



PROFESSIONE INFERMIERE

Umbria

Editoriale –
FNOPI –
Emergenza urgenza a bordo di mezzo nautico –
Dimensione umana –
La violenza che subiscono gli infermieri –
Articoli scientifici –

Indice

1. Editoriale **P 01**

A cura di Volpi Nicola e Pastorelli Marta

2. FNOPI: applicazione della normativa nella prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **P 03**

A cura di FNOPI

3. L'emergenza urgenza a bordo di mezzo nautico **P 04**

A cura di Gunnellini Roberta

4. Dimensione umana **P 08**

A cura di Cicchi Simone e Castellani Giulia

5. La violenza che subiscono gli infermieri

5.1 Sotto Assedio: Il Grido Silenzioso degli Infermieri Vittime di Violenze sul Luogo di Lavoro **P 12**

A cura di Mipatrini Andrea

5.2 Affrontare la violenza: basi per strategie di prevenzione e gestione delle situazioni critiche **P 15**

A cura di Redazione

5.3 Violenza contro il personale sanitario in Regione Umbria: testimonianze e proposte per una maggiore tutela **P 20**

A cura di Ceciarini Elisa e Mipatrini Andrea

5.4 "Proteggere chi protegge": Proposte per Prevenire la Violenza contro il Personale Sanitario **P 25**

A cura della Redazione

6. Articoli scientifici

6.1 Il ruolo del coordinatore infermieristico nell'applicazione delle Dimissioni Protette: studio osservazionale prospettico sulla gestione integrata delle Dimissioni Protette all'interno di una Azienda Sanitaria Locale dell'Umbria **P 28**

A cura di Ceciarini Elisa, Mercatelli Maria Pia, Dini Michela

6.2 Alimentazione e attività fisica come strumento di prevenzione dell'obesità pediatrica: la situazione in Umbria **P 38**

A cura di Bartolini Chiara e Faina Fabrizio

1. Editoriale

A cura di **Volpi Nicola** e **Pastorelli Marta**

Gentili colleghi,

in questo numero speciale della nostra rivista, desideriamo porre sotto i riflettori un tema che riguarda direttamente il cuore stesso del nostro sistema sanitario: **la violenza contro gli operatori sanitari**. Attraverso le pagine di questo editoriale, cerchiamo di illuminare una realtà spesso oscurata, ma vitale da affrontare con urgenza e determinazione.

Gli operatori sanitari rappresentano la colonna vertebrale dei nostri servizi di salute. Sono coloro che dedicano le proprie vite a prendersi cura degli altri, a fornire conforto, guarigione e supporto in momenti di fragilità e dolore. Tuttavia, dietro il loro impegno altruistico, si nasconde una realtà insidiosa: la violenza.

La violenza contro gli operatori sanitari si manifesta in molte forme: fisica, verbale, psicologica e persino sessuale. È un fenomeno diffuso e inaccettabile che mina non solo il benessere degli operatori sanitari stessi, ma compromette anche la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e mina la fiducia nei confronti del sistema sanitario nel suo complesso.

Purtroppo, **la violenza contro gli operatori sanitari è in aumento**. Gli attacchi verbali, le minacce, gli insulti e gli atti di aggressione fisica sono diventati una triste realtà quotidiana per molti operatori sanitari in tutto il mondo. Questo fenomeno non conosce confini né distinzioni: coinvolge ospedali, ambulatori, case di cura e servizi di emergenza in ogni angolo del globo.

Le cause di questa epidemia di violenza sono molteplici e complesse. Da una cultura di violenza diffusa, all'insufficienza delle misure di sicurezza, fino alla frustrazione dei pazienti e dei loro familiari di fronte a sistemi sanitari sovraffollati e risorse limitate, sono molti i fattori che contribuiscono a questa situazione allarmante.

Tuttavia, non possiamo e non dobbiamo accettare questa realtà come inevitabile. È fondamentale che governi, istituzioni sanitarie, organizzazioni internazionali e la società nel suo complesso si uniscano per porre fine a questa piaga.

Per affrontare efficacemente la violenza contro gli operatori sanitari, è fondamentale comprendere le sue cause profonde. Fattori come **il sovraccarico di lavoro, la frustrazione dei pazienti, la mancanza di risorse e la crescente tensione sociale** possono contribuire all'escalation di comportamenti violenti.

È necessario adottare misure concrete per proteggere gli operatori sanitari e garantire loro un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso. Ciò significa investire in programmi di formazione sulla gestione delle situazioni di conflitto, migliorare le infrastrutture e le misure di sicurezza negli ambienti sanitari e promuovere una cultura di rispetto e collaborazione tra pazienti, familiari e operatori sanitari.



Inoltre, **è cruciale promuovere una maggiore consapevolezza e sensibilizzazione sull'importanza del rispetto e della protezione degli operatori sanitari.** Dobbiamo combattere l'idea distorta che la violenza possa mai essere giustificata o accettata in qualsiasi contesto, specialmente quando si tratta di coloro che dedicano le proprie vite a salvare e migliorare le vite degli altri.

In conclusione, la lotta contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari è una sfida che riguarda tutti noi.

È un imperativo morale, oltre che un obbligo etico e legale, garantire che gli operatori sanitari possano svolgere il proprio lavoro in condizioni sicure e rispettose.

È solo attraverso uno sforzo collettivo e determinato che possiamo sperare di porre fine a questa piaga e proteggere coloro che tanto fanno per proteggere noi.

**Uniamoci, quindi, in questo importante e urgente impegno.
Il futuro della nostra salute dipende da esso.**

Cordiali saluti.

Il Presidente
Nicola Volpi

Il Presidente Commissione d'Albo
Marta Pastorelli

2. FNOPI: applicazione della normativa nella prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

A cura di **FNOPI**

RACCOMANDAZIONE N°8 – RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI 8 NOVEMBRE 2007

OBIETTIVO

L'obiettivo della raccomandazione è prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la **implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti** e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

AMBITI DI APPLICAZIONE

- **Tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali**, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.D, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.
- **Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona** (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza).
- **Durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari.**

AZIONI

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate.

- **Elaborazione di un programma di prevenzione.**
- **Analisi delle situazioni lavorative:** revisione degli episodi di violenza, conduzioni di indagini ad hoc presso il personale, analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio.
- **Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo:** strutturali e tecnologiche, organizzative, gestione degli episodi di violenza.
- **Formazione del personale:** per gli operatori, per il management, per il personale di sicurezza.

IMPLEMENTAZIONE

La Direzione Aziendale è invitata a favorire lo sviluppo e l'implementazione della Raccomandazione. Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzarla devono predisporre una propria procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori.

3. L'emergenza urgenza a bordo di mezzo nautico

A cura di **Gunnellini Roberta**

Nel quotidiano possono verificarsi eventi improvvisi ed imprevisti per i quali risulta necessaria l'**attivazione della rete emergenza urgenza attraverso il numero telefonico 112** e, a seguito del dispatch telefonici dell'operatore di centrale, viene inviato il *mezzo sanitario* più appropriato determinato dalla codifica dell'evento.

Nell'immaginario collettivo il mezzo sanitario è prettamente idealizzato nell'*ambulanza* ovvero, un veicolo stradale attrezzato per trasportare malati o feriti in ospedale.

In altre occasioni possono essere inviati **mezzi sanitari avanzati**, meglio noti come *automedica* o, in casi in cui si renda necessario un soccorso in zone impervie o con gravi patologie tempo dipendenti viene inviato l'elisoccorso.

Ma cosa succede se il soccorso deve essere fatto in ambienti lacustri o marittimi? L'esigenza di garantire velocità e supporto in caso di incidenti in territori collocati in prossimità della costa (isole) o in aperto ambiente acquatico ha portato alla creazione di un tipo di **imbarcazione specializzata nel trasporto malati e feriti anche su acqua**, detto "*idroambulanza*".

Questo mezzo di soccorso concorre a garantire la sicurezza e l'assistenza dei cittadini che per turismo e residenza si trovano a stazionare in territori insulari.



Figura 1: idroambulanza Bardolino. Lago di Garda



Figura 2: idroambulanza Venezia

Nel l'immaginario collettivo il termine "*idroambulanza*" viene spesso associato a Venezia ed alle spericolate corse di questi mezzi tra le calli cittadine ma, all'interno del variegato territorio italiano, sono molteplici le realtà dove infermieri dell'emergenza urgenza sono chiamati a prestare servizio su questi mezzi.

In Europa l'idroambulanza viene utilizzata nel Regno Unito, in particolare per trasporto malati dalle Isole Scilly alla terra ferma, e in Svezia, presso la città di Göteborg, mentre esempi di idroambulanza italiane le troviamo nei due laghi nordici di Como e Garda, presso le isole di Capri, Ischia o Procida, ed un'imbarcazione adibita al trasporto di personale sanitario è attiva dal 2018

AL TRASIMENO IL 118 ARRIVA PER TERRA E PER LAGO

Il **territorio del "Trasimeno"** è un'area della provincia di Perugia, posta al confine con la Toscana, compresa nell'estensione territoriale dei comuni di Magione, Passignano sul Trasimeno, Tuoro sul Trasimeno, Castiglione del Lago, Panicale, Piegaro e Paciano e Città della Pieve.

In questo vasto territorio sono collocati tre punti di erogazione da cui partono i mezzi di soccorso



del 118 e sono rispettivamente dislocati presso la Casa della Salute di Città della Pieve, il presidio ospedaliero di Castiglione del Lago e presso il **C.O.R.I.** di Passignano.

Comprese nel territorio sono anche le tre isole, rispettivamente Isola Maggiore, Isola Polvese e la Isola Minore, dislocate nel Lago Trasimeno. Dai punti di erogazione di Castiglione del Lago e di Passignano, in maniera prevalente, in caso di una richiesta d'intervento, medici ed infermieri del 118 lasciano sul punto d'imbarco l'ambulanza e dopo aver trasferito il materiale sanitario sull'imbarcazione, s'imbarcano a sua volta e vengono condotti sul target dell'evento.

Il mezzo nautico in uso al Trasimeno non raggiunge, per caratteristiche strutturali, la massima definizione di "idroambulanza", ma di fatto nell'utilizzo, svolge in tutto e per tutto il ruolo di una "idroambulanza" che trasporta sanitari che forniscono assistenza medico/infermieristica a cittadini nelle Isole e Parco del Lago Trasimeno.

CENNI GEOGRAFICI E TURISTICI

Il Trasimeno è il maggiore lago presente in Italia centrale, il quarto fra tutti i laghi italiani, interamente compreso in territorio umbro (prov. di Perugia).

La profondità massima è di appena 6,30 m, ma il livello è oggetto di continue oscillazioni in senso diminutivo a causa del susseguirsi di stagioni povere di piogge.

Nel lago ci sono tre isole: Isola Maggiore, che conta un numero di undici residenti ca. che abitano stabilmente l'isola per 365 giorni l'anno; Isola Polvese che non conta residenti ma ha diverse strutture recettive sulla sua superficie; Isola Minore, proprietà privata, risulta essere al momento disabitata.

Ogni anno le isole del Trasimeno attirano stabilmente una media di 110.000 visitatori per la Maggiore e di 45.000 per la Polvese (dati forniti dal servizio provinciale di trasporto pubblico di Perugia) a questi vanno aggiunti tutti quei visitatori che utilizzando mezzi diversi dai traghetti Bus Italia si recano alle Isole.

IL MEZZO DI SOCCORSO NAUTICO AL TRASIMENO

Il soccorso sulle Isole è sempre esistito.

Operatori 118 lacustri narrano un passato i trasporti sanitari sui i mezzi più disparati quali: barche adibite ad uso prevalente di pesca, traghetto pubblico, pilotine di carabinieri e polizia provinciale. Le modalità d'azione durante l'evento erano strettamente connesse all'esperienza ed in stretta correlazione al mezzo di cui si poteva disporre nel momento e notevolmente influenzato dal professionista sanitario chiamato ad intervenire.

Nel marzo 2018 la Regione Umbria decide di dare codifica e forma definita al soccorso lacustre con l'attivazione di un mezzo di soccorso nautico.

"Attivata al Trasimeno imbarcazione 118: un servizio strutturato per un territorio di grande importanza per l'Umbria": Una speciale imbarcazione sanitaria, con personale medico, infermieristico e tecnico del 118, è stata attivata nel territorio del Lago Trasimeno per portare soccorso ad abitanti e turisti in caso di malori o incidenti nell'area lacustre, isole incluse."

Il mezzo di soccorso nautico ha avuto un'evoluzione nei cinque anni di attivazione.



Nel maggio 2018 fu varata la **pilotina CD7 matricola UM3266**.

Il mezzo in dotazione alla **Usl Umbria 1** era attraccato e partiva dalla darsena di Passignano sul Trasimeno.

