

AUDIZIONE

DELLA “COMMISSIONE SULLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI”

DELL’ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI ROMA PRESSO LE COMMISSIONI RIUNITE II GIUSTIZIA E XII AFFARI SOCIALI

Camera dei Deputati

Premessa

Illustri Presidenti e Illustri Componenti delle Commissioni Riunite,
ringrazio per l’invito a partecipare a questa riunione.

La Commissione dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma ha apprezzato molto il vostro impegno per affrontare e risolvere questo gravissimo fenomeno, considerato *“il più importante fattore di rischio per la salute degli operatori sanitari”* dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Italia il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in costante aumento ed è la nuova emergenza sociale (Sossai *et al*, 2017).

Nel 2018 l’INAIL ha segnalato la presenza nel settore sanitario di 3 episodi di violenza al giorno.

Nella Regione Lazio sempre l’INAIL ha rilevato che nel 2017 sono stati 150 i casi di aggressione a medici, infermieri e operatori sociosanitari, che hanno determinato numerosi giorni di malattia. In questi dati non sono compresi gli episodi di intimidazione, le minacce e le molestie senza conseguenze fisiche (www.inail.it).

Tuttavia i dati citati sono sottostimati a causa della sottosegnalazione degli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari (Agenzia Europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, 2017).

Infatti la violenza è definita *“the dark side of the job”*.

In particolare, la violenza psicologica non viene quasi mai segnalata anche se è la forma più diffusa, caratterizzata da frequenti maltrattamenti verbali, quali insulti, umiliazioni, critiche e minacce di violenza fisica.

La Teoria *“Broken Windows”* di Wilson & Kelling, 1982 afferma che ignorare o tollerare i piccoli crimini, può generare fenomeni di emulazione che portano a spirali di violenza più gravi. Quindi, se i maltrattamenti verbali vengono tollerati, i pazienti diventano più aggressivi e violenti (Hesketh *et al*, 2003).

Anche la Teoria Gerarchica delle aggressioni sostiene che la violenza fisica è l'ultimo step in una sequenza di *escalation* che va da uno stato di agitazione alla violenza verbale, alla violenza contro gli oggetti fino alla violenza fisica contro un'altra persona.

Se è vero che la violenza verbale non sempre diventa violenza fisica, è anche vero che è raro che un paziente diventi aggressivo fisicamente, se prima non è stato aggressivo verbalmente.

La Commissione inoltre vuole sottolineare che l'impatto psicologico della violenza non è un problema solo per la vittima, ma anche per gli operatori che assistono all'evento (Gates et al, 2011).

In Appendice sono riportati i risultati dello studio che ho effettuato nel 2017 durante il Dottorato di Ricerca alla Sapienza su “La violenza nei confronti degli operatori sanitari. Diffusione, tipologie e problematiche preventive e d'intervento”.

PROPOSTE PER LA TUTELA DELLA SICUREZZA DEGLI OPERATORI SANITARI

Sicuramente il Disegno di Legge Grillo n. 2117, approvato dal Senato, è un segnale importante, soprattutto perché le aggressioni alle lavoratrici e ai lavoratori non devono più essere tollerate. Ci auguriamo che venga presto approvato dalla Camera, soprattutto per evitare che in futuro Procure della Repubblica possano richiedere di archiviare un'aggressione all'operatore per “particolare tenuità del fatto”. L'episodio è accaduto di recente a Napoli al Pronto Soccorso dell'Ospedale Santobono, dove un infermiere ha riportato la frattura di un dito, dopo essere stato aggredito con sputi e con bastonate. Il fatto che l'aggressione sia stata scatenata da uno stato d'ansia per le condizioni della figlia di 5 anni per la quale l'aggressore chiedeva assistenza ai medici, non può essere un alibi per giustificare la violenza. La violenza non fa parte del lavoro dei medici e degli infermieri e di tutti gli operatori che svolgono un ruolo sociale rilevante nella tutela del diritto alla salute di tutti i Cittadini, garantito dall'art. 32 della Costituzione.

