità fisica e mentale)	12	21
valutare lo stress lavoro correlato MMG			
sostegno psicologico per emergenza Covid		7	
valutare integrità mentale professionisti		2	
TOTALE FATTORI UMANI/STAFF		34	

- le **procedure ed i processi** vengono presi in enorme considerazione dai professionisti che richiedono a gran voce supporti informatici/piattaforme/link condivisi per la raccolta delle segnalazioni così come protocolli/procedure inerenti agli agiti aggressivi e relative specifiche indicazioni sulle modalità di azione. Vengono inoltre richieste modalità di definizione inerenti alla riacusazione del paziente e strumenti informatici a supporto del professionista a seguito di evento aggressivo;

5 - PROCEDURE, COMPITI E PROCESSI			
5a	Disponibilità e utilizzo di protocolli - Procedure per rivedere e aggiornare i protocolli	FREQUENZA	TOTALE
misure e protocolli condivisi in merito all'argomento		52	135
modulo/link/database/supporto informatico/modulo/piattaforma di raccolta delle segnalazioni		70	
fornire specifiche indicazioni/protocolli su come agire		13	
5b	Disponibilità e accuratezza dei risultati degli esami diagnostici	0	0
/			
5c	Definizione dei compiti e chiarezza dei processi	38	38
comprendere e definire maggiormente le modalità di ricusazione del paziente (migliorare la tempistica			
5d	Strumenti per le decisioni - Disponibilità, utilizzo e affidabilità di tipologie specifiche di strumenti.	32	60
strumento informatico a supporto del professionista in caso di subita violenza			
utile uno strumento di segnalazione e benchmarking		28	
5e	Progettazione del compito	0	0
/			
5f	supporto nel processo decisionale	13	18
comunicazione diretta con ATS			
poter avere un riferimento in caso di necessità con interlocutori dedicati		5	
TOTALE PROCEDURE COMPITI E PROCESSI		251	

- i **fattori legati al paziente** vengono segnalati poche volte se non dalle UdO che vedono i pazienti dementi, affetti da Alzheimer e/o malattia psichiatriche come necessariamente violenti, a tale scopo devono essere predisposte azioni preventive proprio al fine di evitare agiti aggressivi nei confronti degli operatori viste le caratteristiche psichiatriche dei pazienti a loro affidati;

6 FATTORI LEGATI AL PAZIENTE		FREQUENZA	TOTALE
6a	Complessità e gravità delle condizioni		
	demenza, Alzheimer e patologie psichiatriche rendono il paziente aggressivo	24	24
6b	Lingua e comunicazione		
	A volte comunicazione impossibile con il paziente	3	5
	mediatori culturali a disposizione	2	
6c	Personalità e fattori sociali		
	l'emergenza Covid ha reso più stressati i pazienti	3	3
6d	Trattamento - Rischi associati alla cura		
	/	0	0
6e	Caratteristiche personali (storia clinica, personale, emotiva)		
	/	0	0
6f	Relazione tra personale e paziente - Buona relazione operativa		
	migliorare la comunicazione con pazienti	3	7
	fare corsi di formazione	4	
TOTALE FATTORI LEGATI AL PAZIENTE			39

- i **fattori individuali** vedono protagonisti ancora le UdO che considerano normali le aggressioni proprio per le caratteristiche dell'utenza in loro carico, risulta pertanto fondamentale un'attività di sensibilizzazione di tali Servizi alla tematica oggetto d'esame in modo che tutte le attività di risk assessment possano risultare efficaci;

7. FATTORI INDIVIDUALI (legati all'individualità del personale)		FREQUENZA	TOTALE	
7a	conoscenze e abilità		42	
necessità di conoscere meglio la tematica		9		
7b	competenze			0
/				
7c	Salute fisica e mentale			33
UdO considerano il fenomeno aggressioni "normale" per tipologia utenza				
TOTALE FATTORI INDIVIDUALI		42		

- anche all'interno dell'analisi delle **caratteristiche legate al contesto** viene richiesta una condivisione con Regione Lombardia ed ACSS grazie ad un diretto coinvolgimento e collegamento in vista, inoltre, della problematica legata al contesto regionale in special modo inerente, ad esempio, alle difficoltà legate ai tempi d'attesa.