A seguito dello sfortunato incidente del 6/01/2020, con la messa fuori uso della **Pilotina CD7** il servizio fu garantito grazie alla collaborazione tra Porto Sole di Tuoro e la **COVER/ CNOT** di Passignano che misero a disposizione del 118 un'imbarcazione ormeggiata a Tuoro dal febbraio al dicembre 2020.



Dal gennaio 2021 ad oggi l'**Asl Umbria 1** ha esternalizzato il solo servizio di trasporto cioè, è stato affidato ad un'associazione di volontari la fornitura del mezzo ed i suoi conducenti necessari al trasporto sanitari 118 per garantire il servizio emergenza/urgenza Isole e Parco del Trasimeno.



Le idroambulanze combinano le caratteristiche di un'imbarcazione e di un'ambulanza tradizionale, consentendo ai soccorritori di raggiungere rapidamente le persone bisognose di assistenza medica.

Il mezzo nautico in utilizzo al soccorso sanitario lacustre non viene definito "idroambulanza" ma "natante adibito al servizio di trasporto in acqua del personale sanitario".

La definizione non muta assolutamente la destinazione d'uso che di fatto ne viene fatta, inquanto all'arrivo dei sanitari al porto di partenza, questi attrezzano la barca trasferendovi dal mezzo terrestre, ambulanza, quanto necessario per garantire assistenza sanitaria sulle isole.



L'attività assistenziale necessaria inizia sulla terra ferma delle isole come in un qualsiasi altro target d'intervento ma prosegue e, se necessario s'intensifica, nel viaggio di rientro dalle isole verso la terra ferma.

Nessuna procedura assistenziale necessaria viene di fatto "sospesa" durante la traversata di ritorno.





Figura 3: immagini tratte dal servizio televisivo "i 30 anni del 118 in Umbria". Marzo 2021

INFERMIERE DI MEZZO NAUTICO E SICUREZZA DELLE CURE

La qualità e sicurezza delle cure nonché i migliori outcomes in termini di salute sono ottenibili attraverso un efficiente uso di risorse, impiegando metodologie e strumenti riconducibili a Linee guida e percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, coniugate ad una attenta gestione del rischio clinico senza escludere la sicurezza, valorizzazione e la relativa formazione del personale.

Accanto a normative di notevole importanza come la **legge 81/2008** e la **24/2017** il **Ministero della Salute** ha elaborato anche un documento denominato *"Uniti per la sicurezza- Dieci Guide per un'assistenza sanitaria più sicura"* indirizzate alla contemporanea tutela degli operatori e del cittadino.

La figura dell'infermiere adibito a mezzo di soccorso nautico non trova in letteratura attuale un **profilo competenziale** degno di nota ma è una realtà che esiste e che trova spazi d'azione in tutti quegli ambienti in cui si debba trasportare sulla terra ferma cittadini residenti in territori insulari non eccessivamente lontani dalla costa.

Sarebbe auspicabile ipotizzare la formulazione di un profilo professionale codificando in maniera specifica quale formazione, oltre a quella prevista dalla **Legge Nazionale SIS 118** che accomuna tutti gli infermieri coinvolti nel servizio emergenza/urgenza territoriale, integrandola con un percorso formativo ambiente di lavoro correlata.

Ogni operatore sanitario, sulla base dell'accordo entrato in vigore il 26/01/2012 in attuazione dell'**art. 37 del d. lgs. n. 81/08**, ha l'obbligo di frequentare un corso di formazione generale di 8 ore che costituisce credito formativo permanente ed uno specifico di 12 ore con contenuti specifici organizzati dal datore di lavoro.

La formazione specifica, fornita tramite il supporto di **"esperti nella disciplina con competenze certificate a livello ministeriale"**, deve focalizzarsi su rischi specifici (presenti in un servizio in ambiente acquatico), riservata al numero di operatori adibiti al servizio in oggetto, al fine di fornire competenze che permettano ai sanitari di capire e comprendere le caratteristiche del mezzo nautico, i giusti comportamenti da tenere nelle diverse fasi in cui si esplica il soccorso su natante e DPI specifici promuovendo una "coscienza" e "conoscenza" dei potenziali pericoli insiti nel ritrovarsi su di un mezzo nautico immersi in un ambiente ostile l'"acqua".

Il fornire l'acquisizione di competenze specifiche favorisce lo sviluppo di un pensiero critico/valutativo per far sì il sanitario divenga parte attiva del soccorso su mezzo nautico, come già di fatto accade nei tanti interventi su *"terra ferma"*.

¹<https://tuttoggi.info/lago-trasimeno-ambulanza-118-trasforma-in-barca/451347/>

²https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=877

4. Dimensione umana

A cura di **Cicchi Simone** e **Giulia**

In questo articolo dell'Infermiera Giulia Castellani e dell'Infermiere Simone Cicchi appare centrale il concetto del *"prendersi cura"*, sintesi dell'essere e del fare di chi presta assistenza, e attesa di ogni assistito.

Ne sono ingredienti fondamentali la passione, misterioso motore delle azioni più generose; l'intimità, che annulla le distanze; il rispetto della dignità e della sofferenza che sono proprie di ogni creatura; la capacità di interpretare i bisogni e rispondere nel modo più efficace ma anche rispettoso di una vita che si confronta con la propria fragilità.

Tutto questo è *"prendersi cura"* e non di rado si trasforma in *"cura"* poiché corpo e spirito sono due entità inscindibili e l'una non sopravvive senza l'altra. Il prendersi cura nella sua accezione più profonda e meno tecnica non è materia d'insegnamento, ma si può certamente perseguirla e coltivarla se non si dimentica la sacralità della vita umana in tutte le sue imperfette manifestazioni.

Luisa Pascucci

....A Luca



LA DIMENSIONE UMANA DELL'INFERMIERE

Si dice che Diogene girasse con una lanterna in mano per le strade di Atene *"cercando un uomo"*. L'uomo si è sempre interrogato su chi fosse. Nel libro dei Salmi, attribuito al re Davide dalla tradizione ebraica, troviamo nel Salmo 8 la domanda *"che cosa è l'uomo"*, o nel Salmo 63 *"un baratro è l'uomo e il suo cuore un abisso"* il cui eco raggiunge Sant'Agostino, nella frase a lui attribuita, *"l'uomo è un mistero e il suo cuore un abisso"* nel suo libro de *"Le confessioni"* e ribadito nel secolo scorso dalla psicanalisi con Freud e Jung.

Ed ancora oggi questa domanda risuona in ogni trattazione filosofica e, in ultima analisi, in ogni persona: **chi sono io e chi è l'altro.**

Questo articolo non vuol essere una trattazione filosofica anche se, inevitabilmente, sfiorerà i

“I lembi del mantello” di questa altissima disciplina. Per parafrasare Diogene ci si chiede *“cerco un infermiere”*.

“In questo contesto quindi è possibile sperimentare numerose dimensioni dell'essere infermiere in tutta la sua complessità.

*La prima e la più importante di tutte ritengo sia la **dimensione umana** intendendo con questo **l'impatto sulla totalità della propria persona rispetto al trovarsi immersi in un ambiente che è quello familiare e di vita del paziente.**”*

Introducevo così, nell'articolo de *“L'infermiere del Distretto”*, una delle sei dimensioni dell'essere infermiere. In quell'articolo la riflessione si era soffermata nell'ambito dell'attività domiciliare ed era stato appena accennato.

In questo si vorrebbe rintracciare lo specifico dell'infermiere in ogni ambito in cui opera. In altre parole se si possa parlare di *“essere”* infermiere come dimensione ontologica o di *“fare”* l'infermiere.

La predisposizione all'aiuto dell'infermiere, qualità innata che troviamo in ogni persona, è specificamente orientata verso la fragilità del corpo in quella condizione che viene definita di malattia.

Tutti infatti aiutiamo e veniamo aiutati. Un esempio di questo lo possiamo trovare con un elemento di per sé semplice come può essere il pane: il fornaio che si alza nel cuore della notte per far trovare questo alimento la mattina sugli scaffali del supermercato e, ancora prima, l'agricoltore che arando, seminando e raccogliendo produce il grano e poi il mugnaio e ancora il camionista che trasporta e il meccanico che ripara il mezzo di trasporto, il banconista che lo pesa e lo imbusta e la cassiera che lo fa scorrere sul nastro trasportatore e ce lo consegna per essere consumato e così via in una catena di solidarietà.

Nello specifico dell'infermiere la solidarietà è orientata al **prendersi cura dell'ammalato**.

Tante persone ci chiedono *“come fate a fare l'infermiere”* oppure affermano *“l'infermiere non potrei mai farlo”*, *“il sangue mi fa impressione”* e *“il vostro è un lavoraccio”* e così via. Ed in effetti non tutti alla fine diventano infermieri.

Qualcuno potrebbe osservare che anche il medico ha questa indole e comunque ognuno coinvolto nella disciplina sanitaria ce la dovrebbe avere. E indubbiamente è così. **Quindi cosa rende così specifico l'essere o il fare infermiere?**

Riteniamo che il ruolo specifico dell'infermiere è il prendersi cura dell'altro in modo prossimo e intimo.

Sovente infatti le distanze tra l'infermiere e il paziente sono azzerate arrivando il primo nell'intimità, nella quotidianità e non, del secondo dove nessuno o quasi si è mai avvicinato.

Potremmo quindi dire che un ruolo specifico dell'infermiere è quello di prendersi cura della persona malata facendosi così prossimo come a nessuno è consentito arrivare.



Da questa peculiarità ne dovrebbe discendere che l'avvicinarsi così tanto dovrebbe essere accompagnato dal riconoscere all'altro una particolare **dignità**.

Questa dignità viene riconosciuta nella misura in cui si prende consapevolezza del fatto che l'altro potrei essere io. Il riconoscere dignità all'altro passa anche dal tentativo di *"sanare"* quell'ingiustizia che la malattia ha inferto alla persona. E allora ecco che la *"ferita"* diventa una bella ferita da guarire.

Un'uscita in emergenza diventa un *"bell'intervento"* da effettuare o una vena diventa bella se si può incannulare o, ancora, diventa *"bella"* una cateterizzazione difficile riuscita. E si potrebbe continuare così per ogni attività svolta dall'infermiere. Da chi non lavora in ambito sanitario e ascolta o legge questi *"discorsi"* certamente ne uscirà, a dir poco, disgustato.

Saper assimilare e metabolizzare la sofferenza fisica altrui dovrebbe essere un altro aspetto tipico dell'infermiere. Ma in che modo ne è capace? **Accogliendo l'altro in una sorta di compassione - patire con - alleviandone così il peso della solitudine nella condizione di malattia e dando speranza.** È infatti inevitabile l'impatto emotivo e umano della sofferenza altrui sul proprio essere.

Quindi l'infermiere è colui che **si prende intimamente cura dell'altro, riconoscendone la dignità, nella sofferenza da sanare come fosse un'ingiustizia.**

Questo avviene quotidianamente. Non c'è un paziente accanto al quale non si china un infermiere. Quando occorre lo fa anche dimenticandosi di sé. L'altro viene prima dei problemi che, inevitabilmente, l'infermiere porta da casa. Quando più, quando meno, cerca di dimenticarsi dei suoi problemi per far fronte a quelli degli altri considerati più urgenti dei propri.

Nelle calamità o in situazioni estreme lo fa **in maniera eroica** al massimo grado ma nella quotidianità lo fa con **costanza, perseveranza e passione**.

L'infermiere è perciò un appassionato del benessere altrui, che ricerca con costanza e perseveranza, prendendosi intimamente cura della persona riconoscendone la dignità nella condizione di malattia.

Il prendersi intimamente cura significa che un'altra caratteristica essenziale dell'infermiere è quella di **saper leggere e rispondere ai bisogni sanitari della persona che ha davanti**. Per bisogni intendiamo quell'ampia gamma di segni e sintomi prodromi o manifestazioni della malattia vera e propria. Allora una ferita maleodorante e con la cute rossa, una cianosi periferica, febbre, pallore diffuso, tachipnea e molti altri segni e sintomi "*avvertono*" che nella persona sta succedendo qualche cosa che richiede l'intervento nostro e del medico.

In questo ambito, come in numerosi altri di cui non ci occuperemo in questo articolo, la collaborazione medico/infermiere diventa cruciale per rispondere, al meglio delle possibilità offerte dalla medicina e dall'infermieristica delle evidenze, al bisogno sanitario espresso dalla persona.

L'infermiere è perciò un **appassionato del benessere altrui che ricerca con costanza e perseveranza, prendendosi intimamente cura della persona ne riconosce la dignità nella condizione di malattia sapendo leggere e rispondere ai bisogni sanitari assimilando e metabolizzando la sofferenza con cui quotidianamente viene a contatto**.

