

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



La sicurezza sul posto di lavoro:

il paziente aggressivo in ambulatorio di Medicina Generale

Medico in formazione:
Dr.ssa Busato Manuela

Tutor:
Dr.Christoph Erler

Triennio 2015-2018

SOMMARIO

ABSTRACT ITA.....	2
ABSTRACT TED.....	3
1.INTRODUZIONE.....	4
2. IL PROBLEMA DELLA SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO	5
3.IL PAZIENTE AGGRESSIVO.....	8
4.OBIETTIVI	12
5. MATERIALI E METODI.....	13
6.RISULTATI	14
7.DISCUSSIONE	21
8.CONCLUSIONE.....	23
9.BIBLIOGRAFIA.....	24
ALLEGATI (QUESTIONARIO ITA E TED)	

ABSTRACT ITA

LA SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO: IL PAZIENTE AGGRESSIVO IN AMBULATORIO MMG

Oggi l'aumento dell'incidenza di atti di violenza nei confronti dei medici è tale da richiedere maggiore chiarezza ed attenzione per poter prevenire, riconoscere precocemente e trattare adeguatamente il paziente potenzialmente aggressivo; questo fenomeno è presente anche negli ambulatori di medicina generale.

Scopo di questo studio è esaminare la reale portata del fenomeno nella realtà altoatesina e valutare eventuali proposte per migliorare la sicurezza, con particolare approfondimento sulle tecniche di de escalation per la gestione del paziente aggressivo.

Obiettivo:

1. Studio descrittivo della portata del fenomeno
2. Proposta di trattamento del pz aggressivo mediante tecniche di de escaltion
3. Studio della realtà della medicina territoriale altoatesina

Metodo:

- Ricerca di dati epidemiologici nazionali
- Ricerca in letteratura di linee guida per la gestione del pz aggressivo
- Somministrazione di questionario anonimo ai medici di medicina generale (MMG) della provincia autonoma di Bolzano ed ai medici di continuità assistenziale (CA) di Bolzano ed estrazione dei dati (308 medici)

Risultati:

È stato possibile valutare i dati in base ai 144 questionari raccolti.

È confermato che anche nella nostra realtà esistono aggressioni ai medici (55%), e che sono prevalentemente di tipo verbale con 73 eventi rispetto ai soli 6 attacchi fisici. Vengono colpite di più le donne (61%), i medici si sentono sostanzialmente sicuri (82%).

Conclusioni:

Sono emerse proposte per migliorare la sicurezza sul posto di lavoro e prevenire quindi gli attacchi: la medicina di gruppo e corsi di formazione sono ritenute le migliori strategie.

ABSTRACT DEUTSCH

DIE SICHERHEIT AM ARBEITSPLATZ. DER AGGRESSIVE PATIENT IM AMBULATORIUM DES HAUSARZTES

Heutzutage stehen wir vor einem Anstieg der Gewalttaten gegenüber Ärzten. Dies führt dazu, dass es mehr Klarheit und Aufmerksamkeit braucht, um einem potenziellen aggressiven Patienten früh zu erkennen und zu behandeln. Dieser Anstieg ist auch in den Ambulatorien der Hausärzte zu erkennen. Ziel dieser Studie ist es das Ausmaß dieses Phänomens in Südtirol zu analysieren und eventuelle Vorschläge zur Besserung der Sicherheit zu erarbeiten, vor allem durch die Vertiefung der Deeskalation Methoden.

ZIELE:

1. Beschreibende Studie des Ausmaßes dieses Phänomens
2. Vorschlag der Behandlung des aggressiven Patienten durch Methoden der Aggressionsbewältigung
3. Datensammlung zur aktuellen Situation in der südtiroler Territorialmedizin

METHODE:

- Recherche epidemiologischer Daten auf nationaler Ebene
- Analyse der Fachliteratur und der Leitlinien zur Behandlung des aggressiven Patienten
- Ausgabe eines anonymen Fragebogen an Hausärzte der Autonomen Provinz Bozen und Ärzte des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes Bozen und Datenanalyse (308 Ärzte)

ERGEBNISSE:

Die Analyse war aufgrund der 144 bekommenen Antworten möglich.

Es wird bestätigt, dass es auch in Südtirol Angriffe auf Ärzte/tinnen gibt (55%). Die Anzahl der verbalen Angriffe ist mit 73 Fällen höher als die der körperlichen Attacken (6 Fälle). Frauen sind mehr betroffen (61%). Ärzte/tinnen fühlen sich am meisten sicher (82%).

SCHLUSSFOLGERUNGEN:

Im Verlauf der Analyse haben sich mehrere Vorschläge gezeigt: die besten Lösungen zur Besserung der Sicherheit schienen Gemeinschaftspraxis und Ausbildungskurse.

1.INTRODUZIONE

È diventato costante fatto di cronaca il tema delle aggressioni sul posto di lavoro.

Il fenomeno delle aggressioni, se prima riguardava principalmente i medici ospedalieri dei reparti di emergenza/urgenza, dei SERT o nei reparti di psichiatria e le guardie mediche, ora pare non risparmiare più nessun camice bianco. Attualmente sembra investire anche i medici di famiglia, il medico di fiducia per eccellenza di ogni paziente. E' stimato che nell'ultimo periodo la percentuale delle liti tra pazienti e medici di base stia crescendo in misura considerevole.

Non ultimo il caso di gennaio 2018 avvenuto a Napoli in cui un medico di medicina generale è stato accoltellato al volto durante una visita domiciliare.

Questa drammatica realtà ha colpito la mia attenzione, e ho voluto quindi valutare con un questionario come sia la situazione anche qui in Alto Adige, e cosa possiamo fare per proteggerci.

Molto utile è per la gestione del paziente aggressivo poter usare le tecniche di de escalation prima di giungere a situazioni critiche irreversibili.

2.IL PROBLEMA DELLA SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO

L' esposizione alle varie forme di violenza è maggiore nei settori in cui è più frequente il contatto con il pubblico, con particolare riferimento ai settori della sanità, dell'assistenza sociale e della pubblica amministrazione. ¹ La violenza psicologica e fisica sul posto di lavoro è un fenomeno sociale di rilievo che riguarda circa il 6% dei lavoratori europei. Di norma sono superiori i livelli di violenza psicologica rispetto a quelli di violenza fisica. Abusi verbali, minacce di violenza fisica e attenzioni sessuali indesiderate sono più frequenti. Le donne, in particolare le più giovani, sono le principali vittime di molestie sessuali.

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 che per la sicurezza. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione, fisica o verbale, quale realizzata con uso di linguaggio offensivo.

L'Unione Europea nella pubblicazione "Workplace violence and harassment" ha descritto questo fenomeno come "episodi in cui i lavoratori sono abusati, minacciati e assaliti in circostanze correlate al loro lavoro, anche quando si recano a lavoro e che provocano un cambiamento alla loro sicurezza, benessere e salute fisica e psichica". Gli episodi di violenza quindi si esprimono in diverse forme: fisiche, psicologiche o sessuali e si possono presentare come episodio isolato o avere carattere sistematico. In conseguenza di ciò possono avere conseguenze e durabilità nel tempo diverse su chi le subisce. ²

LA SITUAZIONE ITALIANA

La Raccomandazione n. 8/2007 "Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", del Ministero della Salute, definisce le specifiche misure previste in ambito sanitario e introduce importanti elementi. In particolare è il primo atto del Governo Italiano che, rilevando gli alti livelli di frequenza di episodi di violenza, verbale e/o fisica a danno degli operatori, offre alcune indicazioni metodologiche e operative per affrontare il problema. Il documento introduce inoltre il concetto di

“eventi sentinella”, intesi come quegli eventi negativi, episodi di violenza contro gli operatori, che segnalano la presenza di situazioni di rischio nell’ambiente di lavoro che richiedono l’adozione di misure di prevenzione e protezione.