Anche l'importante Associazione per le Malattie Ansia e Depressione (AMAD Onlus) ha dichiarato su Quotidiano Sanità, 2019 che questi fatti non devono più accadere e che la violenza è un attentato alla salute dei Cittadini. L'Associazione nata nel 2005 è impegnata proprio nella prevenzione della salute mentale e nella tutela dei lavoratori “vittime della violenza”.

IN MERITO AL DISEGNO DI LEGGE GRILLO N. 2117

LA COMMISSIONE RITIENE IMPORTANTI:

- Art. 1 Istituzione di un Osservatorio Nazionale sulla sicurezza dei professionisti sanitari e sociosanitari, prevedendo **anche l'inserimento di Associazioni che si occupano di questa problematica, costituite da pazienti e da professionisti, come l'AMAD Onlus;**
- Art. 2 Intervento sull'art. 583 quater c.p. per aggravare le pene per il reato di Lesioni personali gravi o gravissime nei confronti dei professionisti sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni, **con l'inserimento dell'applicabilità anche al di fuori delle strutture sanitarie e sociosanitarie;**
- Art. 3 Inserimento delle Circostanze aggravanti per chi commette il fatto con violenza o minaccia a danno dei professionisti sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni;
- Art. 4 Inserimento della procedibilità d'ufficio per l'Art. 581 c.p. Percosse e l'Art. 582 c.p. Lesioni **con l'applicazione anche a tutte le forme di violenza, compresa la violenza psicologica, a danno dei professionisti sociosanitari nell'esercizio delle loro funzioni, con la tutela legale e la costituzione di parte civile dell'Azienda;**
- L'Istituzione di un Servizio di Vigilanza nelle Aziende dove la violenza è molto diffusa. **I Vigilanti però devono essere adeguatamente formati sul riconoscimento precoce e sulla gestione dei comportamenti violenti ed intervenire a difesa dei lavoratori nei casi di aggressione. Le Forze dell'Ordine devono intervenire solo nei casi di gravi episodi di violenza;**
- Anche l'installazione di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso nelle strutture ospedaliere e territoriali, soprattutto nei servizi isolati o dove gli operatori lavorano da soli, può rendere queste aree più sicure.

Tuttavia l'efficacia di questi provvedimenti è vanificata dalla prevalenza di pazienti con disturbi della condotta correlati all'abuso di droghe, poiché questi pazienti non si preoccupano delle conseguenze dei loro comportamenti.

LA COMMISSIONE DELL'ORDINE PROPONE I SEGUENTI EMENDAMENTI:

- **L'Istituzione di una giornata nazionale “No alla Violenza”, come accade già in Spagna, per sensibilizzare i Cittadini ad una politica per la prevenzione del fenomeno, che condanni e vieti qualunque tipo di comportamento violento;**
- **La promozione di campagne di sensibilizzazione per ricostruire il patto di fiducia tra i medici ed i Cittadini/pazienti e per informare sul ruolo svolto dai professionisti sanitari nella gestione delle criticità e nella presa in carico dei pazienti in Pronto Soccorso;**
- **L'Istituzione nelle Aziende di Registri specifici per la segnalazione delle diverse tipologie della violenza, fisica, psicologica, sessuale e razziale. Nella scheda di segnalazione devono essere riportati tutti i dati dell'aggressore, l'età, il sesso, lo stato civile, la presenza di una malattia psichiatrica o di abuso di sostanze;**
- **L'Istituzione di un Codice Numerico per identificare i pazienti agitati, a rischio di violenza, così come già accade in altri paesi e di aree di attesa differenziate per codice per i pazienti nei Dipartimenti di Emergenza;**
- **L'Art. 4 della Proposta di Legge Bellucci n. 1246 per la promozione di un piano di prevenzione e gestione degli episodi di violenza nei luoghi di lavoro, attraverso un'attenta valutazione dei fattori di rischio strutturali, ambientali, organizzativi, individuali e sociali, che possono determinare e/o aggravare il rischio di violenza.**
- **L'Art. 4 della Proposta di Legge Bellucci n. 1246 per LA PROMOZIONE DI UNA FORMAZIONE OBBLIGATORIA SULLA VIOLENZA NEI LUOGHI DI LAVORO PER GLI OPERATORI SANITARI, AL FINE DI RICONOSCERE PRECOCEMENTE E GESTIRE GLI EPISODI DI VIOLENZA;**
- **L'Art. 1 del Disegno di Legge Russo n. 2004 relativo alla predisposizione di una Relazione Annuale sulla gestione delle aggressioni, sulle cause e sulle soluzioni adottate, può essere un importante deterrente, l'Art. 2 in merito al conseguimento degli obiettivi relativi al programma di prevenzione della violenza per la valutazione della performance dei Direttori Generali e l'Art. 3 che prevede anche sanzioni e premi in merito ai risultati raggiunti sulla gestione del rischio di violenza;**
- **L'Inserimento del rischio di molestie e di violenza nei luoghi di lavoro nel D.Lgs. n. 81/2008 (Testo Unico per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro) in modo che nelle Aziende Sanitarie i Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione includano il**