5. La violenza che subiscono gli infermieri

5.1 Sotto Assedio: Il Grido Silenzioso degli Infermieri Vittime di Violenze sul Luogo di Lavoro

A cura di *Mipartini Andrea*

Il tema della violenza nei confronti degli infermieri è un problema sempre più rilevante e preoccupante, specialmente considerando gli eventi che si sono verificati nel mese di gennaio, sia a livello nazionale che regionale. Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, svolgono un ruolo cruciale nella cura e nell'assistenza ai pazienti, ma purtroppo **sono sempre più spesso vittime di atti violenti sul luogo di lavoro.**

La crescente preoccupazione riguardo alla sicurezza degli infermieri è giustificata da episodi recenti che hanno evidenziato la vulnerabilità di questi professionisti nel corso della loro attività quotidiana. La violenza può manifestarsi in diverse forme, tra cui **aggressioni verbali, minacce, molestie fisiche e psicologiche**, creando un ambiente di lavoro non solo dannoso per la salute degli operatori, ma anche in grado di **compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria**

**BASTA VIOLENZE SUL
PERSONSLE SANITARIO**



Questi incidenti non solo impattano negativamente sulla salute e sul benessere degli infermieri, ma possono anche influenzare la loro motivazione, professionalità e dedizione al lavoro.

È fondamentale affrontare questa problematica in modo serio, implementando misure preventive e strategie di sicurezza che possano garantire **un ambiente di lavoro sicuro per gli operatori sanitari.**

In questo contesto, è importante promuovere la consapevolezza riguardo al problema della **violenza nei confronti degli infermieri**, coinvolgendo la comunità, gli enti governativi, le istituzioni sanitarie e le organizzazioni sindacali.

Solo attraverso un impegno collettivo e l'adozione di politiche mirate si potrà sperare di ridurre o eliminare questa crescente minaccia, consentendo agli infermieri di svolgere il loro prezioso ruolo nel sistema sanitario in un **ambiente sicuro e rispettoso**.

Nel corso del 2022, l'**Inail** ha documentato oltre **1.600 casi di aggressione e violenza nei confronti del personale sanitario**, evidenziando un aumento sia rispetto all'anno precedente che al 2020. Questo incremento si verifica nonostante le restrizioni di accesso alle strutture ospedaliere e assistenziali nel 2020 a causa dell'emergenza *Covid-19*. Questi dati emergono dal recente numero del periodico "*Dati Inail*", curato dalla **Consulenza statistico attuariale dell'Istituto**, che ha dedicato un focus a questo fenomeno. È importante sottolineare che questa cifra rappresenta solo una parte della realtà, poiché non include i medici e gli infermieri liberi professionisti non assicurati dall'**Inail**, tra cui i medici di famiglia e le guardie mediche.

Nonostante una lieve ripresa rispetto ai due anni precedenti, il dato del 2022 si colloca al di sotto di quanto registrato nel periodo precedente alla pandemia. Nel 2018 e 2019, infatti, i casi di violenza nel settore sanitario superavano i duemila all'anno. Questa tendenza sottolinea la persistenza di una problematica che richiede l'attenzione delle istituzioni e una riflessione approfondita sulle misure preventive da adottare per garantire la sicurezza del personale sanitario nel corso della loro attività professionale.

Nella maggior parte delle situazioni, gli autori di aggressioni risultano essere i pazienti e i loro familiari. Escludendo gli incidenti legati al *Covid-19*, che hanno interessato gli operatori sanitari in misura superiore rispetto ad altre categorie professionali, si osserva che circa il 10% degli infortuni avvenuti nel contesto delle attività in corsia, riconosciuti positivamente dall'Istituto, sono attribuibili a episodi di violenza. Questa percentuale, all'interno della gestione assicurativa Industria e servizi, si limita al 3%.

In gran parte, queste violenze derivano da **individui esterni all'organizzazione sanitaria**, come pazienti e loro familiari. Al contrario, sono meno frequenti gli incidenti legati a dispute tra colleghi, rappresentando circa il 7% dei casi, e le aggressioni provenienti da animali, prevalentemente riscontrate tra i veterinari, che costituiscono circa il 6% degli episodi.

Una proporzione significativa delle vittime di aggressioni, pari al **33%**, è costituita dagli **infermieri**. Nel periodo quinquennale 2018-2022, il 37% degli episodi si è verificato nell'ambito dell'Assistenza sanitaria, comprendente ospedali, case di cura e studi medici. Il 33% riguarda i Servizi di assistenza sociale residenziale, quali case di riposo, strutture di assistenza infermieristica e centri di accoglienza, mentre il restante 30% si concentra nell'Assistenza sociale non residenziale.

In particolare, **le donne rappresentano la maggioranza delle vittime**, superando il 70% degli infortunati, in linea con la distribuzione di genere registrata dall'Istat per gli occupati nel settore.

Analizzando le professioni coinvolte, i tecnici della salute, tra cui infermieri e fisioterapisti, costituiscono **un terzo delle persone colpite**, seguiti dagli operatori socio-sanitari con circa il 30%, e dagli operatori socio-assistenziali con oltre il 16%. I medici, invece, sono coinvolti in quasi il 3% degli episodi.

I fattori di rischio legati al fenomeno di violenza e aggressioni contro gli operatori sanitari comprendono **tempi di attesa prolungati, lavoro in solitaria e contesto socio-economico**. Affrontare questo problema richiede un approccio diversificato, poiché le cause e gli impatti sono di natura organizzativa, sociale ed economica, andando oltre la semplice gestione aziendale. Pertanto, è cruciale che il datore di lavoro conduca un'analisi approfondita del rischio e adotti le **misure di prevenzione necessarie**. A livello organizzativo, i fattori che influenzano la probabilità di episodi di violenza includono sia elementi interni che esterni all'ambito lavorativo, come l'organizzazione e la fornitura dei servizi, i tempi di attesa, il contesto sociale ed economico, la tipologia di utenza, la posizione e le dimensioni della struttura, nonché il lavoro svolto in solitaria.

La **legge 113** del 2020 ha istituito un osservatorio nazionale e ha aumentato le pene per i responsabili di tali atti. Tra le iniziative messe in atto per contrastare questo fenomeno, Dati Inail fa riferimento alla **Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute del 2007**, che si focalizzava sugli atti di violenza contro gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali, fornendo linee guida sulla prevenzione, con particolare attenzione alle attività a rischio elevato, come le aree di emergenza, i servizi psichiatrici, quelli per le tossicodipendenze, la continuità assistenziale e la geriatria.

Successivamente, la legge n. 113 del 14 agosto 2020 ha introdotto varie misure, tra cui l'istituzione di un **osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie**, l'aumento delle pene per chi commette aggressioni, iniziative di informazione e protocolli operativi specifici con le forze dell'ordine per garantire interventi rapidi.

Ciò che preoccupa maggiormente sono i casi di violenza non segnalati. La **Fnopi** segnala una situazione critica con oltre 120.000 casi non segnalati all'anno di aggressioni contro gli infermieri.

Il 75% di queste aggressioni coinvolge donne, con il 40% dei casi caratterizzati da **violenze fisiche**. Si tratta di autentiche aggressioni che hanno lasciato segni indelebili: il 33% delle vittime è stato colpito da situazioni di burnout, mentre il 10,8% presenta danni permanenti a livello fisico o psicologico. Va sottolineata l'inefficienza di affidare tutto al Pronto Soccorso e la necessità di servizi territoriali più estesi e con una maggiore conoscenza del territorio.

5.2 Affrontare la violenza: basi per strategie di prevenzione e gestione delle situazioni critiche

A cura di **Mipatrini Andrea**

Gli operatori dei servizi sanitari sono esposti ad un significativo rischio di subire atti di violenza durante l'espletamento dell'assistenza. Tale problematica è stata riconosciuta come così rilevante che nel 2007 il **Ministero della Salute** ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento, inserendo anche **gli "atti di violenza a danno di operatore"** tra gli *Eventi Sentinella*, da segnalare attraverso il **flusso SIMES** (*Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*). Questo sistema di raccomandazioni ministeriali e il flusso SIMES sono stati concepiti con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Con la **legge n. 113** del 14 agosto 2020, focalizzata sulla *"sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"*, si è istituito l'**Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie**. Questo organismo ha compiti specifici di monitoraggio, studio e promozione di iniziative finalizzate a garantire la sicurezza dei professionisti.

Negli ultimi tempi, **il tema dell'aggressività e della violenza contro gli operatori sanitari e socio-sanitari è diventato sempre più rilevante**, manifestandosi in episodi ripetuti di aggressione fisica e verbale. Questi eventi non solo costituiscono un problema di rilevanza sociale, ma indicano anche cambiamenti culturali nella percezione dei diritti e doveri sanciti dal Sistema Sanitario Nazionale. La base di una relazione sana nel percorso di cura e nella convivenza civile risiede nel rispetto reciproco tra operatore socio-sanitario e assistito.

Denunciare la violenza in ambito sanitario è un passo importante, ma non sufficiente. È essenziale fornire agli operatori sanitari e sociosanitari gli strumenti necessari per affrontare la fatica derivante dalla cura. Gestire l'aggressività e la violenza da parte degli assistiti rappresenta una delle principali sfide, specialmente per il personale medico, infermieristico e per gli assistenti sociali.

Gli operatori dei servizi sanitari, tra cui gli infermieri, si trovano spesso ad affrontare pazienti aggressivi e scontenti, diventando vittime di violenze verbali e fisiche. Le strutture sanitarie e il loro personale, tuttavia, non sempre sono adeguatamente preparati o qualificati per gestire efficacemente tali situazioni.

È imperativo promuovere la sicurezza sul lavoro e diffondere la consapevolezza tra gli operatori sanitari riguardo agli aspetti relativi al lavoro in sicurezza. Questo mira a instillare una cultura etica nelle relazioni di cura e a promuovere la sicurezza dei pazienti, prevenendo danni derivanti dai processi di cura e migliorando la sicurezza dei lavoratori.

Un punto focale è la necessità di integrare nella formazione universitaria e post-universitaria metodologie idonee per comunicare ed acquisire conoscenze di base della psicologia. Queste competenze risultano cruciali nei percorsi di cura e diagnosi per favorire l'umanizzazione della cura e il raggiungimento dell'empowerment. **La comunicazione efficace e terapeutica tra professionisti e pazienti è di fondamentale importanza per costruire relazioni solide.**

Il tema della violenza sul luogo di lavoro, tuttavia, non si limita alle aggressioni verbali o fisiche da parte dei pazienti. **Esistono molteplici forme di violenza**, come il mobbing o bullismo sul lavoro, che coinvolgono aggressioni tra colleghi o da superiori verso subordinati. Queste situazioni trasformano l'ambiente lavorativo in un luogo ostile, causando elevato assenteismo, alto ricambio di personale, un clima lavorativo negativo e basso rendimento.

Per promuovere la collaborazione all'interno dell'azienda, risultano particolarmente efficaci gli strumenti di salute e sicurezza professionale basati sull'**analisi**. A questo scopo, l'adozione di procedure di analisi dei dati riguardanti la diminuzione della capacità lavorativa, la valutazione dei rischi, l'analisi della situazione di lavoro, nonché indagini tra i lavoratori e consultazioni con il personale, si configura come una pratica fondamentale.

Questi approcci analitici forniscono una base solida per identificare e affrontare potenziali rischi e problemi, contribuendo così a migliorare la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro e a favorire un ambiente collaborativo e sicuro per tutti i dipendenti.

Inoltre, è importante considerare le **vessazioni**, che includono atti ostili e comportamenti offensivi indesiderati, e possono anche coinvolgere molestie sessuali. Tutti questi fenomeni richiedono una profonda riflessione e l'implementazione di misure preventive e protettive per garantire un ambiente lavorativo sano e sicuro. Dobbiamo prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono, è uno degli obiettivi prioritari aziendali.

Il concetto di prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro ha subito diverse evoluzioni nel corso degli anni. L'implementazione della prevenzione nelle organizzazioni, indipendentemente dalla loro dimensione e settore di attività, costituisce una sfida gestionale che richiede il coinvolgimento e il controllo di tutti gli attori della prevenzione identificati dalla normativa vigente.

Sebbene le norme rappresentino le condizioni minime da rispettare, molti datori di lavoro considerano ancora la prevenzione come un obbligo formale, spesso gestito su base cartacea e delegato agli specialisti. Per promuovere una cultura e modalità operative di prevenzione che vada oltre il mero adempimento normativo, **è necessario integrare contributi provenienti da diverse discipline del campo della salute e sicurezza sul lavoro.**

Nell'ambito dei gruppi di lavoro, il comportamento individuale è fortemente influenzato da dinamiche sociali, influenze reciproche, valori e norme. Gli studi sulla sicurezza sul lavoro hanno inoltre identificato fattori cruciali, come il clima di sicurezza, l'atteggiamento del lavoratore, la percezione di controllo e le caratteristiche sociali e demografiche del lavoratore (età, anzianità lavorativa, ecc.), nel determinare i comportamenti di sicurezza in ambito lavorativo.