Il primo riferimento in Italia per quanto riguarda la normativa sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è il Decreto legislativo 81/08, o Dlgs 81/08. Si tratta di una legge in continua evoluzione ed aggiornamento, e si basa sul principio che la gestione della salute e sicurezza sul luogo di lavoro si realizzi per mezzo di un processo partecipato, che prevede diversi attori ed il coinvolgimento attivo di tutti i lavoratori. Tra i suoi obiettivi rientra quello di estendere il numero delle persone coinvolte nel Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi (S.P.P.), previsto dal testo unico all’ art. 33, costituito dalle persone, dai sistemi e dai mezzi interni o esterni all’azienda finalizzati all’attività appunto di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori, permettendo di controllare gli ambienti e le fasi di lavoro in maniera più efficace. In questo sistema sono coinvolti tutti i soggetti presenti all’interno del luogo di lavoro, dal datore di lavoro al lavoratore, responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, addetti all’antincendio e al primo soccorso: tutte queste figure devono ricevere una formazione adeguata in base al loro compito specifico.

Esiste però un vuoto normativo in quanto il Dlgs 81/08 non prevede esplicitamente i termini “aggressione e violenza” ai danni degli operatori sanitari.

Dal 2008 ad oggi le denunce di infortuni sono raddoppiate, soprattutto quelle collegate a rischi meno conosciuti come le aggressioni nei luoghi di lavoro (dati ISTAT). È stato calcolato che annualmente dei 4.000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1200 riguardano operatori della sanità, mediamente 3 al giorno, e nel 68% dei casi interessa medici donna (dati INAIL). Nel 60% dei casi si tratta di violenza verbale, nel 20% di percosse, 10% vandalismo e 10% di violenza a mano armata.

Il 13 marzo 2018 si è insediato presso il ministero della Salute l’Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza contro gli operatori sanitari. Un’idea lanciata dal presidente della FNOMCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) unitamente alle proposte delle diverse sigle sindacali.

L’Osservatorio si occuperà di raccogliere dati, fare proposte per prevenire le aggressioni, proposte per nuove norme di legge e per misure amministrative e organizzative.

L’ente è presieduto dal Ministro della Salute e ne fanno parte il comandante dei carabinieri del Nas, il coordinatore degli assessori alla Sanità regionali, il presidente della FNOMCeO, il presidente della Federazione degli infermieri, il presidente della Federazione nazionale ordini dei veterinari, il presidente della Federazione dei farmacisti, il direttore generale dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali e i direttori generali della Prevenzione, programmazione e professioni sanitarie del ministero.

La proposta sarebbe quella di poter ottenere maggior controllo del territorio, con le forze dell’ordine integrate con guardie private e con la video sorveglianza; messa in rete di tutte le postazioni e

ambulatori; ma soprattutto una legge che sul piano delle pene e della procedibilità renda davvero i medici, pubblici ufficiali.

Tante le idee per arginare il fenomeno della violenza agli operatori sanitari: dalle campagne stampa tipo pubblicità progresso, implementazione dei posti di polizia e vigilanza armata, modifiche dell'edilizia sanitaria, videosorveglianza, corsi di autodifesa, ottimizzazione degli organici, modifiche legislative. Addirittura la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti degli operatori sanitari è stata inclusa tra le tematiche di interesse nazionale del sistema Ecm.

Tutti interventi utili, ma che non esentano i Direttori Generali dall'obbligo in quanto datori di lavoro di tutelare la sicurezza dei dipendenti, obblighi su cui il sindacato ha il dovere di vigilare e segnalare eventuali omissioni o carenze.

3.IL PAZIENTE AGGRESSIVO

Non è infrequente che il medico di medicina generale o di continuità assistenziale si trovi a dover gestire pazienti aggressivi con rabbia, distorsioni cognitive, psicosi, disturbi di personalità, disturbo bipolare o dipendenze da alcol o sostanze stupefacenti.

La rabbia nei pazienti o nei loro parenti è una reazione emotiva frequente nelle situazioni di malattia e, comunque, nell'ambito del rapporto con il medico.

L'agitazione psicomotoria (APM), definita nel DSM-5 come una «eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna», è un quadro clinico (o sintomatologico) esito di una varietà di processi patologici differenti.³ Le caratteristiche principali descritte nei pazienti con agitazione includono, tra le altre, l'incapacità a restare fermi, con un eccesso di attività motoria afinalistica (camminare, sfregarsi le mani, tirare i vestiti), irritabilità, elevata responsività agli stimoli interni ed esterni e con un decorso della sintomatologia instabile nel tempo. Sebbene l'agitazione presenti una pericolosità sociale difficile da prevedere, l'evoluzione della gravità della sintomatologia può sfociare in comportamenti aggressivi e violenti. Caratteristica importante della APM, qualunque ne sia la causa e qualunque sia la gravità della condizione soggiacente, è infatti che essa si colloca lungo un *continuum* che dalle situazioni di semplice attivazione ideativa e comportamentale può giungere fino agli episodi più acuti e violenti⁴.

In generale, nonostante le numerose definizioni prodotte al fine di caratterizzare la APM, questa rimane una sindrome multiforme e multifattoriale, potenzialmente associata a condizioni diverse, incluse patologie propriamente psichiatriche (schizofrenia e disturbo bipolare principalmente), numerose condizioni mediche e sindromi da intossicazione/astinenza. A una simile multiforme eziopatogenesi corrisponde quindi una molteplicità dei setting clinici potenzialmente coinvolti nella gestione dei pazienti con APM, i quali possono giungere all'osservazione medica non solo presso strutture sanitarie di competenza strettamente psichiatrica.

In ambulatorio di Medicina generale si è spesso soli, privi di colleghi o di personale sanitario ausiliario come si potrebbe invece avere nei reparti, quindi si può contare solo su una gestione autonoma e "solitaria" del problema che si presenta.

Ma cosa scatena quindi il paziente ad avere un tale atteggiamento?

Diversi studi hanno analizzato i fattori di rischio, di seguito elencati secondo i diversi autori.

cause individuali: patologie psichiatriche, uso di droghe, motivazioni sessuali, malattia fisica, personalità propria del paziente
--

cause sociali: povertà e collocazione sociale, la densità di popolazione, il rispetto per le autorità

cause prossime: tempi di attesa, impossibilità ad accedere a servizi specialistici o cure mediche, la vulnerabilità del medico che si trova davanti

5

Tempi di attesa
Abuso di alcool o di sostanze stupefacenti
Aspettative dei pazienti
Carta dei servizi
Atteggiamento del personale sanitario
Malattia
Trasmissioni televisive di medicina

6

Abuso di sostanze stupefacenti o alcool
Tempi di attesa
Patologie organiche
Confusione mentale, ansia, allucinazioni/paranoia
Fastidio/noia
Caldo
Rumore costante o eccessivo
Mancanza di informazioni o di diritto di replica o di possibilità di scelta
Pressioni del gruppo o altri pazienti
Organici ridotti
Inadeguata formazione degli infermieri
Percezione negativa sugli atteggiamenti dei sanitari