rischio di violenza nel Documento di Valutazione Annuale dei Rischi sul lavoro ed il Medico Competente durante le visite periodiche valuti gli effetti della violenza sul benessere e sulla salute degli operatori sanitari;

- **L’Inserimento dell’Art. 4 della Proposta di Legge Piastra n. 1067 per la ricollocazione dei presidi ambulatoriali di guardia medica in un ambiente protetto.**

La violenza è predittore di stress e di patologie psicologiche e psichiatriche

Diversi studiosi hanno affermato che la “*violenza sul lavoro*” è associata ad elevati livelli di stress negli operatori (Fernandes *et al.*, 1999; Arnetz & Arnetz, 2001; Lam, 2002; McKenna *et al.*, 2003; Versola-Russo, 2006; Herath *et al.*, 2011; Atan *et al.*, 2012; Woodrow & Guest, 2012; Demir & Rodwell, 2012; Cannavò *et al.*, 2017; Cannavò *et al.*, 2019). Lam 2002 ha osservato che la frequente esposizione degli operatori alla violenza aumenta più del doppio la percentuale di *stress* rispetto ai lavoratori meno esposti. **Le ricerche in Medicina ed in Psicologia del lavoro hanno confermato che la violenza è associata allo Stress, alla Depressione, all’Ansia, alla stanchezza, all’insoddisfazione lavorativa e all’assenteismo (Rogers, 1997; Menckel 2002; Wieclaw, 2006).**

PROPOSTA DI LEGGE PER LA TUTELA DEL BENESSERE E DELLA SALUTE DEGLI OPERATORI SANITARI

La violenza sul lavoro è stata definita come “*tutte le situazioni in cui le persone subiscono maltrattamenti, minacce o aggressioni in situazioni correlate al loro lavoro, incluso il trasporto da e verso il lavoro, che coinvolge una minaccia esplicita o implicita alla loro sicurezza, al loro benessere e alla loro salute* (ICN, WHO, ILO, PSI, 2002).

Quindi bisogna occuparsi non solo della sicurezza ma anche delle conseguenze della violenza sul benessere e sulla salute degli operatori sanitari.

Infatti la violenza è sempre un Trauma, anche nei casi lievi, ed è un importante fattore di rischio predittore di stress e di disturbi psicologici e psichiatrici (Cannavò *et al.*, 2019) soprattutto negli operatori sanitari che operano in ambienti ad alto rischio come i Dipartimenti di Emergenza e le strutture territoriali del SSN come le strutture psichiatriche, i servizi per le tossicodipendenze, i servizi di geriatria, della continuità assistenziale e l’assistenza domiciliare.

È innegabile che l’escalation della violenza sul lavoro abbia ulteriormente intensificato il livello di tensione nella relazione medico-paziente (Ze-lin *et al.*, 2017) e che lo stress, causato dall’esposizione alla violenza, determini conseguenze negative sulla salute dei medici (Sun *et al.*, 2017).

Eppure i medici non chiedono aiuto per il loro stress, si curano da soli, incrementando in tal modo il rischio di soffrire di disturbi psichiatrici.

Di conseguenza, gli interventi per migliorare la relazione medico-paziente e per fornire un supporto psicologico e psichiatrico ai medici sono essenziali per contrastare la loro Ansia e la loro Depressione (Gong *et al*, 2014; Sun *et al*, 2017).