Nelle strutture sanitarie, sia ospedali che distretti socio-sanitari, persiste un elevato numero di eventi infortunistici. Gli operatori sanitari, sia in ambito ospedaliero che territoriale, sono esposti a molteplici fattori che possono compromettere la loro salute e sicurezza.

Tra questi, il rischio di violenza sotto forma di aggressioni, omicidi o altri eventi criminali con conseguenze gravi o fatali, assume un ruolo di particolare rilevanza. L'aggressione è definita come un atto di violenza o interazione sociale apertamente volta a infliggere danno, caratterizzato da intenti dannosi e premeditati.

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono considerati "*eventi sentinella*", segnalando la presenza di situazioni di rischio o vulnerabilità nell'ambiente di lavoro, che richiedono **l'implementazione di adeguate misure di prevenzione e protezione per i lavoratori**. I dati dell'**INAIL** evidenziano infortuni in aziende sanitarie in cui le vittime sono colpite da altre persone, spesso attraverso violenze, aggressioni o minacce.

Studi specifici indicano che medici e infermieri sono professioni a rischio di aggressione, confrontandosi con un rischio simile a quello di poliziotti e altre forze dell'ordine. Circa l'85% delle aggressioni proviene dai pazienti, di cui il 25% presenta disturbi psichici e il 6% è sotto l'influsso di droghe. Altri casi di aggressione, circa il 25%, sono perpetrati da persone che accompagnano il paziente.

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono ritenuti "*eventi sentinella*" poiché indicano situazioni di vulnerabilità o rischio nel contesto lavorativo, richiedendo l'adozione di misure preventive e protettive adeguate.

Il **National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)** definisce la violenza sul posto di lavoro come qualsiasi forma di aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica durante l'orario lavorativo. Questa definizione include insulti, minacce o forme di aggressione, sia fisica che psicologica, da parte di individui esterni all'organizzazione, compresa la clientela, che mettano a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere delle persone coinvolte.

L'incidenza crescente di atti di aggressione e violenza contro gli operatori sanitari richiede una maggiore attenzione al fine di prevenire, riconoscere precocemente e trattare i potenziali aggressori. L'esperienza di fronte a utenti fisicamente aggressivi è un evento che tutti gli operatori sanitari possono affrontare almeno una volta nella loro carriera. Per contrastare la violenza, **è cruciale agire sulla prevenzione per ridurre al minimo gli episodi di aggressione.**

Gli operatori sanitari, in particolare, sono esposti a rischi significativi, con le aree come i **Servizi di Emergenza-Urgenza**, i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**, i **Centri di Salute Mentale** e i **Servizi per le tossicodipendenze** che presentano un aumento dei casi di violenza. Gli atti aggressivi spesso vanno oltre le offese verbali, sfociando in contatti fisici, e in alcuni casi, possono persino portare alla morte.

L'aumento dei comportamenti violenti verso gli operatori sanitari richiede un adeguato intervento gestionale, la formazione del personale, la comprensione del fenomeno e modifiche ambientali per garantire un contesto sicuro per utenti e operatori. La violenza contro gli operatori sanitari è un fenomeno in costante crescita presente in tutti gli ambiti di assistenza socio-sanitaria, sottolineando la necessità di un'azione coordinata per garantire la sicurezza di tutti gli interessati. **I dati epidemiologici indicano un continuo aumento della violenza nei confronti degli operatori sanitari, presente in tutti gli ambiti dell'assistenza socio-sanitaria.**

Affinché gli ambienti e i comportamenti in cui vengono fornite le prestazioni di ascolto, cura ed assistenza siano sicuri per utenti e operatori, è fondamentale un'azione gestionale corretta, la formazione del personale, lo studio approfondito del fenomeno e la modifica dell'ambiente.

Il comportamento violento segue spesso una progressione, partendo da espressioni verbali aggressive fino a giungere a gesti estremi come l'omicidio. Conoscere questa progressione consente al personale di comprendere gli eventi e intervenire tempestivamente. Le procedure di gestione devono essere comunicate e accessibili a tutti gli operatori nelle strutture socio-sanitarie, mirando a prevenire ulteriori danni e limitare le conseguenze negative.

L'obiettivo delle procedure è **contenere gli atti di maltrattamenti/aggressione nei confronti degli operatori**, implementando misure organizzative e strutturali per ridurre il rischio derivante dai comportamenti aggressivi e dagli atti di violenza. Fornire a tutti gli operatori le conoscenze e le competenze necessarie per valutare, prevenire e gestire tali eventi è cruciale. La violenza può avere gravi ripercussioni sull'organizzazione, rendendo più difficile per i lavoratori dare il massimo in un ambiente permeato da timore e risentimento.

Per prevenire atti di violenza contro gli operatori sanitari, sono necessarie misure precauzionali, in particolare a livello organizzativo. Gli effetti negativi sulla struttura possono manifestarsi attraverso un aumento dell'assenteismo, una perdita di motivazione e produttività, un deterioramento dei rapporti di lavoro e difficoltà nell'assegnazione di altre unità lavorative nella stessa area.

Tra le misure organizzative consigliate:

- Mantenere un ambiente non affollato e privo di rumori molesti.

- Sensibilizzare il personale affinché segnali sempre episodi di aggressioni o minacce.
- Regolamentare l'accesso a specifiche aree, reparti o ambulatori.
- Assicurarsi che i pazienti siano informati chiaramente sui tempi di attesa e fornire aggiornamenti regolari.
- Durante consulenze, esami o trasferimenti critici, garantire la presenza di almeno due professionisti.
- Evitare indossare cravatte o collane e limitare oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni.
- Mantenere l'ambiente privo di arredi che potrebbero essere usati come armi improprie.
- Formare il personale per gestire situazioni critiche e controllare pazienti aggressivi.
- Fornire identificazioni con solo il nome per il personale a rischio.
- Per l'assistenza domiciliare, prevedere la presenza di un accompagnatore in situazioni ad alto rischio o comunicare gli spostamenti ad altri operatori per conoscerne la localizzazione.

DE-ESCALATION VERBALE

Gli operatori sanitari, inclusi gli infermieri, possono essere esposti al rischio di aggressioni e violenze durante l'attività lavorativa, gestendo situazioni emotive intense da parte dei pazienti e dei familiari in uno stato di vulnerabilità.

La **Raccomandazione n. 8** del 2007 rappresenta il primo atto governativo italiano che affronta il problema della violenza nei confronti degli operatori sanitari, fornendo indicazioni operative.

Gli episodi di violenza sono considerati eventi sentinella, indicando la presenza di rischi nell'ambiente di lavoro che richiedono misure di prevenzione. La **de-escalation verbale** è una strategia chiave per gestire situazioni potenzialmente violente.

Questa comprende il controllo di sé, la posizione fisica adeguata e l'uso di tecniche verbali specifiche per ridurre la tensione.

La progressione del comportamento violento può variare da espressioni verbali aggressive a gesti estremi come l'omicidio. La definizione di aggressione comprende azioni violente nei confronti di altre persone, mentre le minacce coinvolgono l'espressione del proposito di arrecare danno.

La de-escalation verbale coinvolge il controllo di sé, la posizione fisica adeguata e tecniche verbali specifiche. È importante essere consapevoli di non lasciare oggetti potenzialmente pericolosi incustoditi e non rimanere soli con persone potenzialmente violente.

Se la de-escalation non funziona, è essenziale chiedere aiuto, chiamare le forze dell'ordine e segnalare l'atto di violenza alle autorità competenti.

Ulteriori accorgimenti durante la de-escalation includono evitare comportamenti "*eroici*", chiedere alla persona di andarsene e chiamare il supporto di sicurezza o colleghi se necessario.

Esistono varie tecniche per affrontare situazioni conflittuali e creare un ambiente favorevole al dialogo e alla risoluzione, come concedere tempo per riflettere e decidere.



AVOID THESE OBSTACLES

- **Distractions:** Keep your phone out of sight.
- **Getting Preoccupied:** Stay engaged in the conversation by actively listening rather than thinking about what to have for supper.
- **Focusing on the Facts Alone:** Consider where the speaker is coming from as well.
- **Watching How Someone Speaks:** Pay attention to what is being said rather than how it is being said.



BUILD UP YOUR EQ

- Understand how to read a room.
- Interpret the needs of others.
- Put yourself in other people's shoes.
- Keep your own emotions in check during tense situations.
- Make it your objective to get to an agreement.

Bibliografia e sitografia

1. Ministero della salute: "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Raccomandazione n° 8 di novembre 2007.
2. P. Fabbri, L. Gattafoni, M. Morigi; Contributi. "Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 4, 2012.
3. N. Ramacciati, A. Ceccagnoli; Scienze infermieristiche. "Violenza e aggressioni in Pronto soccorso: revisione della letteratura". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 5, 2011.
4. L. Desimone; Esperienze. "La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 4, 2011.
5. <http://www.stateofmind.it/2013/12/conflitto-divergenza-escalation-parte5/>.

5.3 Violenza contro il personale sanitario in Regione Umbria: testimonianze e proposte per una maggiore tutela.

A cura di **Mipatrini Andrea**

Dopo i gravissimi fatti che hanno interessato il personale infermieristico operante in Regione Umbria, a cui l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Perugia ribadisce massimo supporto, abbiamo pensato di raccontarvi le esperienze personali di alcuni colleghi.

Partiamo dai dati, che come al solito ci aiutano a contestualizzare il tema e a renderci conto di quanto il problema sia all'ordine del giorno.

Le domande scelte per questa intervista traggono ispirazione dallo studio **CEASE-IT**, studio multicentrico nazionale sugli episodi di violenza contro gli infermieri italiani sul posto di lavoro, presentato nell'ambito della Conferenza internazionale dell'**American Academy of Nursing (AAN)** dalla professoressa Annamaria Bagnasco, ordinario di *Scienze infermieristiche nel Dipartimento di Scienze della salute dell'Università di Genova*.

Tale studio, co-finanziato dalla **FNOPI**, riporta che ben l'89% degli infermieri italiani è stato vittima di violenza durante la sua vita professionale: circa 239 mila infermieri, di cui 180 mila donne; per oltre 130mila casi (il 58%) si è trattato di un'aggressione fisica.

Secondo i dati **Inail**, inoltre, di tutte le aggressioni al personale sanitario il 46% riguarda gli infermieri e il 6% i medici. Le aggressioni agli infermieri, dunque, sono circa 5mila in un anno in media 13-14 al giorno, tenendo conto che spesso quelle verbali non sono neppure denunciate.

Partendo da questa base epidemiologica, abbiamo deciso di incontrare alcuni infermieri che sono stati oggetto di violenza da parte di caregiver o pazienti, che hanno avuto il coraggio di parlarne e che in primis ci mettono la faccia, perché il problema è serio e il nostro intento è sensibilizzare soprattutto i cittadini e la nostra comunità alla tematica.

Decidiamo di incontrarci in modalità telematica perché la vita di un infermiere oggi, contrassegnata da turni massacranti e da reperibilità sempre più pressanti, è caratterizzata da pochi tempi utili per il proprio tempo libero.

Abbiamo deciso in sintesi di ascoltare alcuni colleghi operanti nei **Pronto Soccorso** umbri o che lavorano presso la *Centrale Operativa* perché maggiormente interessati da eventi violenti, come tristemente testimoniato dalle recenti notizie di cronaca che hanno visto una infermiera brutalmente offesa nel Pronto Soccorso di Foligno prima e un collega aggredito durante un soccorso territoriale presso Ellera di Corciano nella stessa settimana.

Per motivi di privacy i nomi degli operatori coinvolti non verranno divulgati e abbiamo deciso di adottare nomi di fantasia.

Tutti i colleghi intervistati hanno lunga esperienza di **Pronto Soccorso o di Emergenza Territoriale** e nonostante una Pandemia e la crisi del sistema sanitario regionale, tengono stretto il proprio posto di lavoro, perché ancora *"prestano fede"* al mestiere che hanno scelto, nonostante tutto.

Redazione: Buon pomeriggio ragazzi, grazie per la disponibilità.

Iniziamo col botto, se siete d'accordo, e vi chiedo perché si stanno verificando così tanti casi di violenza ai danni del personale sanitario?

Inizia Paola, infermiera esperta operante nel **Sistema di Emergenza Territoriale** da molti anni, che centra subito il problema: *“credo che stiamo attraversando un periodo abbastanza delicato, usciamo infatti dalla Pandemia che ci ha fatto migliorare su alcune prospettive ma che ha fatto emergere problematiche sociali a cui, forse, non davamo la giusta importanza”*. Continua *“un sistema sanitario che fatica a dare risposte ai cittadini di sicuro non aiuta e noi operatori sanitari, soprattutto chi lavora in prima linea come nei Pronto Soccorso o nelle ambulanze del 118 subiamo le conseguenze più gravi: da tenere in considerazione c'è anche la tipologia di paziente che abbiamo di fronte; ad esempio pazienti con obnubilamento del sensorio che a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti e/o alcool o perché affetti da patologie psichiatriche, possono essere un'ulteriore causa del problema”*. Riprende il discorso Marco, infermiere esperto di **Pronto Soccorso e Triage**, dicendo che *“non meno importante è forse il mancato rispetto della professione infermieristica e il non riconoscerci come professionisti”* che come per tutti gli altri intervistati, insieme alla condizione quotidiana di sovraffollamento dei Pronto Soccorso e dell'allungamento dei tempi di attesa nei servizi, creano immancabilmente escalation di violenza sia verbale che fisica.