7

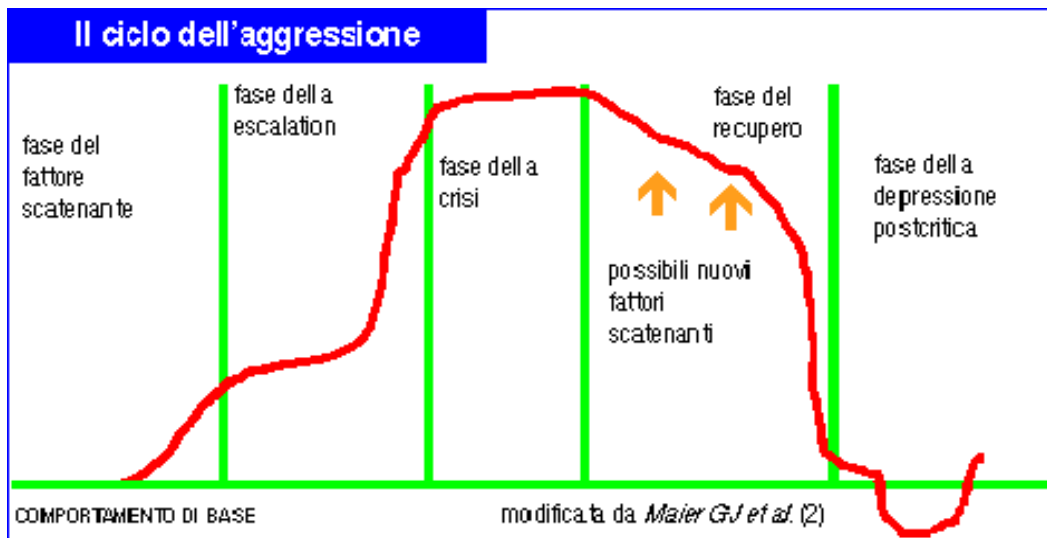
Comportamenti mirati a prevaricare
Aggressività premeditata
Manifestazioni patologiche: ipossia, delirio, reazioni avverse a farmaci, trauma cranico, infezioni, irritazioni cerebrali, ipoglicemia
Abuso di alcol e sostanze stupefacenti
Problemi/disturbi mentali
Comorbidità psichiatrica e organica

8

Cosa fare quindi quando lo stimolo ansiogeno viene a prevalere?

Il ciclo dell'aggressività presenta cinque fasi che dovrebbero essere prontamente riconosciute ai fini di contenere gradualmente il soggetto mostrando di aver capito le sue reali esigenze, prevenendo il comportamento potenzialmente violento che la crisi ha innescato.⁹ Il presupposto è che alla base di qualunque atto di aggressività vi sia un fattore scatenante (minacce o provocazioni, reali o presunte, percezione di mancanza di attenzione, stressors, stimoli avversativi...) che determina un'attivazione psicofisiologica (arousal) caratterizzata da cambiamenti somatici e psicologici. Questi "segnali di allarme" che devono far presagire una possibile aggressione sono individuabili nella fase del trigger (fattore scatenante) e sono l'espressione verbale di vissuti di rabbia o frustrazione, tono di voce alto, volto paonazzo e

sudorazione profusa, respiro rapido, gestualità esagerata e talvolta minacciosa, irrequietezza motoria (ad esempio alzarsi e sedersi continuamente), contatto visivo diretto e prolungato¹⁰.



1 fase: Lo scatenamento (trigger): inizia lo scostamento dalla linea basale psicoemotiva, derivante da diverse cause, come una disinibizione indotta da sostanze, la presenza di fattori di provocazione, veri o presunti, come insulti, derisioni o il recente verificarsi di un evento stressante. In questa fase inizia la condotta di allerta ed aggressività, e già subito sarebbe opportuno riuscire a riconoscere il fattore scatenante e tentare di rimuoverlo.

2 fase: Escalation: lo scostamento dalla linea basale si fa marcato, aumenta l'agitazione, la paura incontrollata, possono esserci atti di violenza contro oggetti e può iniziare un'ideazione paranoide. È in questa fase che inizia il vero intervento di de-escalation che deve mirare ad una negoziazione con il paziente, per poter trasformare i contenuti violenti e di minaccia in espressioni dialettiche che possano essere progressivamente negoziate. Occorre introdurre una forma di comunicazione diretta, specifica e positiva, ponendosi in maniera non giudicante e controaggressiva. Si deve mantenere una distanza di sicurezza (due volte la lunghezza di un braccio) ed il contatto visivo, senza fissare l'interlocutore negli occhi, usare un tono basso e pacato e un linguaggio appropriato alla persona, focalizzando il colloquio sui motivi concreti alla base del conflitto. Importante non rimproverare e non rispondere alle provocazioni, offrendo ascolto.

3 fase: crisi: è il punto di massima eccitazione incontrollata, con il massimo discostamento dalla linea basale. A questo punto l'attenzione deve essere rivolta a garantire la sicurezza, con la protezione propria e delle altre persone eventualmente presenti, in extrema ratio si deve ricorrere al contenimento o alla fuga allertando le forze dell'ordine.

4 fase: recupero: abbiamo un graduale ritorno alla linea basale con una riduzione dell'eccitamento, ma, rimane un'alta vulnerabilità ad un nuovo trigger con recidive della condotta violenta. Bisogna

quindi prestare attenzione a non attuare intempestive rielaborazioni dei fatti, non effettuare rimproveri o discussioni

5 fase: depressione post-crisi: con un rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale, possono comparire sentimenti di colpa, vergogna o rimorso. In questo momento è possibile dare sostegno per una critica matura sull'accaduto e le circostanze scatenanti, con un confronto sulle necessità espresse. ¹¹

Un altro esempio di tipologia di atteggiamento da mantenere ci viene dato anche dalla tecnica "stay cool" ¹²

Comportamento stay cool (resta calmo) per gestire il paziente potenzialmente violento

S	Stand: Stare a distanza: 1-2 braccia di lunghezza. Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia
T	Talk: Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte
A	Ask: Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere al paziente di dire la sua, acconsentendo a dissentire
Y	Yellow: Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto. Meglio essere imbarazzati che percossi
C	Concise: Non sprecare fiato con i pazienti agitati. Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario
O	Observational awareness: Consapevolezza di ciò che si osserva. Vigilare sui segnali emotivi e comportamentali. Il paziente solitamente dà segni di violenza imminente come camminare su e giù, parlare da solo, essere bellicoso verso lo staff, essere offensivo e non seguire le indicazioni
O	Options: Offrire alternative di trattamento e speranza per il futuro del paziente. Nell'immediatezza le opzioni possono essere limitate, ma dare un'alternativa tra farmaco IM o per os significa offrire un'opzione al paziente. Offrire del cibo, il linguaggio universale dell'accoglienza
L	Look/Listen: Essere rispettosi. Mantenere il contatto visivo è importante, ma non fissare negli occhi un paziente potenzialmente aggressivo. Mantenere un'espressione neutrale. E' ovvio chi controlla la situazione clinica e non è necessario contestualizzarlo con un paziente che mette alla prova ciò. Scoprire cosa vuole realmente il paziente e quindi aiutarlo a determinare se è ragionevole o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio.

4.OBIETTIVI

Scopo dell'indagine è quello di analizzare il fenomeno delle aggressioni nella medicina territoriale, in ambulatorio di medicina generale della provincia autonoma di Bolzano ed in continuità assistenziale di Bolzano, rilevando in particolare quali comportamenti aggressivi si verificano. Si è cercato di valutare se e quanto i medici sentano il bisogno di strumenti efficaci per prevenire le aggressioni fisiche o verbali da parte delle persone che prendono in cura e la necessità di approfondire le proprie conoscenze per poter gestire al meglio tutte le variabili.