8. FATTORI LEGATI AL CONTESTO ISTITUZIONALE			
8.a	Contesto economico e regolatore	21	
Il Covid ha reso i pazienti più pretenziosi			4
mancanza di rispetto MMG per problemi legati al contesto regionale (es tempi d'attesa troppo lunghi)			17
8.b	Collegamenti con organizzazioni esterne	35	
richiesta collegamento diretto con Forze dell'Ordine			18
richiesta collegamento con ACSS			17
TOTALE FATTORI LEGATI AL CONTESTO ISTITUZIONALE		56	

Da questa prima analisi qualitativa, svolta attraverso la Tassonomia di Vincent, emerge quindi la necessità di porre interventi mirati al miglioramento dell'ambiente di lavoro (al fine di conoscere meglio il fenomeno e poterlo gestire in maniera efficace attraverso interventi preventivi e reattivi) nonché l'esigenza di redigere/predisporre/fornire procedure che possano aiutare il professionista sanitario nella prevenzione/gestione/reazione degli agiti aggressivi.

TIPOLOGIA FATTORI	FREQUENZA TOTALE
ORGANIZZAZIONE E FATTORI STRATEGICI	188
AMBIENTE DI LAVORO	234
TEAM E GRUPPO DI LAVORO	149
FATTORI UMANI E STAFF	34
PROCEDURE, COMPITI E PROCESSI	251
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	39
FATTORI INDIVIDUALI	42
CONTESTO ISTITUZIONALE	56

Risulta inoltre fondamentale il dialogo diretto tra Strutture Sanitarie/MMG/PLS e Regione Lombardia/ACSS nonché la predisposizione di strumenti condivisi di segnalazione dell'evento aggressivo e di gestione dello stesso in modo da poter usufruire di dati di benchmarking che possano fornire dati utili ai fini della prevenzione di tali eventi.

Da questa prima analisi si evince come alcune strutture (es. UdO) sottostimino gli episodi di violenza classificandoli come diretta conseguenza dalla pratica clinica legata alle caratteristiche cliniche dei pazienti a loro affidati lasciando pertanto emergere la necessità di formare ed uniformare la formazione dei professionisti sanitari in modo da poter garantire una migliore conoscenza del fenomeno garantendo, soprattutto, un'ottima risposta allo stesso.

8. CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

I dati analizzati non ci permettono una risposta esatta sulla diffusione del fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari, perché alcune strutture non possiedono ancora una cultura del rischio legata agli agiti aggressivi (in special modo le UdO e MMG/PLS).

L'analisi della Survey ci fornisce un quadro piuttosto ampio sulle misure di prevenzione e gestione del rischio nelle diverse realtà del territorio lombardo, offrendoci, inoltre, una serie di elementi e informazioni che saranno oggetto di lavoro con le ATS alle quali **ACSS restituirà a breve i dati raccolti in modalità completamente anonimizzata** così come è stato svolto, in via preliminare, all'interno del Network di Risk Management svoltosi nel mese di novembre 2021.

Dalla prima Survey Regionale effettuata si legge, pertanto, come siano numerose le attività da svolgere: alcune sono già state prese in esame da ACSS ed altre verranno pianificate per i prossimi anni.

Emerge la necessità, inoltre, di lavorare al fine di concordare alcuni interventi con Regione Lombardia, unitamente alla presa in carico di alcune segnalazioni di vario tipo (legate, ad esempio, alla differenza di genere ed alcune difficoltà ad essa legate) che alcuni professionisti hanno indicato all'interno della Survey, così come risulta necessaria la predisposizione di strumenti di raccolta condivisi, indispensabili per mettere in atto le linee guida della LR 15/2020, che verranno proposti da ACSS, come azione propositiva al tavolo DGW (non ancora attivato).

Nella logica di prevenzione degli agiti aggressivi risulta **fondamentale l'azione propositiva che ACSS si farà promotrice di presentare alla DGW** presentando, infatti, i dati emersi dalla Survey e fornendo alle strutture sanitarie un metodo di analisi per la gestione di tale rischio, che, per sua peculiare natura, prevede un approccio multidisciplinare.