Gli studi indicano come principali cause il personale ridotto, l'elevato carico di lavoro e la tipologia dei pazienti, ma voglio sapere da voi cosa ne pensate?

Inizia Nicola *“certamente l'organico ridotto e l'elevato carico di lavoro non aiuta, in quanto il personale è sottoposto a più alti livelli di stress lavoro correlato e le numerose richieste da soddisfare in un turno lavorativo possono portare il professionista anche a non sentirsi più adeguato a ricoprire questo ruolo”*. Il concetto che espone di seguito Paola è dirimente: *“la tipologia di pazienti è un punto fondamentale in quanto ovviamente è compito del professionista cercare di modulare il suo comportamento in base all'utente che ha di fronte. Altra cosa invece è la maleducazione, che purtroppo è in crescita!”*. Conclude Luca *“rispetto a molti anni fa è cambiato il modo di porsi delle persone: ad esempio, i genitori che accompagnano i figli in stato di agitazione per abuso etilico o che sono stati trasportati per incidenti stradali, invece che aiutarci nel nostro lavoro, lo intralciano; non prestano i consensi per i test se i pazienti sono minorenni, sono aggressivi anche con le forze dell'ordine; sta diventando tutto un paradosso”*.

La violenza verbale e soprattutto fisica è in aumento in particolare sugli infermieri, perché?

Alla domanda risponde Paola che sintetizza così: *“riguardo la violenza verbale la cosa che desta preoccupazione è che noi infermieri a volte non ce ne accorgiamo nemmeno più e, per questo, segnaliamo poco”*. Luca, infermiere esperto di Pronto Soccorso e referente aziendale preposto alla segnalazione dei casi di aggressione, agganciandosi al discorso continua con *“è proprio così, ancora oggi abbiamo la tendenza di vederci in difetto se segnaliamo certi abusi o offese; molte volte le stesse persone che ci chiedono aiuto pensano che sia normale pretendere di passare prima di altri o che noi infermieri non siamo in grado di valutarli in Triage”*. Seguita Marco dicendo che *“la formazione dei professionisti infermieri che fanno attività di Triage o che troviamo nel Soccorso Territoriale è estremamente specialistica ed è fatta di tantissima formazione sia abilitante che continua: le persone ancora ci vedono come meri esecutori del medico, dediti a fare solo il giro letti ed è per questo che molte volte non rispettano le nostre decisioni o non accettano i nostri suggerimenti”*.

Per quanto riguarda la violenza fisica Paola ci tiene a sottolineare che *“non veniamo riconosciuti come professionisti ma come parte di un sistema che non riesce a dare risposte e, quindi passa il messaggio che tutto è lecito, anche l'uso della violenza per ottenere un servizio, che in molte occasioni è scelto dall'utente perché informato male o perché crede di trovare soluzioni immediate abusando di un sistema, sottolineo di emergenza-urgenza, e non ordinario”*.

Nicola conclude il discorso, collegandosi ai dati Inail, affermando che *“almeno giornalmente un infermiere di Triage o di Pronto Soccorso viene aggredito verbalmente e siamo così assuefatti da un sistema che non regge più con questo carico e con questa domanda, che ci sembra normale abbassare la testa e non denunciare chi aggredisce; noi viviamo il lato peggiore della professione d'aiuto dove diventa problematico denunciare chi dovrete assistere nel bene e nel male”*.

Come si torna al lavoro dopo un caso di aggressione?

Inizia Luca, infermiere esperto in **Triage**, che ci racconta di aver subito una brutta aggressione fisica da un ragazzo molto giovane che, senza alcuna motivazione e in stato confusionale per sospetto uso, poi confermato, di alcol e stupefacenti, lo ha colpito al volto provocandogli un trauma facciale con numerosi giorni di prognosi: *“al lavoro si torna con la paura che possa accadere di nuovo, perché di fatto non lo possiamo prevedere e, quando accade si può solo fare in modo di proteggersi e limitare i danni fisici; io a distanza di una settimana ho assistito un paziente straniero che a causa di un diverbio con l’accompagnatore si è subito alterato e devo ammettere di aver provato un senso di panico e di aver subito sentito una tachicardia crescente”*. Chiude Nicola spiegandoci che *“è difficile dire se si torna sereni al lavoro: nel mio caso sicuramente no, anche perché sottolineo la completa estraneità dell’azienda nell’affrontare il percorso dopo l’aggressione, che nel mio caso mi ha visto essere costretto a procedere con la denuncia a querela di parte e non d’ufficio”*.

Avete seguito un percorso, anche psicologico, per facilitare il ritorno al lavoro?

Qui il gruppo si divide a metà. Se Paola o Nicola ci spiegano che *“né personale né tanto meno l’azienda hanno messo a disposizione dei propri professionisti un supporto specifico”*, Luca ha avuto la possibilità di frequentare lo psicologo dell’Azienda e ci ha detto che *“è stato utile per prendere tempo e, a mente lucida, capire che denunciare era la cosa giusta”*.

Alcune aziende hanno subito l’eliminazione delle Guardie Giurate in ospedale o il depauperamento dei posti di polizia dedicati, secondo alcuni studi, questo fenomeno potrebbe aver influenzato negativamente le escalation di violenza all’interno dei Dipartimenti di Emergenza Accettazione, voi che ne pensate?

Ci rispondono in contemporanea più intervistati con la conclusione che l’eliminazione del posto fisso e la mancata presenza delle guardie giurate ha causato sicuramente un aumento dei casi.

Paola infatti sottolinea che *“sarebbe un forte deterrente la presenza fissa di forze dell’ordine o comunque delle guardie giurate all’interno del Pronto Soccorso; per le ambulanze sarebbe auspicabile che le forze dell’ordine possano garantire la sicurezza anche durante il trasporto dei pazienti salendo a bordo dei mezzi e non solo in caso di esecuzione di **ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio, ndr)** o **TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio, ndr)** poiché alcuni casi di aggressione non denunciata di mia conoscenza sono connesse al **“trasporto protetto”** di pazienti in forte stato di agitazione psicomotoria, non necessariamente psichiatrici, che di protetto ha ben poco”*.

Il sistema dell’emergenza territoriale, così come all’interno dei Servizi di Accettazione di Triage, sono oggetto di violenze molte volte connesse alle attese (del mezzo, della visita ecc...), come possiamo risolvere la situazione? Tenendo conto che l’aumento di risorse umane o tecnologiche è improduttivo, perché aumenta solo la domanda a medio-lungo termine.

Nicola ci dice che *“considerando che le richieste di intervento dei mezzi di soccorso sono nettamente in aumento e non sempre per patologie che necessitano del invio dell’ambulanza, la prima cosa è fare educazione sanitaria tramite canali mediatici istituzionali e non, inserzioni durante l’uso di applicazioni nei cellulari, lezioni a scuola ecc..., in pratica, tutto ciò che serve a far capire che il mezzo mobile di rianimazione non serve per saltare la fila nei Pronto Soccorso”*. Marco aggiunge che *“non raramente, chi è sprovvisto di mezzo proprio e non ha condizioni di salute critiche si permette di attivare l’ambulanza per arrivare facilmente in ospedale, una cosa assurda che denota disinformazione e mancanza di rispetto verso coloro che hanno realmente bisogno”*.

Luca e Marco ci tengono a precisare che l’aumento di risorse probabilmente non serve ma l’adeguamento degli organici si poiché *“sono ormai anni da dopo la Pandemia che continuano a volatilizzarsi i medici di Pronto Soccorso, così come aumentano i colleghi infermieri che esprimono la volontà di andarsene, perché oltre il turno, nei **DEA (Dipartimento di Emergenza Accettazione, ndr)** devi garantire le **Pronte Disponibilità**, i trasferimenti presso altre strutture, magari fuori regione e si attinge sempre dai soliti noti”*.

Alcune aziende hanno proposto e accreditato corsi per la gestione della “comunicazione difficile” o veri e propri incontri di “sicurezza personale”, cosa ne pensate? Ne avete avuto esperienza?

Paola ci racconta di aver *“partecipato ad un corso di sicurezza personale ed è stato utile, sarebbe importante che non fosse una tantum”*. Marco ci racconta che nella sua Azienda l'evento è stato fortemente voluto del responsabile del Rischio Clinico e a medio termine è stato piuttosto utile, perché era composto da una parte di addestramento e da una parte di tecniche psicologiche per la gestione del conflitto, veicolate da uno psicologo esperto.

Anche in questo caso il corso non è stato più riproposto così con il tempo si è persa la dimestichezza delle tecniche di difesa: gli stessi operatori che avevano frequentato l'evento non lavorano più in Pronto Soccorso e nonostante le richieste da parte dei neoassunti, l'evento non è stato più fatto.

Il reato di violenza o minaccia verso un Pubblico Ufficiale o un Incaricato di Pubblico Servizio è normato dall'art. 336 del Codice Penale appartenente alla categoria dei reati contro la Pubblica Amministrazione: nelle specifiche del reato vengono definite le caratteristiche degli illeciti “procedibili d'ufficio”. Nella vostra esperienza come è stata condotta la fase di segnalazione e denuncia?

Con Nicola cerchiamo di chiarire l'evento che l'ha portato a denunciare privatamente l'aggressore; il collega ci tiene a chiarire che *“anche se la denuncia del fatto è partita d'ufficio, io mi sono visto obbligato a dover procedere privatamente perché la sentenza e l'eventuale risarcimento non sarebbero stati equiparabili al danno subito”*. Spinto da questa filone, Luca asserisce che *“tutti i casi che ho segnalato per il mio ruolo di referente aziendale hanno sempre portato ad una denuncia a querela di parte, come se nonostante la chiarezza dell'art. 336 del Codice Penale, poi mancasse una corretta adesione delle aziende a darne compimento”*.

Conclude Marco evidenziando che *“la così scarsa casistica giurisprudenziale di denunce d'ufficio verso un aggressore che evolvessero in un eventuale pratica di risarcimento nei confronti del dipendente leso dimostra quanto poco sia nell'interesse del datore di lavoro dare dimostrazione che gli illeciti vanno puniti sia dal punto di vista penale che civile”*.

Cosa potrebbe fare l'Ordine relativamente alle aggressioni contro gli operatori?

Secondo Paola *“l'ordine si potrebbe impegnare a livello regionale o provinciale per tutelarci maggiormente, perché la percezione è quella di totale abbandono. Potrebbe supportarci nei casi in cui questi episodi si verificano, anche burocraticamente, per fare denuncia e quant'altro e, soprattutto potrebbe mettere in campo azioni per prevenire tali episodi”*.

Luca ci tiene a precisare che *“ad esempio nel caso dell'extraospedaliero potrebbe informarsi meglio sul problema e cercare di fare in modo che le forze dell'ordine siano ancora più di supporto durante il trasporto dei pazienti con agitazione psicomotoria, provando a mediare un accordo regionale con le forze dell'ordine locali”*.

Nicola conclude l'intervista con un assunto: *“le misure organizzative che dovrebbero essere adottate a livello aziendale, ma mi verrebbe da dire anche e soprattutto a livello regionale, devono prevedere dei punti chiave dai quali non si può prescindere, come il fatto che ci sia una maggiore sensibilizzazione da parte degli organi politici alla tematica o come il fatto di regolamentare l'afflusso dei parenti in area ospedaliera perché molte volte sono i caregiver il problema. Un altro problema è legato alla definizione del ruolo, l'utenza deve sapere che noi siamo pubblici ufficiali in quel momento e definirlo chiaramente, a grandi linee, anche sul tesserino o sulla cartellonista apposta in ospedale, può essere un forte deterrente, viste le ripercussioni legali”*.

Terminata l'intervista, la **Redazione** ha ritenuto opportuno verificare la casistica del fenomeno in Regione Umbria mediante richiesta formale, soprattutto per capire come si sta lavorando e quali strategie sono state messe in atto finora.

Oltre a questo ci siamo chiesti quali proposte potevano essere veicolate dall'**Ordine delle Professioni Infermieristiche** di Perugia prendendo spunto dall'articolo di Francesco Chirico che nel 2022 ha compiuto una revisione della letteratura scientifica internazionale sul tema della violenza da parte di pazienti e accompagnatori a danno degli operatori di pronto soccorso.