5.MATERIALI E METODI

Per poter conoscere a fondo il problema che riguarda anche la nostra realtà ho sviluppato un breve questionario online anonimo in forma bilingue che ho sottoposto durante il mese di agosto 2018 all'attenzione dei medici di medicina generale altoatesini ed ai medici di continuità assistenziale di Bolzano per un totale di 308 medici intervistati (275 MMG + 33 medici di CA). Tale questionario è composto di 12 quesiti, tutti a risposta multipla, tranne due domande aperte in cui si lasciava la possibilità agli intervistati di fornire suggerimenti e proposte (vedi allegato).

Per la ricerca dei dati mi sono avvalsa di piattaforme di ricerca come pubmed utilizzando parole chiave come aggressiv patient in healthcare/general practice, escalation, physical assault, triggers of violence; studi in letteratura. Ho consultato il web per quanto concerne le norme legislative in essere e le novità legislative in divenire e per la ricerca epidemiologica dei fatti avvenuti negli ultimi anni.

Limiti dello studio sono da considerarsi:

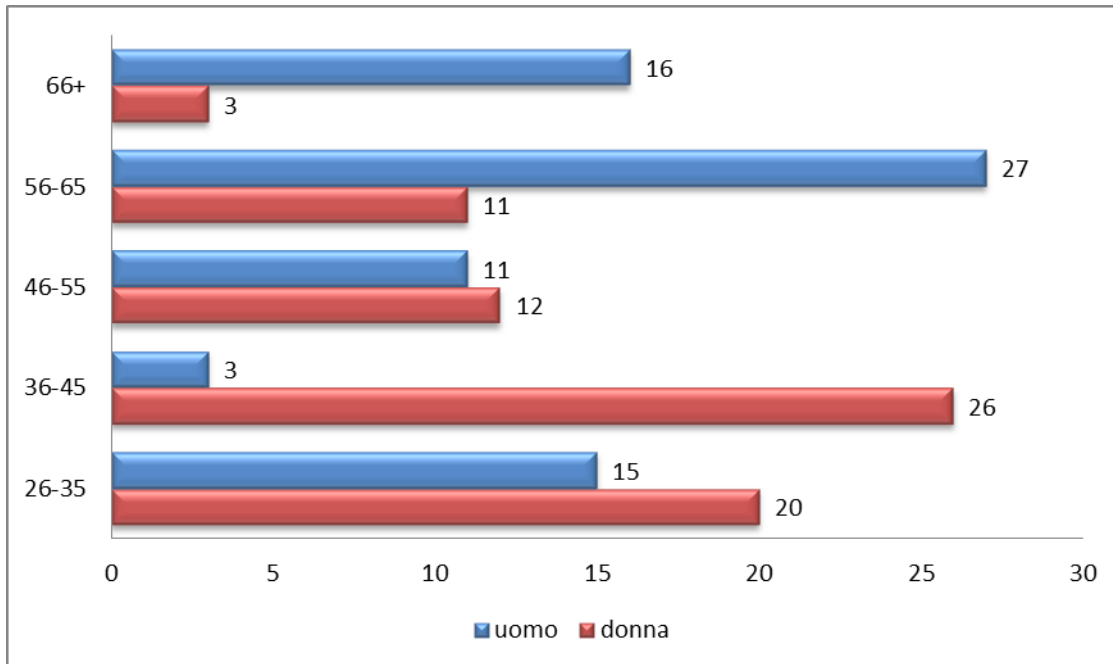
- la letteratura è risultata scarsa per quanto riguarda gli atti di violenza negli ambulatori extraospedalieri, a dimostrazione del fatto che sono eventi che stanno aumentando di recente
- il questionario è stato stilato volutamente in modo semplice per far in modo che un maggior numero di medici portasse la propria testimonianza. Di contro, sarebbe stato utile approfondire di più la modalità delle aggressioni e le ripercussioni personali che gli stessi hanno determinato
- la raccolta via mail stessa ha limitato il numero di risposte in quanto 35 indirizzi non risultavano più attivi e quindi non sono stati recapitati i questionari
- nella raccolta dati non è stato chiesto quanti eventi sono stati subiti dal singolo medico, questo limite è emerso nell'analisi dei dati in cui si può evincere che alcuni colleghi hanno subito più di un'aggressione

6.RISULTATI

Il questionario è stato distribuito a 308 medici e ne sono stati restituiti compilati 144 (47%).

La distribuzione per sesso è risultata perfettamente omogenea con un campione equamente suddiviso in 72 uomini e 72 donne.

FIGURA 1 DISTRIBUZIONE PER SESSO ED ETÀ



La distribuzione dei medici per età mostra come le fasce 26-35 e 56-65 siano le più rappresentate:

26-35 con 35 medici, 24,3%

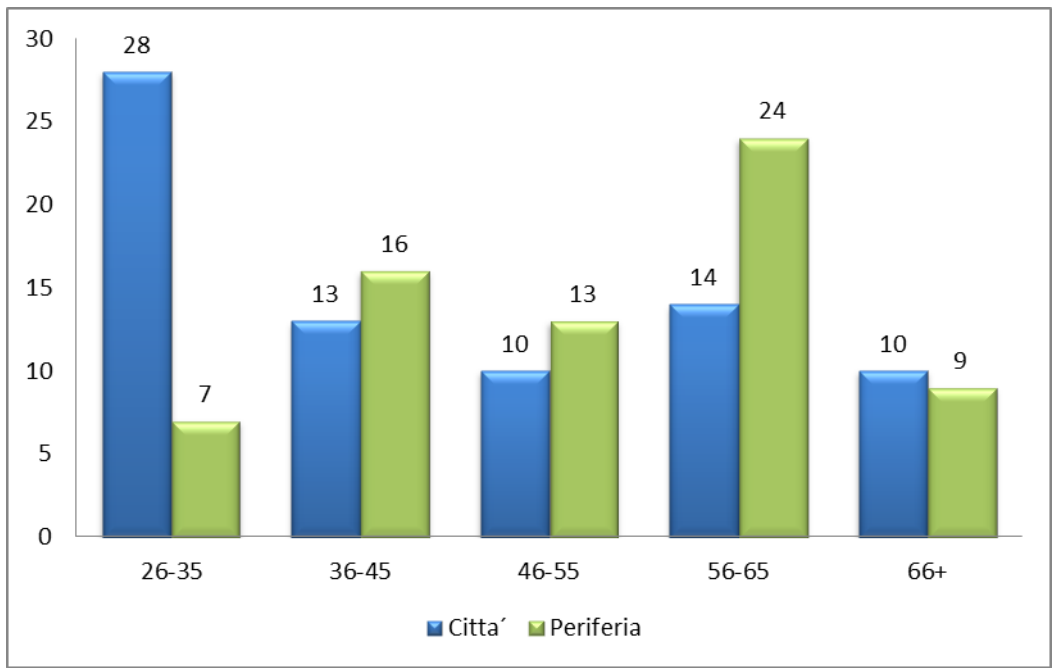
36-45 con 29 medici, 20,2%

46-55 con 23 medici, 16%

56-65 con 38 medici, 26,3%

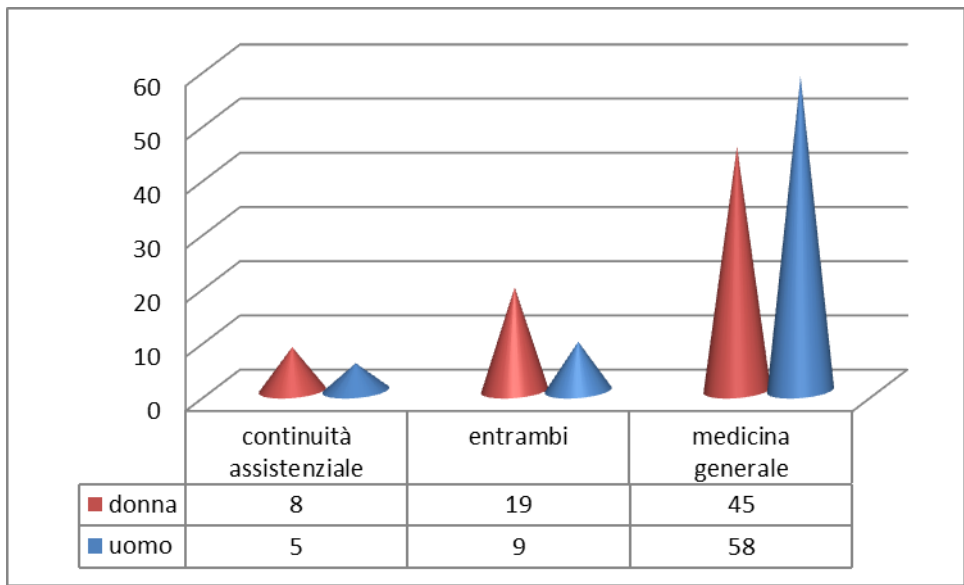
66+ con 19 medici, 13,2%

FIGURA 2 DISTRIBUZIONE TRA CITTÀ E PERIFERIA SECONDO FASCE D'ETÀ



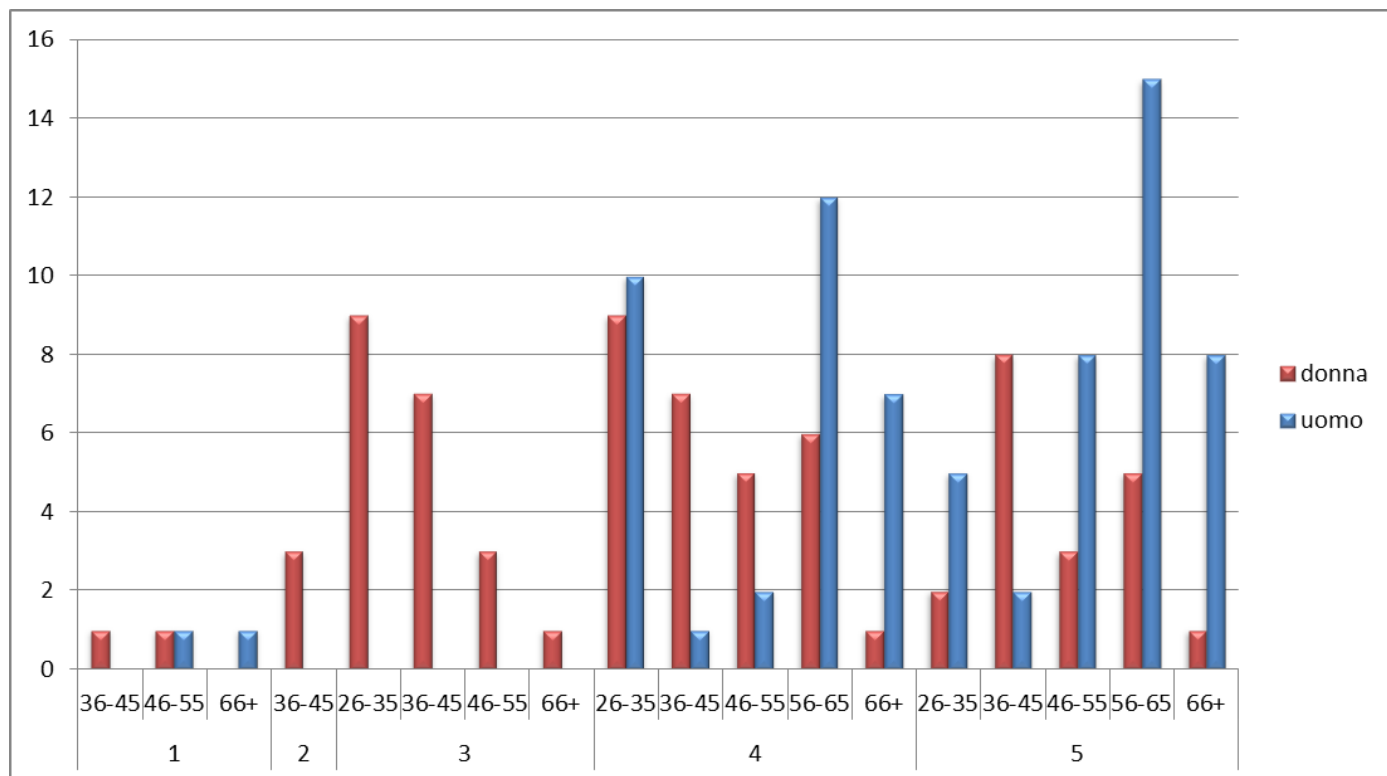
In totale i medici che lavorano in città sono il 52% (79 medici).

FIGURA 3 AMBITO LAVORATIVO DELLA MEDICINA TERRITORIALE



I MMG che hanno partecipato sono 103, in 13 lavorano solo in CA e 28 medici lavorano in entrambi gli ambiti.

FIGURA 4 PERCEZIONE DELLA SICUREZZA PER ETÀ E SESSO



La sicurezza viene valutata seguendo una scala che va da 1 -non sicuro a 5- molto sicuro.

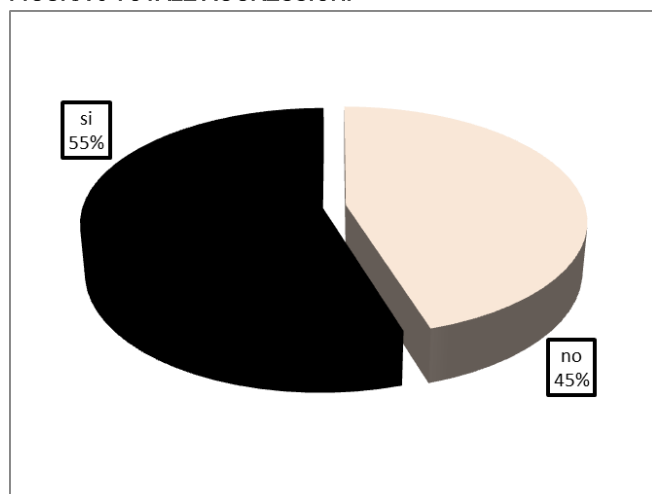
Analizzando la percezione della sicurezza, emerge che gli uomini di tutte le età si sentono mediamente sicuri (4 o 5), tranne due casi in cui non si sentono affatto sicuri.