Proprio perché il modello di valutazione e gestione del rischio da violenza sul luogo di lavoro, per essere efficace, deve prevedere un approccio a "ciclo di controllo" analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. **azione preliminare alla valutazione del rischio** attraverso l'istituzione del gruppo che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione (che potrebbe essere composto dagli Organismi Regionali, DGW, ACSS, ATS... come previsto dalla normativa vigente);
2. **sensibilizzazione dell'organizzazione** favorendo la formazione e l'informazione (come richiesto dai professionisti all'interno dei dati raccolti in fase di analisi qualitativa) ed analizzando il rischio mediante l'elaborazione di un documento di Policy al fine di sensibilizzare in maniera uniforme operatori sanitari e cittadini;
3. **analisi del fenomeno e dei fattori di rischio specifici** attraverso Survey sempre più definite e sensibili come richiesto, ad esempio, dalle UdO e, soprattutto, da AREU che necessiterebbero di strumenti personalizzati alla luce della loro specifica attività nel panorama sanitario lombardo ed al fine, inoltre, di una corretta analisi del fenomeno che, altrimenti, rischia di essere sottostimato;
4. **analisi dei risultati** delle Survey che risulteranno essere sempre più sensibili e specifici;
5. **definizione delle azioni preventive/correttive** attraverso l'individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione che si evinceranno in corso di analisi e che, come durante questa prima analisi, derivano dall'analisi qualitativa;
6. **attuazione del programma di intervento** attraverso la predisposizione di misure formative e mediante la disponibilità di risorse umane/strutturali/materiali/economiche idonee in relazione ai rischi evidenziati in corso di analisi;
7. **monitoraggio costante** mediante la verifica dell'efficacia delle misure adottate;
8. **riesame** attraverso l'aggiornamento e la relativa rivalutazione del rischio in funzione dei dati che emergeranno dalle analisi future.

Interventi e modifiche già apportate da parte di ACSS	• richiesta di condivisione dei dati raccolti ed analizzati (era prevista)
Suggerimenti che ACSS terrà in considerazione per future analisi ai sensi della LR 15/2020	• somministrazione annuale della survey con analisi dell'andamento • redazione di un link di segnalazione degli episodi di violenza/numero dedicato alla segnalazione telefonica (richiesto soprattutto da MMG e PLS) • creazione/redazione di una bozza regionale di registro per gli agiti aggressivi • inserire la "cyber violenza", diffamazione e violenza verbale sui siti dei MMG/PLS/ASST • rendere più "snello" il questionario (questa era una prima analisi) • semplificare domanda sui fattori di rischio degli agiti aggressivi • prevedere un apposito questionario/strumento per UDO, per MMG/PLS e per Strutture Socio Sanitarie e per le dipendenze • inserire raccolta dati per diffamazione e calunnia • prevedere corsi regionali sul tema • programmare aggiornamenti sul tema analizzando quali sono le criticità che fanno sfociare nell'agito aggressivi • prevedere la possibilità di inserire gli anni di anzianità di servizio dei MMG • possibilità di inserire le minacce subite da parte dei colleghi

Spunti di suggerimento per Tavoli di Lavoro Regionali	• prevedere la possibilità di fornire maggiore sicurezza all'interno degli ambulatori degli MMG/PLS • redigere dei poster/remind regionali/ATS per ambulatori e UDO • possibilità per il MMG/PLS di ricusare con maggiore semplicità un paziente violento • interventi educativi per i pazienti
Segnalazioni varie	• «le donne medico sono lasciate sole» • "mancato rispetto da parte del paziente" • "gli adempimenti burocratici sono peggio delle aggressioni" • «non inserisco suggerimenti tanto non verranno prese in considerazione» • "nessun suggerimento tanto i furbi continueranno a fare i furbi" • "sono aumentate le violenze telefoniche" • "fate attenzione alla violenza di genere" • "con il Covid i pazienti sono diventati più maleducati"

In conclusione, dall'analisi dei dati raccolti risulta come **ACSS si farà promotrice**, in sede Regionale, di:

- interventi formativi di cultura del rischio sul tema degli agiti aggressivi (in particolare per le UdO),
- attività di sensibilizzazione nei confronti della cittadinanza,
- collaborazione nella predisposizione di strumenti condivisi di segnalazioni eventi avversi legati al tema della violenza degli operatori sanitari, con particolare riguardo anche ai MMG/PLS,
- predisposizione di procedure/linee guida condivise a livello regionale al fine del contenimento e prevenzione del fenomeno;

impegnandosi direttamente:

- nella presentazione dei dati raccolti nella Survey alla DGW ed ATS,
- in attività di auditing con le ATS,
- nella predisposizione e nel miglioramento dello strumento necessario per la Survey redigendo sezioni ad hoc per AREU e UdO,
- nella periodica somministrazione della Survey a tutte le Strutture afferenti al SSR, nell'analisi dei dati emersi, nella restituzione degli stessi e nel monitoraggio continuo al fine di migliorare il sistema di segnalazione, di monitoraggio e di gestione degli agiti aggressivi e prevenirli in maniera efficace.