Gli autori nelle conclusioni indicano come tassello fondamentale l'impegno comune di tutti, a partire dalle direzioni strategiche aziendali, passando per la dirigenza infermieristica e medica, per il coordinamento

infermieristico, utilizzando come cabina di regia il *risk management*, il servizio di prevenzione e protezione e il servizio del medico competente: si propone in sintesi che durante le visite di controllo del personale, sia proprio il medico competente a richiedere se il soggetto valutato sia stato oggetto di aggressione al fine di capire realmente quanti operatori siano stati coinvolti in casi di violenza sul luogo di lavoro.

I dati raccolti possono così essere comparati con i report del **Rischio Clinico Aziendale** relativi ai soggetti vittima di violenza che hanno segnalato per far emergere una percentuale definita del sommerso esistente.

5.4 Proteggere chi protegge: Proposte per Prevenire la Violenza contro il Personale Sanitario

A cura della Redazione

Negli ultimi anni, è innegabile il crescente numero di episodi di violenza rivolti agli operatori sanitari, un fenomeno ampiamente documentato dalle cronache e supportato da studi specifici condotti sull'argomento. Questi atti non solo minacciano l'incolumità fisica degli operatori, ma generano anche un clima di insicurezza e causano stress e disturbi psicologici tra il personale coinvolto.

Pertanto, in qualità di **OPI Perugia**, abbiamo ritenuto urgente intervenire: prima di tutto, monitorando attentamente la situazione e, successivamente, mettendo in atto una serie di iniziative mirate a prevenire, scoraggiare e contrastare possibili atti di violenza. Alcune di tali iniziative sono già state avviate dalle aziende sanitarie locali; tuttavia, ora sollecitiamo l'emanazione di una delibera regionale che impegni tutte le strutture sanitarie ad adottare tali misure.

È importante sottolineare che questo fenomeno non è limitato agli ospedali umbri, ma è diffuso anche in altre regioni del paese. Nel 2020, il **Ministero della Salute** ha istituito un Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e la prevenzione degli episodi di violenza contro tutti gli operatori sanitari.

Questo organismo ha il compito di raccogliere dati, formulare proposte per la prevenzione, proporre nuove norme di legge e definire misure amministrative e organizzative adeguate. Tra le cause di questo aumento di violenza, si evidenzia un cambiamento culturale nell'atteggiamento nei confronti del personale sanitario: spesso essi vengono ingiustamente considerati responsabili di situazioni come attese prolungate o ritardi nei servizi, senza riconoscere l'efficace e competente lavoro della stragrande maggioranza degli operatori sanitari.

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono da considerarsi veri e propri segnali di allarme, indicando la presenza di situazioni a rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di adeguate misure di prevenzione e protezione per garantire la sicurezza dei lavoratori.

Nonostante siano state condotte diverse analisi sistematiche e narrative che evidenziano le dimensioni preoccupanti delle aggressioni contro gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri nei Pronto Soccorso, il fenomeno rimane generalmente sottovalutato a causa della riluttanza degli operatori a segnalare gli atti di violenza subiti.

La violenza da parte di terzi rappresenta un significativo rischio psicosociale, soprattutto per chi opera in queste strutture. È fondamentale affrontare con urgenza il problema della violenza contro gli operatori del Pronto Soccorso attraverso una valutazione accurata del rischio e l'implementazione di adeguate misure preventive e protettive. In questo modo si può efficacemente prevenire il fenomeno, riducendo il rischio di lesioni e gli impatti fisici e psicologici, migliorando nel contempo il benessere lavorativo degli operatori.

Ciò potrebbe, presumibilmente, contribuire a migliorare sia le prestazioni lavorative che la relazione tra operatori e pazienti.

Le misure di prevenzione e protezione per contrastare gli atti di violenza contro gli operatori sanitari di Pronto Soccorso devono essere attuate attraverso un'organizzazione sanitaria che



identifichi i fattori di rischio specifici e metta in atto strategie mirate. È fondamentale che nel documento di valutazione del rischio vengano indicati i tipi di rischio e le modalità di esposizione, i gruppi di lavoratori a rischio, le conseguenze potenziali e le misure preventive e protettive necessarie. Deve essere designato un responsabile per l'attuazione di queste misure, con tempi definiti per la realizzazione e una verifica periodica dell'efficacia delle stesse.

Le misure dovrebbero includere la creazione di un programma di prevenzione per ciascuna area sanitaria e gruppo di lavoratori a rischio simile, coinvolgendo il management aziendale e il personale direttamente interessato. Questo coinvolgimento può avvenire attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro, che dovrebbe comprendere rappresentanti della direzione sanitaria, dell'area legale e delle risorse umane, del servizio di prevenzione e protezione, oltre a operatori sanitari dei settori a rischio.

Il gruppo di lavoro ha il compito di analizzare le situazioni operative per identificare quelle con maggiore vulnerabilità, esaminare i dati sugli episodi di violenza, definire le misure di prevenzione e protezione e implementarle nel programma di prevenzione della violenza.

L'analisi del rischio inizia con lo studio delle condizioni lavorative per individuare i fattori di rischio che aumentano la probabilità di violenza. Questo coinvolge la revisione degli episodi segnalati, indagini ad hoc presso il personale e analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi a rischio. L'obiettivo è identificare i rischi e stabilire azioni preventive efficaci.

È fondamentale diffondere una specifica policy aziendale che promuova la tolleranza zero verso atti di violenza, oltre a fornire formazione e informazione agli operatori esposti sui rischi e sulle misure di prevenzione. Le misure preventive devono includere un protocollo per gestire le aggressioni, coinvolgendo il medico competente e le autorità competenti. È importante incoraggiare la segnalazione tempestiva degli episodi e coordinarsi con le forze dell'ordine per garantire la sicurezza nei servizi sanitari.

MISURE DI PREVENZIONE CONSIGLIATE:

- 1. Valutazione dei progetti di costruzione o modifiche strutturali per ridurre i rischi di violenza.**
- 2. Installazione e manutenzione di dispositivi di sicurezza come impianti di allarme e pulsanti antipanico.**

3. Utilizzo di sistemi di video sorveglianza nelle aree a rischio, prioritizzando la sicurezza rispetto alla privacy.
4. Creazione di stanze sicure per pazienti violenti o sotto l'effetto di sostanze.
5. Assicurazione di ambienti confortevoli per il pubblico per ridurre lo stress.
6. Garanzia di accesso controllato alle stanze e ai servizi sanitari.
7. Presenza di arredi adatti nelle aree di trattamento dei pazienti a rischio di crisi.
8. Adeguata illuminazione interna ed esterna delle strutture sanitarie.
9. Per i PS dove vi accedono più persone integrare il posto fisso di polizia, o vigilanza privata, all'interno della struttura

MISURE DI TIPO ORGANIZZATIVO:

1. Comunicazione chiara alle parti coinvolte sull'intollerabilità degli atti di violenza.
2. Coordinamento con le forze dell'ordine per la sicurezza.
3. Sensibilizzazione del personale alla segnalazione tempestiva di episodi di violenza.
4. Presenza di un team addestrato per gestire situazioni critiche.
5. Informazione chiara ai pazienti sui tempi di attesa e sui servizi offerti.
6. Visite e trattamenti effettuati da più di un operatore sanitario.
7. Utilizzo di cartellini di identificazione che non contengano i cognomi per il personale a rischio.
8. Monitoraggio costante degli interventi e analisi degli eventi sentinella.

MISURE DI PROTEZIONE E PROCEDURE:

1. Gestione degli episodi di violenza secondo il piano d'azione stabilito.
2. Assistenza e sostegno psicologico per il personale coinvolto.
3. Trattamento appropriato per le vittime di violenza sul luogo di lavoro.
4. Educazione ai cittadini

MISURE DI PREVENZIONE SECONDARIA:

1. Sorveglianza sanitaria per monitorare la salute mentale del personale esposto al rischio di violenza

Queste misure dovrebbero essere costantemente valutate e migliorate per garantire un ambiente di lavoro sicuro per gli operatori sanitari.

È richiesta inoltre la costituzione di un **corpo regionale** che includa gli ordini professionali sanitari, l'assessorato alla salute e le forze dell'ordine per analizzare, prevenire e studiare i casi di violenza.

Questo corpo avrà il compito di collaborare attivamente per monitorare la situazione, identificare le cause sottostanti e sviluppare strategie di prevenzione efficaci. Sarà fondamentale per garantire una risposta coordinata e multidisciplinare di fronte a questa problematica sempre più diffusa nei servizi sanitari.

6. Articoli scientifici

6.1 Il ruolo del coordinatore infermieristico nell'applicazione delle Dimissioni Protette: studio osservazionale prospettico sulla gestione integrata delle Dimissioni Protette all'interno di una Azienda Sanitaria Locale dell'Umbria.

A cura di: **Ceciarini Elisa**¹ infermiere presso Centro di Formazione Unico, Azienda USL Umbria 1; **Mercatelli Maria Pia**² coordinatore infermieristico presso Gestione Flussi Informatici Centro di Salute Alto Tevere, Azienda USL Umbria 1; **Dini Michela**³ coordinatore infermieristico presso Direzione di Presidio Alto Tevere, Azienda USL Umbria 1

INTRODUZIONE

Ottimizzare ed uniformare le competenze e le conoscenze dei coordinatori infermieristici è da sempre stato uno degli obiettivi del **Legge 43/2006, art. 6 comma 1**, che li distingue formalmente dai professionisti laureati, dagli specialisti e dai dirigenti.

La moderna disciplina contrattuale e i progressi normativi degli ultimi vent'anni hanno radicalmente modificato il ruolo e i compiti del **Coordinatore infermieristico**, determinando per questa figura una profonda connotazione evolutivistica soprattutto in termini di responsabilità manageriali, che esso riveste non solo nei confronti dei propri collaboratori ma anche su eventuali ricadute cliniche assistenziali, determinate da specifiche scelte gestionali¹.

La dicotomia tra il mondo accademico della *"formazione e ricerca"* e il mondo operativo della prassi assistenziale quotidiana crea aspettative che si deformano e destrutturano nel mondo del lavoro: se la letteratura prodotta dai colleghi ricercatori fa passi da gigante, non si assiste ad un cambiamento in positivo delle skills adottate e adottabili in ambito pratico².

L'attuale normativa relativa al ruolo del Coordinatore ha creato un profondo dislivello tra le competenze manageriali richieste, e attese, rispetto a quanto si possa ottenere all'interno della propria Unità Operativa.

In questi casi è utile chiedersi *"che ruolo riveste un Coordinatore"* in termini di identità professionale e ciò che dovrebbe essere valorizzato nel sistema di regole e adempimenti che determinano le sue competenze.

Esistono a tale fine, una serie di responsabilità manageriali che, nell'ottica di una gestione ponderata delle spese e di raggiungimento della mission aziendale, sono finalizzate alla diffusione e all'implementazione delle buone pratiche assistenziali³.

Ogni esercente delle professioni sanitarie si deve conformare non solo alle buone pratiche clinico-assistenziali ma deve essere correttamente informato e formato sulle procedure aziendali e

sui protocolli locali che recepiscono le linee guida e le raccomandazioni ministeriali: il Coordinatore Infermieristico in questo caso spicca nel tenere le redini tra quanto prodotto e quanto distribuito ai propri collaboratori⁴.

Il compito del Coordinatore, relativamente alla diffusione delle buone pratiche, è legato alla “corretta diffusione ed applicazione” ma è anche colui che ne esegue la responsabilità nel concreto, quando lo vediamo più volte citato nei documenti prodotti da un’azienda nella “matrice delle responsabilità”.

LE DIMISSIONI PROTETTE

Uno degli aspetti più critici connessi alla domanda di assistenza di elevata qualità e alla richiesta di una sempre maggiore sicurezza nella gestione dei pazienti con un alto indice di complessità è strettamente connesso al corretto coordinamento e alla integrazione esistente tra i vari servizi che animano la cosiddetta “rete delle cure”⁵.

La continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del **SSN** e viene intesa sia come continuità terapeutica che come continuità assistenziale: la sinergia e l’unione tra più servizi consente la corretta presa in carico nel delicato confine tra ospedale e territorio⁶.

Le **Dimissioni Protette** sono uno strumento unico per garantire non solo la continuità delle cure ma anche per favorire la presa in carico del paziente nell’ambito dell’assistenza integrata: tale momento viene spesso vissuto da pazienti e caregiver come un passaggio critico, in cui è d’obbligo identificare ogni possibile disagio o domanda di cura dell’utente, che deve essere riportato nella comunità di afferenza con una serie di strumenti finalizzati all’evitamento di ricoveri impropri, soprattutto a ridosso di una dimissione.

Uno degli strumenti di più facile compilazione e che fornisce nell’immediato buone indicazioni prognostiche per la validità predittiva che possiede e per l’elevata specificità degli item trattati nell’identificazione di un coefficiente di rischio, legato alla necessità di attenzionare un paziente alla pratica della Dimissione Protetta, è la **Scheda di Brass**⁷.

La **BRASS**, somministrata come parte dell’assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell’attivazione di servizi (o risorse assistenziali) che rientrano nella rete di pertinenza dell’*assistenza extra-ospedaliera* (Tabella 1).