Al riguardo, gli studiosi hanno osservato che la punizione dell'aggressore con pene certe e la possibilità di usufruire di una consulenza psicologica e psichiatrica hanno un ruolo importante nella riduzione dell'associazione tra la violenza e i sintomi depressivi negli operatori aggrediti.

Il fatto che lo stress causato dalla violenza possa trasformarsi in burnout (Griffin, 2010), disturbi psichiatrici (Wang, 2009) e disabilità (Dewa, 2007), sottolinea la necessità di programmare degli interventi efficaci (Dewa, 2011).

Pertanto la Commissione chiede che venga effettuata la prevenzione dello stress, il trattamento ed il supporto psicologico e psichiatrico a coloro che hanno riferito di sentirsi stressati o che sono a rischio di stress, poiché la presenza di conseguenze emotive e psicologiche/psichiatriche e l'insoddisfazione sul lavoro aumentano il rischio di errori, di infortuni e di assenteismo sul lavoro degli operatori sanitari ed incidono sulla riduzione della qualità delle cure per i Cittadini/Pazienti (Gascon *et al*, 2009; Gascon *et al*, 2012).

In sintesi, per garantire la tutela della salute per tutti i Cittadini, come sancito dall'Art. 32 della Costituzione, eliminando l'attuale asimmetria esistente nei confronti dei Cittadini/Lavoratori aggrediti è necessaria:

- **La valutazione del rischio di violenza, del *distress* e della presenza di disturbi psicologici/psichiatrici negli operatori sanitari da parte dei Medici del Lavoro durante lo screening periodico, anche attraverso l'utilizzo di questionari sullo stress percepito e, nel caso della rilevazione di patologie psicologiche e psichiatriche, l'attivazione di una consulenza psicologica e/o psichiatrica con l'eventuale presa in cura;**
- **L'Istituzione di sportelli d'ascolto per i lavoratori "*vittime di violenza*" sul lavoro, garantendo un percorso per il reinserimento lavorativo;**
- **L'Istituzione di Centri pubblici ad alta specializzazione dedicati alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento lavorativo degli operatori sanitari "*vittime di violenza*", che presentino disturbi da stress e/o disturbi psichiatrici.**

In tal modo si tutelano gli interessi pubblici con la conseguente:

- **Riduzione dei costi per l'assenteismo o gli errori, gli incidenti e la demotivazione dei lavoratori, con conseguente aumento della produttività;**

- **Riduzione dei costi delle cure mediche con le relative assicurazioni e polizze;**
- **Promozione del benessere e della salute dell'organizzazione;**
- **Promozione del benessere e della salute dei lavoratori;**
- **Miglioramento del benessere e della salute dei Cittadini;**
- **Miglioramento dell'immagine Aziendale.**

Infine riteniamo importante l'Art. 7 della Proposta di Legge Bellucci n. 1246 che prevede la stipulazione di una polizza di assicurazione, magari quale tutela aggiuntiva da inserire nel D. Lgs. N. 81 del 2008, in favore degli operatori sanitari per la copertura dei danni derivanti da atti di violenza subiti durante lo svolgimento delle loro attività professionali.

Nel Regno Unito, in Canada, in Spagna, negli Stati Uniti e di recente in Francia sono state istituite le cliniche psichiatriche dedicate esclusivamente alla salute mentale dei professionisti del settore sanitario, che sempre più spesso devono combattere contro stress, demansionamento e burnout.