Le donne invece si distribuiscono più omogeneamente:

- 1- 50% donne e 50% uomini (ma solo 4 casi totali)
- 2- 100% donne (3 casi)
- 3- 100% donne (20 casi)
- 4- 47% donne e 53% uomini (28 e 32 rispettivamente)
- 5- 33% donne e 67% uomini (19 e 38 rispettivamente)

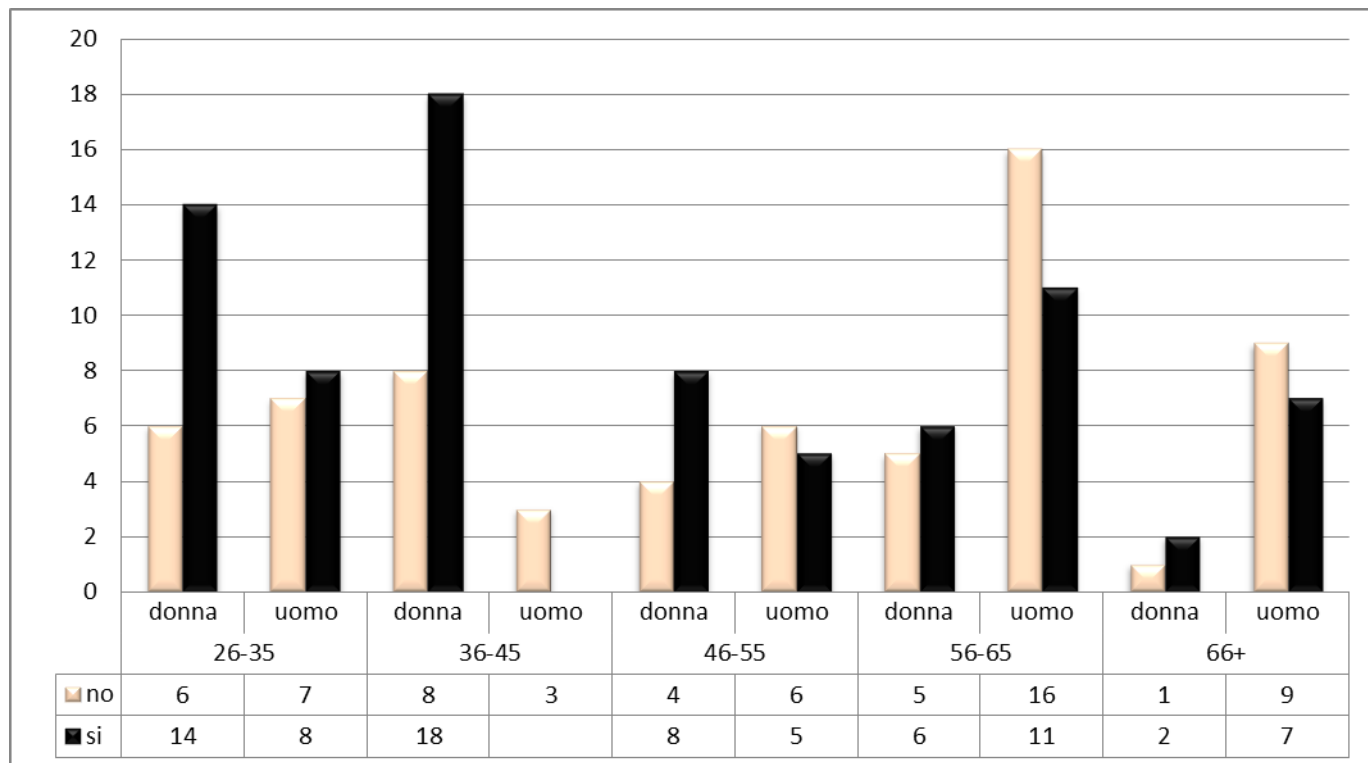
Emerge come le più giovani si sentano molto meno sicure rispetto alle altre colleghe.

FIGURA 5 TOTALE AGGRESSIONI



In totale sono stati aggrediti 79 medici.

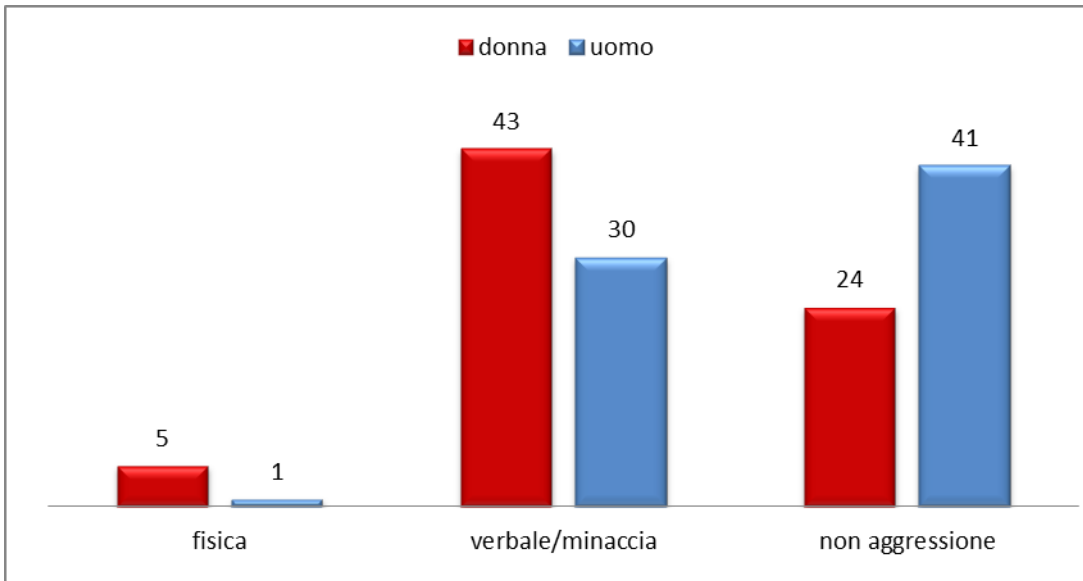
FIGURA 6 AGGRESSIONI PER SESSO ED ETÀ



Sono maggiormente vittima di aggressione le donne con 48 eventi cioè il 61%. La fascia d'età più colpita è risultata quella 26-35 con il 28% del totale delle aggressioni, la seconda fascia 35-46 invece vede colpito il 23% degli aggrediti.

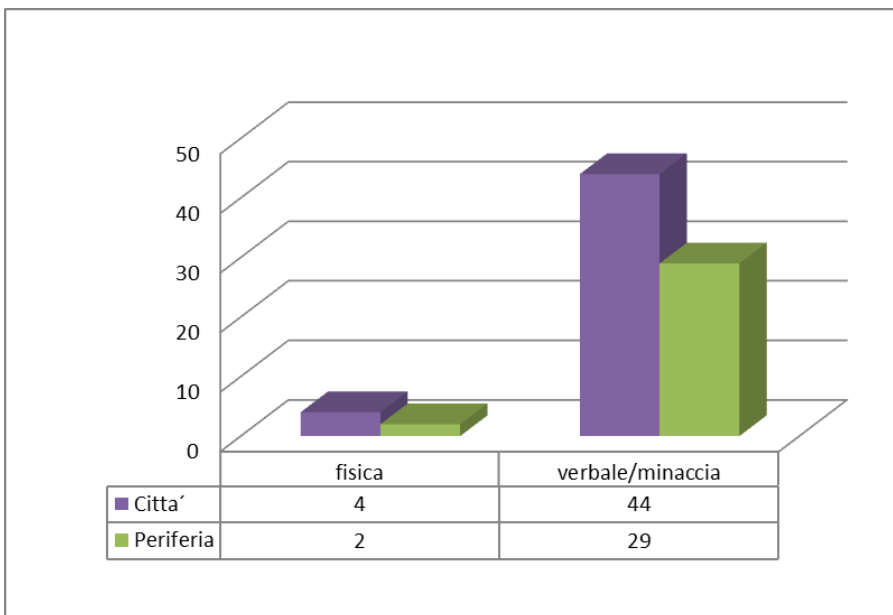
Come si può notare anche per ogni singola fascia d'età sono sempre le donne ad aver subito più eventi.

FIGURA 7 TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE PER SESSO



Su sei aggressioni fisiche totali, 5 sono state subite da donne. Le aggressioni fisiche sono state a carico di giovani di età compresa tra 26-35 nel 50% dei casi (compreso l'unico uomo).