Punteggio totale – Indice di rischio

0-1 RISCHIO BASSO	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l’organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11-19 RISCHIO MEDIO	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 ALTO RISCHIO	Soggetti ad alto rischio perchè hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Tabella 1. Cut off di rischio. Scheda di Brass.

La Brass, una volta completata, non si sostituisce alla valutazione completa della persona ma né diventa uno strumento propedeutico che individua attraverso un punteggio l'indice di rischio dei soggetti che per caratteristiche fisiche, psicologiche, patologiche e sociali deve essere sottoposto alla visita del nucleo multidisciplinare, sia ospedaliero che territoriale⁸.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio multicentrico su un campione di convenienza, rappresentato dagli infermieri nelle *Unità Operative* in cui è possibile attuare la procedura delle Dimissioni Protette, all'interno del **Presidio Ospedaliero Alto Tevere dell'Azienda USL Umbria 1**.

Nel periodo compreso novembre e dicembre 2023 è stato somministrato un questionario telematico composto da item specifici.

Il ricercatore primario, prima della consegna dello strumento, ha illustrato lo scopo dello studio e la modalità di una corretta compilazione ad ogni coordinatore infermieristico o facente funzione, oggetto dello studio.

In particolare è stato chiarito e assicurato il completo anonimato delle risposte fornite e la modalità di elaborazione aggregata dei dati.

Oltre allo studio diretto sul campione è stata effettuata un'indagine presso il Servizio "*Flussi Informatici*" dei principali dati legati alla produzione di **Schede di Brass** presso il **P.O. Alto Tevere**: in particolare, sono state analizzate le schede compilate nel 2022 comparate con il periodo dal 1° gennaio 2023 al 1° agosto 2023, attenzionandole poi all'emissione di un eventuale Dimissione Protetta.

I coordinatori infine sono stati oggetto di un'intervista mirata, dopo aver analizzato i risultati del questionario, per comparare i dati ottenuti con le risposte dei singoli.

CAMPIONAMENTO

Sono stati inclusi nello studio solo gli infermieri e i Coordinatori o referenti appartenenti alle U.O. in cui è possibile effettuare le Dimissioni Protette, in particolare: **Cardiologia, Medicina Internistica, Lungodegenza, Centro Ictus, Chirurgia Media Assistenza, Medicina Specialistica e Osservazione Breve Intensiva**.

STRUMENTI

I questionari sono stati numerati progressivamente e inseriti in una *matrice Excel*.

Le caratteristiche socio-demografiche e lavorative del campione sono state analizzate attraverso le statistiche descrittive. Per l'analisi è stata utilizzata la piattaforma telematica di **Google.Moduli**.

Per l'analisi dei flussi delle **Schede di Brass** e delle **Dimissioni Protette** sono stati utilizzati i software statistici presenti nei due gestionali aziendali denominati **Sistema Atl@nte e Sistema Galileo, Studio VEGA s.r.l.**

Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario concordato con il **Coordinatore Infermieristico per le Presidio Ospedaliero**, partendo da quanto ottenuto con l'analisi statistici dei flussi in uscita prodotti dal database delle Schede di Brass e delle Dimissioni Protette.

Per lo studio sono stati utilizzati 10 item volti ad indagare 7 dimensioni particolari: percezione dei coordinatori, percezione dei colleghi, percezione e valorizzazione delle competenze, soddisfazione e fattori positivi, indicatori negativi e formazione.

Tutti gli item, come modalità di risposta, utilizzano una *scala Likert a 4 passi* (da 1=mai a 4=spesso) con cui ogni partecipante ha la possibilità di indicare quale frequenza ognuna delle affermazioni fatta negli item risponde alla propria esperienza.

ANALISI STATISTICHE

Successivamente alla compilazione di 1905 Schede di Brass erano state attivate e completate 428 Dimissioni Protette, per 362 pazienti in particolare, poiché in alcuni casi lo stesso utente era stato sottoposto a più Brass e a più Dimissioni Protette: nello specifico, sono 8 i pazienti che, nel periodo di tempo studiato, sono stati sottoposti a due o più valutazioni, che hanno portato quasi sempre all'attivazione di una Dimissione Protetta, visto il progressivo peggioramento dello stato di salute del soggetto.

Le principali patologie che hanno determinato ricoveri ricorrenti sono legate a quadri settici connessi ad un device a permanenza (*PICC o Catetere Vescicale*), setticemie connesse ad **ICA (infezioni correlate all'assistenza)**, quadri metabolici gravi e fratture patologiche che hanno determinato sindromi da allettamento ed immobilità.

I periodi che sono stati studiati per comprendere se il trend delle compilazioni fosse relativamente in crescita sono stati due: 2022 e il primo semestre dell'anno 2023 (Tabella 2 e 3).

In un anno (periodo ricompreso dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2022) sono state compilate 592 schede di Brass, eliminando dal conteggio le schede incomplete, non inviate o chiuse prima dell'attivazione della Dimissione Protetta per aggravamento delle condizioni generali.

Nel periodo che va dal 1° gennaio 2023 al 25 agosto 2023 (chiusura del primo semestre secondo le indicazioni del sistema informatico-gestionale) sono state compilate 431 domande, con un trend nettamente in crescita mettendole a confronto le 12 mensilità del 2022 con i 7 mesi valutati del 2023.

Le 592 Schede di Brass del 2022 erano state effettuate su 515 utenti totali, mentre le 431 Schede del primo semestre 2023 erano state effettuate su 365 utenti in particolare.

SCHEDA BRASS COMPILATE ANNO 2022 OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO

UNITÀ OPERATIVA	Schede Brass complete	Dimissioni protette attivate
UROLOGIA	3	2
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)	9	4
CARDIOLOGIA	12	2
NEFROLOGIA	14	10
NEUROLOGIA	26	12
CHIRURGIA	38	14
ONCOLOGIA	39	28
CENTRO ICTUS	42	26
ORTOPEDIA	161	85

MEDICINA	161	85
TOTALE RISULTATO	592	356

Tabella 2. Brass attivate nell'anno 2022. Ospedale Città di Castello.

SCHEDE BRASS COMPILATE ANNO 2023 (PRIMOTRIMESTRE) OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO		
U.O. EROGANTE	Schede Brass complete	Dimissioni protette attivate
NEFROLOGIA	3	2
UROLOGIA	9	4
CARDIOLOGIA	12	2
NEUROLOGIA	14	10
ONCOLOGIA	26	12
CHIRURGIA	38	14
CENTRO ICTUS	39	28
ORTOPEDIA	42	26
MEDICINA	161	85
TOTALE RISULTATO	431	297

Tabella 3. Brass attivate primo semestre 2023. Ospedale Città di Castello.

CAMPIONAMENTO

Hanno partecipato allo studio 6 Coordinatori Infermieristici e 15 infermieri afferenti alle **Unità Operative di Cardiologia, Medicina Elevata Assistenza (3), Chirurgia, Lungodegenza, Stroke Unit.**

Il campione che ha accettato di partecipare alla survey era composto dal 66,7% da donne e per il 33,3% da uomini; l'età del campione è piuttosto variegata: solo il 10% del campione ha un'età inferiore ai 30 anni, il 50% dei rispondenti ha un'età compresa tra i 30 e i 40 anni, mentre il 40 % è compreso negli over 40 (di questi due soggetti su tre toccano la soglia dei 60 anni).

L'esperienza lavorativa è molto elevata: solo il 15% dei rispondenti ha un'esperienza inferiore ai 5 anni, il 60% supera i 10 anni e il 25% più di 25 anni di attività.

Per l'88,9% del campione il titolo abilitante alla professione è stato la Laura Triennale in Infermieristica; mentre come formazione post base il 33% dei soggetti ha maturato un **Master di 1°**

livello in Management per le funzioni di Coordinamento, il 44% **Master di 1° livello specialistici** (es. Forense, Infermiere di Famiglia), l'11% la **Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche** e il restante 22% nessun titolo secondario all'abilitazione.

DISCUSSIONE

Analizzando i dati è possibile arrivare ad alcune importanti considerazioni:

a. il ricorso allo strumento delle Dimissioni Protette è un trend in crescita per l'anno 2023, così come l'attivazione delle Dimissioni Protette (56,7% in più in riferimento alle Brass);

b. le U.O. che utilizzano di più lo strumento e che attivano maggiormente la Procedura sono Ortopedia e Medicina media assistenza; tale dato è direttamente proporzionale alle condizioni cliniche del paziente "medio" assistito, fortemente influenzate dall'evento traumatico e dalle condizioni di fragilità preesistenti (età, poli-patologia, mancata compliance alla terapia, mancanza di un caregiver primario);

c. nelle U.O. chirurgiche (esclusa l'ortopedia), le Brass anche se prevedono l'attivazione della Dimissione Protetta poi evolvono molte volte in Dimissioni Programmate; dato legato alla ripresa del paziente che solo in pochi casi non rientra nello status di autonomia pre-intervento. I soggetti che hanno partecipato allo studio appartenevano per il 66,6% ad U.O. a carattere internistico (es. Medicina Elevata Assistenza), per il 22,2% alla Lungodegenza e per l'11,2% alla Cardiologia.

L'indagine specifica si è concentrata su alcune affermazioni distinte, a cui il campione doveva rispondere se a tale dichiarazione era "pienamente d'accordo", "d'accordo", "in disaccordo" o "pienamente in disaccordo".

Alla domanda "Hai ottenuto informazioni specifiche sulla Procedura delle Dimissioni Protette (PGA 45 del 2019 e relative integrazioni)" il 55,6% dei rispondenti ha dichiarato di essere "d'accordo", il 33% di essere "pienamente d'accordo" e solo l'11,1% "in disaccordo".

Alla domanda "Hai ricevuto una formazione specifica e/o complementare sulle Dimissioni Protette e sulla loro realizzazione" il 55,6% dei rispondenti ha dichiarato di essere "d'accordo", il 33% di essere "pienamente d'accordo" e solo l'11,1% "in disaccordo".

Alla domanda "Hai ricevuto informazioni sufficienti da parte del Coordinatore Infermieristico o FF sulla Procedura delle Dimissioni Protette" il 55,6% dei rispondenti ha dichiarato di essere "d'accordo", il 33% di essere "pienamente d'accordo" e solo l'11,1% "in disaccordo".

Alla domanda "Il Coordinatore Infermieristico o FF riveste un ruolo fondamentale nell'applicazione e nella corretta interpretazione delle Procedure Aziendali" il 66,7% ha dichiarato di essere "pienamente d'accordo" e il 33,3% di essere "d'accordo".

Alla domanda "Il Coordinatore Infermieristico o FF dedica tempo e dimostra impegno nell'attenzione ai propri collaboratori le Procedure Aziendali" il 55,6% dei rispondenti dichiara di essere "pienamente d'accordo", il 33,3% "d'accordo" e l'11,1% "in disaccordo".

Alla domanda "Il Coordinatore Infermieristico o FF riveste un ruolo fondamentale nella compilazione della Scheda di Brass e nell'applicazione della Procedura sulle Dimissioni Protette" l'88,8% dichiara di essere "pienamente d'accordo" o "d'accordo".

Alla domanda "Il Coordinatore Infermieristico o FF dedica tempo ed interesse alle problematiche legate alle Dimissioni Protette" i rispondenti hanno dichiarato di essere "pienamente d'accordo" nel 55,6% dei casi o "d'accordo" nel 44,4% con un dato percentuale fortemente positivo.

Alla domanda *“L' applicazione delle Dimissioni Protette garantisce la continuità terapeutica ed assistenziale tra ospedale e territorio”* l'88,8% dichiara di essere *“pienamente d'accordo”* o *“d'accordo”*.

Alla domanda *“La procedura sulle Dimissioni Protette è chiara e applicabile nel concreto”* solo il 22,2% ha dichiarato di essere *“pienamente d'accordo”*, il 55,6% di essere *“d'accordo”* e il 22,2% *“in disaccordo”*.

Infine, alla domanda *“Hai difficoltà nell'individuare i pazienti a cui effettuare la valutazione dei bisogni assistenziali con Scheda di Brass”* il campione ha risposto molto diversamente: il 33,3% ha dichiarato di essere *“pienamente in disaccordo”*, il 33,3% *“d'accordo”*, il 22,2% di essere *“in disaccordo”* con tale affermazione e l'11,1% *“pienamente d'accordo”*, delineando una possibile problematica di natura formativa-conoscitiva relativamente al contenuto della Procedura Aziendale.

La survey infine è stata compilata da 15 infermieri su 87 totali con un tasso di risposta del 17, 2%. Passando all'intervista mirata ai Coordinatori infermieristici o referenti sono state riproposte le stesse domande fatte agli infermieri ma in modalità aperta, in modo tale da conferire al soggetto rispondente maggiore libertà di espressione e collegando la domanda ad una possibile soluzione di miglioramento, se la risposta evidenziata fosse stata connotata da una riflessione negativa.