Il dottor Thierry Javelot, psichiatra che lavora nella clinica ha rilasciato la seguente intervista: *“I medici che operano “in prima linea” sembrano particolarmente colpiti: soprattutto medici d’urgenza e medici di famiglia. E le ragioni sono diverse. I medici di Pronto soccorso devono costantemente dimostrare capacità cliniche, tecniche ed empatiche, e affrontare reazioni improvvisate dei pazienti che a volte possono essere anche vendicativi ed aggressivi. I medici di famiglia, invece, hanno un carico emotivo ed organizzativo importante, e si occupano di pazienti nei confronti dei quali si sentono spesso troppo coinvolti. Molti medici e operatori sanitari trascurano la loro salute, possono avere problemi ad ammettere di essere malati, possono sentirsi incompresi o colpevolizzati dai loro colleghi, dai loro pazienti, dai loro superiori. Per questo motivo esprimono spesso il bisogno di ritrovarsi tra di loro: hanno la sensazione di poter essere compresi soprattutto da loro pari. Inoltre, preferiscono essere curati in un luogo dove non rischiano di incrociare i loro pazienti o gli psichiatri ai quali si sono rivolti. Per i professionisti sanitari, questo è uno dei principali ostacoli all’accesso alle cure. La clinica ospita due sale per attività di gruppo, una palestra, una piscina per la balneoterapia e lettini per i massaggi. L’approccio corporeo è molto importante, perché gli operatori della sanità si trascurano molto anche sotto questo aspetto. Ci sono vari gruppi terapeutici: un gruppo per l’ “affermazione di se stessi”, un gruppo “vita in salute” dedicato al sonno, all’alimentazione e alla gestione del trattamento e alcune attività “ricreative” come svolgere delle attività al di fuori dell’orario di lavoro, provando piacere e valorizzazione in modi diversi dal curare gli altri.*

I governi dovrebbero prestare maggiore attenzione alla salute mentale dei professionisti della sanità perché la loro salute mentale pone un problema doppio: da una parte per loro stessi, dall'altra per i loro

pazienti, tenuta in considerazione la potenziale pericolosità di cure dispensate in tali condizioni di stanchezza, o addirittura di problemi cognitivi e comportamentali.

Alcuni trafiletti di cronaca non sono che la punta dell'iceberg che dovrebbe lanciare l'allarme. Visti il tabù che continua ad esistere su questa tematica e l'assenza di una raccolta sistematica dei dati, attualmente non abbiamo la possibilità di valutare l'ampiezza del fenomeno.

Ma effettivamente è compito dei governi rendere possibile questa valutazione, e tirare le conclusioni necessarie in termini di misure da mettere in atto”(Simone Gussoni, NurseTimes, 2019).

Siamo rimasti felicemente sorpresi nel leggere l'intervista del collega psichiatra e ci chiediamo come mai invece in Italia non esista nessuna Clinica psichiatrica per gli operatori sanitari.

Evidentemente lo stigma nei confronti dello psichiatra e della psichiatria è molto forte ed il rischio che chi necessita di cure psichiatriche ricorra alla autosomministrazione di psicofarmaci è molto elevato, così come spesso accade agli operatori sanitari.

Se vogliamo evitare che gli operatori sanitari diventino “i nuovi pazienti”, dobbiamo investire in benessere e salute mentale perché, come ha dichiarato l'OMS, “Non c'è salute senza salute mentale”.

È fondamentale che gli operatori sanitari siano considerati i pilastri del Servizio Sanitario Nazionale, che ci siano le giuste tutele per loro e soprattutto che si ponga attenzione alla loro salute mentale, per il bene dei lavoratori, delle Aziende, dei Cittadini/Pazienti e di tutta la società.

Ci auguriamo che il Disegno di Legge attualmente all'esame della Camera vada in questa direzione e che finalmente anche nel nostro Paese possano nascere realtà simili a quelle già esistenti nel mondo, per tutelare la sicurezza e la qualità della vita dei professionisti sanitari e dei Cittadini/Pazienti.

Nel ringraziarVi per l'attenzione, mi propongo per realizzare un progetto che le Commissioni Riunite abbiano interesse e volontà di perseguire.

Dr. ssa Marina Cannavò

Coordinatore della Commissione sulla Violenza nei confronti degli operatori sanitari dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma

APPENDICE

Ho conseguito il Dottorato di Ricerca in Neuroscienze Clinico-sperimentali e Psichiatria presso l'Università “La Sapienza” di Roma su “La violenza nei confronti degli operatori sanitari.

Diffusione, tipologie e problematiche preventive e d'intervento".

OBIETTIVI E METODI

La ricerca ha studiato il fenomeno della violenza sul lavoro come fattore di rischio per il benessere e la salute degli operatori sanitari dell'emergenza. È stato ipotizzato un modello di intervento multidimensionale per la prevenzione e la gestione della violenza e delle sue conseguenze sulla salute mentale degli operatori.