FIGURA 8 DISTRIBUZIONE EVENTI TRA CITTÀ E PERIFERIA



Rapportando questi valori alla distribuzione dei medici tra città e periferia emerge quanto siano più frequenti le aggressioni all'interno del gruppo che lavora in città (64%) rispetto al gruppo che lavora in periferia (44%).

FIGURA 9 AGGRESSIONI IN AMBULATORIO MMG

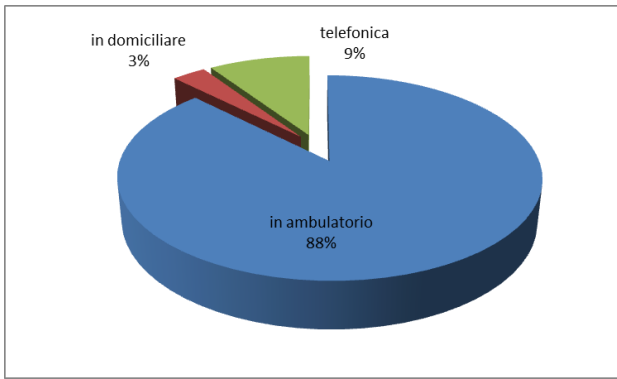
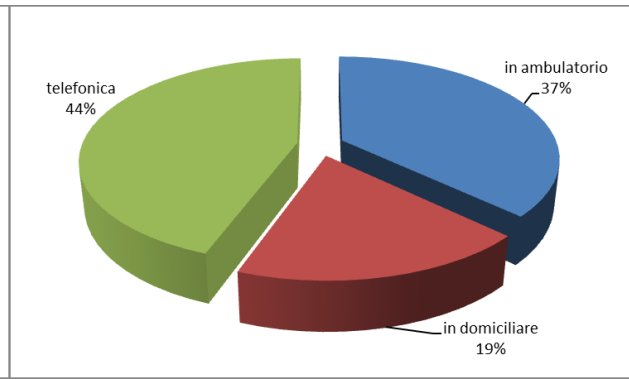
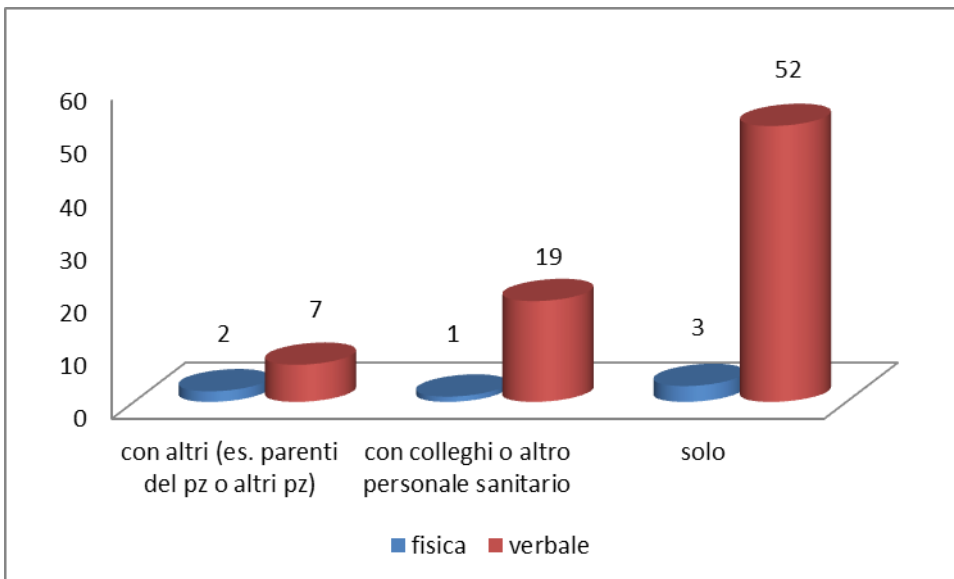


FIGURA 10 AGGRESSIONI IN CA



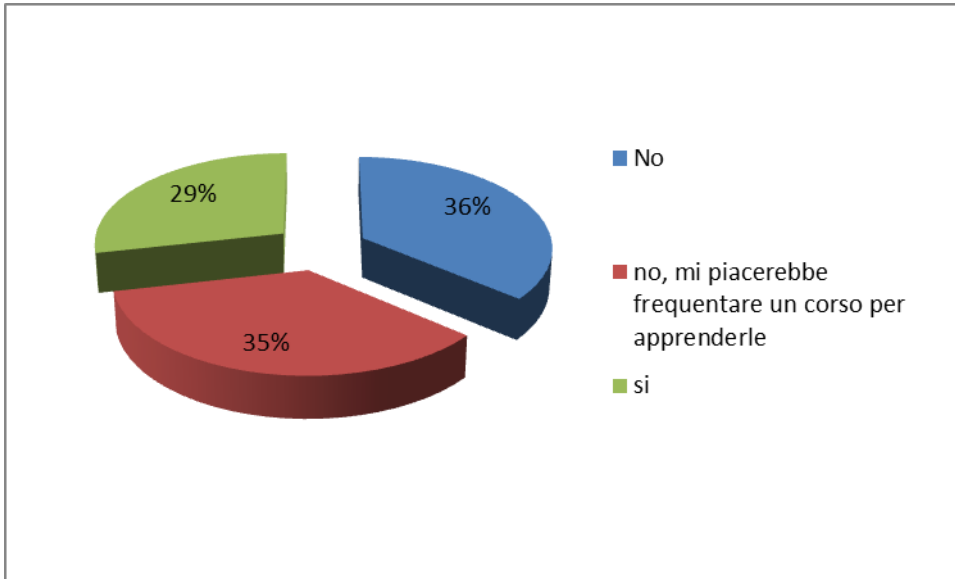
Le aggressioni avvenute in medicina generale in totale sono 64, mentre quelle avvenute in CA sono 27. In totale quindi ci si trova davanti ad un maggior numero di aggressioni (91 anziché 79) a dimostrazione del fatto che alcuni medici hanno subito più di un'aggressione.

FIGURA 11 TIPO DI AGGRESSIONE/CON CHI ERA IN QUEL MOMENTO



Anche qui si può vedere come la somma superi il totale dei medici aggrediti, infatti 5 colleghi hanno selezionato più opzioni di risposta nel questionario. Il 66% degli eventi è risultato avvenire in assenza di altre persone, significativo che il 50% delle persone aggredite fisicamente si trovava solo.

FIGURA 12 CONOSCENZA DI TECNICHE DI DE ESCALATION



Solo 41 intervistati sono a conoscenza delle tecniche di de escalation e di questi in 23 hanno subito un'aggressione.

7.DISCUSSIONE

Pur evidenziando tutti i limiti del questionario ai fini di un'analisi scientifica delle aggressioni in ambito sanitario, attraverso questa indagine è stato possibile rilevare degli spunti interessanti per avere in tempi rapidi una fotografia attuale del fenomeno come vissuto dai MMG e dai medici di CA altoatesini.

Emerge il fatto che a subire più aggressioni siano le donne per il 61% dei casi e questo rispecchia l'andamento presente nel resto d'Italia.

Gli uomini si sentono tendenzialmente più sicuri rispetto alle colleghe, infatti nella valutazione della percezione del rischio le fasce di maggior insicurezza sono rappresentate quasi totalmente da donne.