Lo studio è stato effettuato nel 2017 su oltre 300 operatori sanitari, primari e coordinatori, medici, altri dirigenti, infermieri, ausiliari, tecnici delle professioni sanitarie e amministrativi del Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II Livello e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I di Roma.

La raccolta dei dati è stata eseguita con la somministrazione di questionari creati ad hoc, il Questionario sulla Violenza in Sanità (QVS) ed il Questionario sulla percezione dello stress degli operatori sanitari (SPQR) ed un'intervista svolta singolarmente per ogni partecipante.

RISULTATI

La Diffusione

- Il 96% degli operatori sanitari ha assistito ad almeno un episodio di violenza nei confronti dei colleghi;
- L'87% ha subito direttamente almeno un episodio di violenza;
- Quasi tutti gli operatori sanitari hanno assistito **spesso** alle aggressioni;
- Più della metà ha subito **spesso** dai pazienti e/o familiari;
- Un terzo ha subito aggressioni dai colleghi.

L'intensità del fenomeno è risultata in relazione diretta con:

- a. La qualifica professionale;
- b. Il ruolo ricoperto nell'ambito dell'organizzazione;
- c. Il luogo di lavoro.

Invece si è mostrata indipendente dall'anzianità di servizio.

Chi sono gli Aggressori?

- In un terzo dei casi gli aggressori sono stati i familiari;

- Nel 17% dei casi sono stati i pazienti;
- Nel 30% sono stati i pazienti ed i familiari insieme contro il singolo operatore sanitario.

Questo fenomeno, noto come “*violenza di gruppo*” si è sviluppato nel nostro paese di recente ma è esistente da tempo in Cina.

Nella maggior parte dei casi le problematiche dell’aggressore sono state numerose ma hanno riguardato soprattutto la presenza di disturbi psicologici, di disturbi psichiatrici e l’abuso di droghe, l’eccessiva attesa e le aspettative frustrate dei pazienti e dei loro familiari.

Le Reazioni alla violenza degli operatori sanitari

- Solo la metà degli operatori sanitari ha riconosciuto i segnali precoci delle aggressioni;
- Meno della metà ha bloccato *l’escalation*;
- La modalità singola più frequentemente adottata è stata quella dell’**evitamento** del coinvolgimento in una risposta diretta con l’aggressore;
- Le operatrici sanitarie sono sembrate più incerte rispetto agli operatori sia nel riconoscimento che nella gestione degli episodi di violenza;
- Il 56% non ha segnalato;
- L’89% non ha denunciato le aggressioni.

La maggior parte degli operatori sanitari di entrambi i sessi che ha subito più frequentemente episodi di violenza, ha ritenuto fondamentale la possibilità di partecipare ad un Corso di Formazione Residenziale ad hoc e con personale docente specializzato sul fenomeno per acquisire le competenze necessarie per il riconoscimento precoce e la gestione della violenza.

I Fattori di Rischio

Gli operatori sanitari hanno riferito che la violenza è stata favorita da numerosi fattori:

- **Fattori Strutturali nel 68% dei casi come:**
 - a. La non corrispondenza della qualità organizzativa e strutturale degli ambienti alle aspettative dei pazienti e/o dei loro familiari;
 - b. I tempi di attesa;
 - c. La mancanza di informazioni sulle modalità di fornitura delle prestazioni in emergenza;
 - d. L’accesso senza restrizione di visitatori;
 - e. L’affollamento del reparto.

- **Fattori Organizzativi nel 58% dei casi quali:**

- a. Le aspettative deluse dei pazienti e/o dei loro familiari nei confronti dell'organizzazione;
- b. La carenza di personale;
- c. Le difficoltà di comunicazione e/o collaborazione tra operatori e pazienti.

Le Conseguenze sul benessere e sulla salute degli operatori sanitari

- **Quasi tutti gli operatori sanitari, in particolare le operatrici, hanno riferito conseguenze sulla sfera emotiva:**

- a. L'irritazione;
- b. **La rabbia;**
- c. Il senso d'impotenza;
- d. La delusione.