Analizzando il luogo in cui l'evento aggressione è avvenuto (figura 9 e 10) si nota come in medicina generale gli eventi siano avvenuti in ambulatorio per l'88% dei casi mentre in CA solo il 37%. In CA invece prevalgono gli attacchi telefonici, 44% vs 9% : le differenze sono giustificate dalla diversa tipologia di intervento nei due ambiti, CA prevalentemente telefonici ed in MG soprattutto ambulatoriali.

Contrariamente a quanto si potesse pensare vista anche la distribuzione geografica del territorio analizzato e una maggior probabilità di isolamento in periferia, mi ha stupito constatare come sia più "pericolosa" la città rispetto ad essa con addirittura il doppio delle aggressioni fisiche rilevate a parità di un campione sovrapponibile. Questo dato però rafforza la tesi per cui il MMG nelle piccole realtà ~~sia ancora visto come figura autorevole e mantenga un maggior rapporto di fiducia medico-paziente~~ mantenga tuttora un più elevato livello di autorevolezza.

In particolare molte riflessioni utili sono giunte attraverso le ultime due riposte aperte ed hanno permesso di rendere ancora più pregnanti i dati numerici delle risposte chiuse.

La domanda aperta nr. 11 "adotti precauzioni per sentirti più sicuro" non aveva campo obbligatorio e solo il 30% degli intervistati ha elencato il proprio modo di agire. Questo dato fa presagire che il restante 70% si senta già abbastanza sicuro, dato che viene in parte confermato dall'analisi della figura 4 ("ti senti sicuro sul luogo di lavoro?") che infatti dimostra come 117 intervistati non abbia paura sul luogo di lavoro.

I dati emersi dalle risposte invece offrono per lo più spunti comportamentali, in molti hanno infatti indicato di cercare di non essere mai soli in ambulatorio (anche per mezzo di personale di segreteria o altri colleghi/medicina di gruppo). C'è chi chiude a chiave le porte quando è solo e chi invece avvisa proprio il personale di studio quando si trova davanti a pazienti sospetti. Molti cercano di avere sempre il cellulare a portata di mano o dichiarano di avere con sé lo spray al peperoncino. Alcuni utilizzano tecniche di de escalation mentre altri cercano di parlare piano; un

altro suggerimento è dato dal tenere due numeri di cellulare diversi per i pazienti/privato in modo da non essere contattabili al di fuori di orari prestabiliti. Altre precauzioni riguardano invece un livello ambientale, come tenere la distanza dai pz, spostare oggetti potenzialmente pericolosi dalla scrivania. Per quanto riguarda le visite domiciliari invece alcuni si fanno accompagnare mentre altri si limitano a comunicare dove si stanno recando a colleghi o amici/famigliari.

Anche la domanda aperta nr. 12 “avresti proposte per migliorare la sicurezza?” risente dello stesso limite della precedente.

Il 50% delle risposte mette in evidenza il fatto che bisognerebbe evitare di trovarsi soli in ambulatorio, promuovendo quindi medicina di gruppo, la presenza di personale di segreteria, e anche ipotizzando un ambulatorio proprio sopra alla farmacia aperta per non ritrovarsi soli. L'altra proposta segnalata da molti colleghi è quella di un pulsante che metta direttamente in allarme le forze dell'ordine, come avviene nelle banche, oppure di un dispositivo gps che allerti gli stessi in caso di pericolo. Vengono suggeriti poi corsi sia di autodifesa che di de escalation oppure l'installazione di una videosorveglianza. Anche in questo caso viene riproposto l'uso dello spray al peperoncino come deterrente, e l'evitare di andare in visite domiciliari da soli, soprattutto in CA dove i pazienti sono normalmente sconosciuti.

Sono emerse altresì proposte per evitare che la situazione precipiti verso un'aggressione:

- cercare di educare i pazienti che vogliono tutto e subito,
- ridurre il carico burocratico che rallenta le procedure e spazientisce l'utente,
- migliorare la collaborazione con l'ospedale.

Infine la proposta - che è anche un augurio - ovvero che la legge possa essere migliorata per elevare il livello di tutela.

8.CONCLUSIONE

Le aggressioni fisiche e verbali sono in costante aumento e tale fenomeno richiede di essere adeguatamente tematizzato sia presso la popolazione che presso le aziende sanitarie a tutela della salute degli operatori e dei servizi resi.

A conclusione dell'indagine condotta, si può dimostrare come anche in Alto Adige il problema delle aggressioni a danno dei medici di medicina generale esista e raggiunga dimensioni non trascurabili; è anche evidenziato che le aggressioni verbali si verificano con maggior frequenza rispetto a quelle fisiche con prevalenza nei medici donna e di giovane età così come rilevato anche nello studio della realtà nazionale.

Le strategie preventive, raccomandate dal Ministero della Salute, dovrebbero essere implementate aumentando il livello di sicurezza degli ambienti, documentando i pazienti inclini ad essere aggressivi, anche segnalando gli eventi. La formazione professionale mediante corsi specifici è considerata dai medici la strategia più utile per aumentare le proprie competenze.

Il problema emerso e che ha raccolto maggiori commenti riguarda la paura di ritrovarsi soli in ambulatorio; probabilmente con la formazione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) anche i medici saranno più invogliati ad istituire delle sedi aggregate. Questo sarà un probabile incentivo per i giovani medici, fascia maggiormente colpita dal problema, ad aprire ambulatori di medicina di gruppo. Un'ulteriore proposta potrebbe essere quella di cercare di avere gli stessi orari di due medici soprattutto serali all'interno di una stessa sede di AFT.

I tempi di attesa prolungati non solo per la visita dal MMG ma anche per poter ricevere una visita specialistica favoriscono lo scatenarsi del trigger nei pazienti sofferenti che non vogliono aspettare. Una strategia per diminuire questo fattore provocatorio può essere quella di spiegare al singolo paziente che le prestazioni specialistiche possono essere prescritte in base ai RAO (raggruppamenti di attesa omogenei), che indicano per ciascun caso, in base all'urgenza rilevata, il codice di priorità che può essere apposto sull'impegnativa. In tal modo il paziente viene reso partecipe del motivo che eventualmente lo porterà a dover aspettare poco o molto, evitando situazioni dubbie ed incrementando così il rapporto fiduciario. Risulta molto importante in ogni caso migliorare i metodi di comunicazione, creare spazi per l'informazione, migliorare e ridurre i tempi di attesa.

9. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Eurofound 1, Physical and psychological violence at the workplace, Foundation Foundings,
- ² <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC/view>
- ³ APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. (DSM 5)
- ⁴ Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr* 2007; 12: 5-11.
- ⁵ Violence in general practice Perceptions of cause and implications for safety Parker Magin, PhD FACPsychMed FRACGP www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553472/table/t2-0541278/?report=objectonly
- ⁶ Jenkins M G, Rocke L G, McNicholl B P, Hughes D M (1998), violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Journal of Accident and emergency Medicine*, 15 (4), 262-5
- ⁷ Hodge Marshall Violence and aggression in the emergency department: a critical care perspective 2007May, 20(02):61-7. Epub 2007 May 7
- ⁸ Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S (2009) Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *Int Emerg Nurs*, 17(2), 122-127
- ⁹ Marin M, Marin G, La gestione del paziente aggressivo, M.D. *Medicinae Doctor - Anno XXIV numero 7 - ottobre 2017*
- ¹⁰ National Institute for Health and Care Excellence Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings NICE guideline [NG10] Published date: May 2015
- ¹¹ Occupational Safety and Health Administration Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers OSHA 3148-06R 2016
- ¹² Hillard R, Zitek B. Il paziente potenzialmente violento. In Hillard R, Zitek B. *Emergenza psichiatrica*. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005:63-75