- **Oltre la metà degli operatori ha riferito conseguenze sulle abitudini lavorative:**

- a. La demotivazione;
- b. La riduzione della performance;
- c. Le assenze dal lavoro.

- **Un terzo degli operatori sanitari ha riferito conseguenze sugli stili di vita:**

- a. L'aumento del consumo di tabacco;
- b. L'aumento dell'assunzione di cibo;
- c. La presenza di disturbi del sonno.

Il 60% degli operatori sanitari, soprattutto coloro che hanno subito frequenti episodi di violenza, ha riferito una riduzione del benessere fisico e psichico:

- a. Ipertensione;
- b. Disturbi gastrointestinali;
- c. Disturbi emotivi;
- d. Stress;
- e. Burnout;
- f. Depressione.

Molti operatori sanitari durante i colloqui individuali hanno riferito di ricorrere alla “terapia fai da te”, con l’autosomministrazione di psicofarmaci come le benzodiazepine e gli antidepressivi senza alcun controllo psichiatrico, per silenziare il loro malessere.

DISCUSSIONE

In merito alle condizioni di lavoro, la maggior parte degli operatori sanitari di entrambi i sessi ha segnalato la presenza di numerosi fattori di rischio a livello ambientale ed organizzativo che favoriscono le manifestazioni della violenza. In particolare, la non corrispondenza della qualità organizzativa e strutturale degli ambienti alle aspettative dei pazienti e/o dei loro familiari, i tempi di attesa e la mancanza di informazioni sulle modalità di fornitura delle prestazioni in emergenza, le aspettative deluse dei pazienti e/o familiari e le difficoltà di comunicazione tra operatori e pazienti.

Tutte le forme di violenza, compresa la violenza psicologica, sono fonte di stress e gli operatori sanitari hanno un rischio molto elevato di ammalarsi di Disturbi Psichiatrici, come il Disturbo da Stress Post Traumatico, i Disturbi d’Ansia ed i Disturbi Depressivi.

L’autosomministrazione di psicofarmaci, in assenza di una diagnosi e di un percorso specialistico con terapie appropriate, rappresenta un serio pericolo per gli operatori sanitari, a rischio di cronicizzare il loro malessere e di diventare “i nuovi pazienti”.

CHI SI PRENDERÀ CURA DEI PAZIENTI SE GLI OPERATORI SANITARI SI AMMALANO?

È quindi fondamentale considerare la violenza un importante fattore di rischio, oltre che per la sicurezza, soprattutto per il benessere e la salute degli operatori sanitari e dei pazienti e approvare una legge che colmi il vuoto normativo esistente nel nostro paese.

Infatti l’unica tutela attualmente esistente è quella del codice penale, grazie al quale la violenza rientra nei reati procedibili, ma soltanto a querela di parte.

Il Ministero della Salute nel 2007 ha emanato la Raccomandazione n. 8 per l'adozione da parte dei datori di lavoro di opportune misure di prevenzione e protezione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari, dalla violenza verbale alla violenza fisica fino all'omicidio, incoraggiando l'analisi dei fattori di rischio sui luoghi di lavoro.

Tuttavia il rischio di violenza non è contemplato nel Decreto n. 81 del 2008, il Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e quindi i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione delle Aziende Sanitarie non inseriscono il rischio di violenza nel Documento di Valutazione Annuale dei Rischi sul Lavoro ed il Medico Competente Aziendale, durante le visite periodiche, non ha nessun obbligo di valutare gli effetti della violenza sul benessere e sulla salute degli operatori sanitari.

CONCLUSIONI

Intervento Multidimensionale per la Prevenzione e la Gestione della Violenza e dello Stress

Alla luce dei risultati ottenuti, lo studio ha confermato l'importanza di analizzare, oltre ai fattori di rischio generici, come il sovraccarico di lavoro, ecc, i fattori di rischio specifici come appunto il fenomeno della violenza, fattore chiave di rischio, predittore di stress e di disturbi psicologici e psichiatrici negli operatori sanitari che operano in ambienti ad alto rischio.

In Conclusione, un intervento sulla prevenzione e sulla gestione della violenza per essere efficace deve occuparsi della complessità del fenomeno e considerare tutti e tre i livelli: il livello della sicurezza, del benessere e della salute degli operatori sanitari.

Il livello della sicurezza comprende i fattori organizzativi e strutturali mentre il livello del benessere e della salute riguarda le conseguenze sulla salute mentale degli operatori sanitari come lo Stress, il Burnout, il Disturbo da Stress Post Traumatico, i Disturbi d'Ansia ed i Disturbi Depressivi.

A) L'intervento sui fattori organizzativi è mirato direttamente al miglioramento della *soddisfazione sul lavoro* attraverso interventi specifici diretti al miglioramento delle condizioni di lavoro. A sua volta, il miglioramento della *soddisfazione sul lavoro* causerà indirettamente un miglioramento dello stato di benessere e di salute delle "vittime di violenza". Oppure si può anche ipotizzare un intervento diretto al miglioramento della *soddisfazione sul lavoro* attraverso l'attuazione di corsi di formazione "motivazionali".

Sono molto importanti anche i corsi di formazione sulla prevenzione e la gestione della violenza che insegnino al personale a reagire alle situazioni di violenza in modo professionale utilizzando la

comunicazione efficace, la risoluzione dei conflitti, le tecniche di *Defusing* e di *Deescalation* e le strategie di *coping* efficaci. Al riguardo, si è visto che l'utilizzo delle strategie di evitamento può impedire la guarigione, poiché i problemi sul lavoro o durante l'assenza sono risolti in modo inadeguato, determinando la continuazione dell'emozione negativa (Folkman & Lazarus, 1988). L'uso di uno stile di evitamento può causare anche stili di vita disfunzionali, che a loro volta possono ritardare la guarigione (Folkman & Lazarus, 1988; Frone & Windle, 1997). Invece il minore ricorso alle strategie di evitamento è stato associato a minori disturbi da stress (Cushway, 1996) e alla guarigione della depressione (Rohde, 2006).

Può anche essere utile educare gli operatori alla gestione dello stress attraverso l'utilizzo di tecniche di rilassamento, come la *Mindfulness*, per il miglioramento della resilienza.

B) L'intervento sui fattori situazionali implica un'azione diretta indirizzata al miglioramento delle caratteristiche esterne delle condizioni di lavoro. Questo intervento migliorerà direttamente la *soddisfazione sul lavoro* e indirettamente avrà anche un'influenza sul miglioramento del benessere e della salute dell'operatore.

C) L'intervento sull'operatore è basato sul riconoscimento precoce dei segnali di stress e su un eventuale trattamento, agisce direttamente sul benessere psicologico e sulla salute della "vittima di violenza" e indirettamente sulla *soddisfazione sul lavoro*. L'intervento permette di evitare l'insorgenza di disturbi psichici come il burnout (de Vente) e di disturbi dell'umore e/o degli stili di vita scorretti, come l'aumento del consumo del tabacco, dell'alcol, di farmaci e sostanze psicoattive o eventualmente di droghe, considerati a loro volta importanti fattori di rischio nella comparsa di malattie fisiche e/o psichiche. Inoltre sarebbe opportuno intervenire precocemente anche sulla presenza di modifiche nelle abitudini quotidiane come ad esempio la modificazione degli interessi e la riduzione delle ore spese in attività extralavorative che possono essere la spia di segnali di malessere dell'operatore sanitario.

Se si interviene in modo isolato ed episodico, si otterrà un risultato soltanto temporaneo e non si avranno gli effetti legati all'interazione tra i risultati dei diversi elementi, che invece dovrebbero garantire una stabilità e permanenza della sua efficacia.

È urgente che lo stress da lavoro causato dalla violenza e le sue conseguenze sulla salute mentale vengano affrontate e valutate anche a distanza di tempo dalla violenza subita per evitare che gli operatori sanitari siano “i nuovi pazienti” (Zafar, 2015).

Roma, 27.01.2020

Dr. ssa Marina Cannavò

Dirigente medico psichiatra ASL Roma 2

Dottorato di Ricerca in Neuroscienze Clinico sperimentali e Psichiatria

Coordinatore della Commissione sulla Violenza nei confronti degli operatori sanitari” presso l’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Roma

Tel. 3666265448

Mail: marina.cannavo@libero.it