Riassumendo le interviste, per facilitare una lettura veloce dei risultati ottenuti, sono stati individuati alcuni punti in comune nelle risposte date dai coordinatori che vado ad elencare di seguito:

- per procedere alla **diffusione delle procedure aziendali**, il tempo a disposizione del coordinatore è minimo se non insufficiente per una buona comprensione e lettura, per cui ognuno ha adottato soluzioni alternative alla *“riunione di reparto”* come chat telematiche di gruppo, cartelle condivise sui PC in uso alla U.O., uso della mail-list del reparto (per condividere le stesse anche con il personale medico) e la creazione di un archivio aperto al personale, sito in un punto specifico dell'unità di afferenza;
- la **formazione addizionale**, specifica in questo caso alla simulazione della compilazione della Scheda di Brass e della valutazione con sistema **interRAI Contact Assessment** si è rivelata fondamentale per tutti i colleghi delle unità, ma non solo; chi è stato seguito maggiormente dai formatori padroneggia maggiormente la procedura e ha una migliore capacità di screening dei soggetti a rischio e quindi attenzionabili alla Brass;
- il **turnover esasperante** legato ai profondi cambiamenti organizzativi-gestionali del post-pandemia rende la diffusione delle procedure aziendali più difficile, determinando dei *“buchi formativi”* che difficilmente si colmano con l'auto-formazione e la volontà del singolo dipendente;
- il **coordinatore riveste sicuramente un ruolo determinante** nella corretta applicazione delle procedure aziendali, ma in molte occasioni dovrebbero essere predisposti dei momenti di crescita comune, condivisi con le Direzioni Infermieristiche, in cui sottolineare quali procedure non siano applicabili agevolmente, e quindi da rivedere, e quali debbano essere riguardate in toto, vista la letteratura che si aggiorna anche mensilmente, in riferimento al tema salute.

CONCLUSIONI

L'istituzione delle dimissioni protette nasce proprio al fine di assicurare al paziente un percorso di cure anche al di fuori dell'ospedale, attraverso un lavoro integrato tra azienda ospedaliera, servizi della USL e distretti sociosanitari, allo scopo di garantire una continuità nel processo di cura e assistenza.

I **pazienti “fragili”**, ossia coloro che sono affetti da patologie croniche e degenerative, hanno bisogno di essere assistiti anche dopo il termine della degenza ospedaliera: dall'assistenza medica

e infermieristica alla riabilitazione, sono tante le esigenze di un malato inguaribile che devono essere organizzate in un progetto di cure integrate e continuative.

La definizione del setting assistenziale più adeguato emerge a seguito di una valutazione clinico-assistenziale del malato da parte nucleo di valutazione multi-disciplinare del territorio in accordo con i responsabili dell'unità operativa dell'ospedale. **L'approccio multidisciplinare e multidimensionale** è fondamentale per garantire il corretto livello di continuità assistenziale nei vari setting di intervento, che si intende non solo come continuità di cure, ma anche come continuità di metodologie e di gestione da parte di figure professionali differenti.

Per dare seguito a questa rete è utile identificare quattro fasi che si diradano indissolubilmente nel processo delle dimissioni protette:

- **condivisione delle informazioni;**
- **valutazione delle condizioni del paziente;**
- **analisi del contesto sociale;**
- **definizione del setting assistenziale.**

La definizione di tutti e quattro i punti parte in maniera imprescindibile dalla compilazione della Scheda di Brass e dai criteri di inclusione che identificano velocemente e, senza lasciare spazio all'interpretazione soggettiva, i pazienti più fragili, meritevoli di un inquadramento più puntuale e dell'attivazione della Dimissione Protetta.

Dalla lettura del report statistico finale e dall'interpretazione di quanto emerso attraverso le interviste mirate si evince che:

1. solo 4 infermieri su 6 ricoprono contrattualmente il **ruolo di Coordinatore Infermieristico**;
2. i referenti delle U.O. hanno maturato come formazione post base un **Master di 1° livello** (5 su 6 in Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie, 1 su 6 in Infermieristica Forense);
3. l'età degli intervistati è concentrata nel insieme temporale che va **dai 45 ai 60 anni**, hanno molti anni di esperienza lavorativa (il 75% del campione sopra i 30 anni) e non tutti ricoprono il ruolo di coordinatore a tempo pieno (2 su 6 effettuano turni lavorativi di copertura della U.O).

Dopo una lettura iniziale delle risposte, ci si è soffermati su alcune domande che evidenziavano:

- **il ruolo che il coordinatore infermieristico o referente di un U.O. relativamente all'applicazione delle Procedure Aziendali;**
- **le competenze richieste relativamente all'organizzazione del lavoro, ottenute con il ruolo.**

Sono emerse considerazioni molto diverse e per certi aspetti divergenti, che hanno dimostrato come il ruolo del coordinatore cambia radicalmente se è designato contrattualmente o se al contrario è relativo alla copertura di un "*posto vacante*".

I referenti, in particolare, organizzando il lavoro e la turnazione solo alcuni giorni della settimana, attribuiscono alla mancanza di tempo la causa di un'improduttiva gestione del personale; molte volte subiscono la mancanza di un ruolo "*istituzionale*" di fronte a decisioni più imperative per la copertura del turno e infine, nonostante la profonda volontà nel condividere le procedure aziendali ai colleghi, riferiscono mancata aderenza, scarsa conoscenza e poca serietà dei colleghi rispetto a certi percorsi assistenziali, nello specifico, colleghi nuovi, soggetti a turn-over considerevole o neoassunti.

La situazione cambia radicalmente nel caso dei Coordinatori "*di fatto*" che riferiscono come ad un'estrema dedizione relativa al recepimento e divulgazione delle Procedure si sviluppi una cultura

operativa infermieristica puntuale, fatta di momenti di condivisione e unione tra colleghi nei momenti di dubbio.

Se la divulgazione delle procedure così come le indicazioni date e realizzate dai colleghi non risultano un problema, sono altre le tematiche affiorate dal colloquio che sottolineano le criticità del coordinatore moderno:

- **scarso confronto con le Direzioni Mediche** relativamente a decisioni strategiche del reparto;
- **poco tempo per potersi confrontare con le équipe che operano all'interno della U.O.** e quindi ritrovarsi sommersi da richieste e reclami molte volte connessi a mancate comunicazioni con gli altri professionisti sanitari;
- **limitate capacità di gestione del personale**, che sempre in carenza cronica, impediscono di fatto l'adozione o la sperimentazione di modelli organizzati più moderni e non necessariamente prestazionali.

In conclusione, si possono identificare tre attuali criticità che possono essere riconducibili a quanto affermato dal campione intervistato:

- **manca del tutto il riconoscimento della flessibilità del personale**, in termini di ruolo e competenze, che potrebbe spostarsi e gestire le carenze seguendo logiche di organizzazione dipartimentale, ma non lo fa;
- **permane un'inadeguatezza dei presidi assistenziali nella rete ospedaliera e territoriale** in quella che è la presa in carico e la continuità terapeutica che ci si aspetta dalle nuove esigenze di salute;
- sopravvivono tutt'ora **modelli organizzativi che non rispondono all'evoluzione del SSN** e che non replicano positivamente alla richiesta di appropriatezza terapeutica-assistenziale del territorio.

Le azioni intraprese per ampliare formalmente le competenze sono a discrezione del singolo e quasi mai non c'è riscontro tangibile o economico che ne vada a risaltare l'ottenimento delle stesse; il ricorso a percorsi di formazione addizionali all'abilitazione rischiano di diventare un ostacolo per la creazione del turno lavorativo da parte del coordinatore, che si vede costretto a scegliere se concedere le ferie o i permessi studio richiesti nello stesso periodo; la valorizzazione della professione passa in secondo piano soprattutto quando le strutture non definiscono interventi specifici su reclutamento, selezione e percorsi carriera del personale.

Le attività di definizione delle skill-mix o di staffing effettivamente riscontrato in una U.O. relativamente alle indicazioni ministeriali vengono poste in secondo piano: la priorità sono gli obiettivi della Direzione Sanitaria ma senza un concreto sostegno degli stessi attori che poi quei obiettivi li dovrebbero raggiungere.

Gli obiettivi cocenti su cui ogni Direzione Infermieristica dovrebbe lavorare sono già stati chiaramente indicati da tempo dal **SIDMI** nel 2018 e rappresentano criticità comuni ad ogni struttura oggetto dello studio e ci conducono a:

- un aumento della sicurezza delle cure dei pazienti** (analizzando gli esiti negativi rilevanti), destinata non alla sola creazione di report statistici ma all'implementazione di attività pro-attive e preventive capillari;
- un incremento della sicurezza dei professionisti infermieri** e ai coordinatori infermieristici valutando il benessere organizzativo presente e permettendo a quest'ultimi di valutare l'operato delle direzioni strategiche;
- una riduzione del fenomeno delle nurse missed care** che reca danni incolmabili alla realizzazione di sé che ogni professionista cerca di sostenere.

Lo studio ha condotto i ricercatori verso tre risultati tristemente noti da numerosi studi nazionali e non solo⁹:

- essere **Coordinatori Infermieristici** o facenti funzioni oggi è un impegno costante, laborioso, formativo e estremamente tecnico, che se svolto con metodo può fare la differenza;
- le **direzioni infermieristiche** e i **coordinatori di presidio** hanno un ruolo determinante nella spinta all'autonomia professionale e nelle scelte strategiche che potrebbero migliorare sensibilmente la percezione che una comunità ha del proprio ospedale o del proprio territorio;
- per svolgere questi compiti la formazione non basta, serve **tantissima esperienza sul campo** fatta anche di aggiornamento costante e puntuale nel tempo, poiché più un manager è aperto, più la sua figura influenza positivamente la crescita degli altri.

Bibliografia

1. De Simone S., Planta A., Bianco P. *The role of agentic capacities in turnover intentions among nurses. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia.* 2018 (dec); 40(4): 208-2016.
2. Lu K-Y, Lin P-L., Wu C-M. *The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. Journal of Professional Nursing.* 2020 (Jul); 18 (4): 2014-9.
3. Rizzi F. *Analisi top-down w bottom up: metodologia ed esempi. Comunità finanziaria Rankia.* 2023.
4. Legge 08/03/2017 n. 24. *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.*
5. DPCM 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria”.*
6. DM 77/2022. *“Riforma funzioni e standard dei Distretti Sanitari afferenti al SSN”.*
7. Blaylock Risk Assessment Screening. Mistiaen et al. 1999.
8. InterRAI Contact Assessment. 2020.
9. Dell'Angelo L. *Nursing coordination in the management of the Covid-19 pandemic between organizational criticalities and professional and personal relationships.* 2021.

6.2 Alimentazione e attività fisica come strumento di prevenzione dell'obesità pediatrica: la situazione in Umbria

A cura di **Bartolini Chiara**, infermiera neolaureata presso l'Università degli studi di Perugia e **Faina Fabrizio**, infermiere coordinatore didattico CdL in Infermieristica, Università degli studi di Perugia.

INTRODUZIONE

Nonostante nel panorama storico- sociale dei paesi in via di sviluppo ci siano numerosi dati scientifici che evidenziano problematiche legate alla malnutrizione, **l'obesità rappresenta ancora uno dei principali problemi di salute anche nei paesi più industrializzati**. L'obesità è definita come una condizione di eccessivo peso corporeo legata all'accumulo di tessuto adiposo, tale da influire negativamente sullo stato di salute (1).

L'obesità è anche ormai universalmente riconosciuta come fattore di rischio per le principali malattie croniche cardiovascolari respiratorie, portando talvolta le persone anche a morte prematura. Questo problema di salute purtroppo è molto diffuso anche tra bambini e adolescenti portando implicazioni sulla salute a breve e a lungo termine (2). Pertanto l'obesità rappresenta per l'Europa una sfida sanitaria pubblica senza precedenti finora sottostimata.

Viene stimato che il 60% dei bambini che sono sovrappeso prima della pubertà lo saranno anche nella fase iniziale dell'età adulta comportando un carico ai servizi sanitari notevole, un aumento degli accessi in ospedale e numerose prestazioni di cura (3).

ANALISI DELLA LETTERATURA

Nel 2007 in Italia viene istituito uno strumento di sorveglianza ministeriale denominato "Okkio alla Salute" finanziato dal **Ministero della salute** che permette di analizzare le tendenze alimentari e di attività fisica, in base al sesso e all'area di residenza dei bambini della scuola primaria, suddividendo i dati per ogni singola regione.

Dai dati generali emerge come una percentuale del 20,4% dei bambini risulti essere in sovrappeso e un 9,4% in condizioni di obesità, con una leggera maggioranza nel sesso maschile (4). Allo stesso modo anche il contesto umbro si caratterizza per una percentuale del **30,4% dei bambini** con un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (5).

Dall'ultima indagine, risalente al 2019, è emerso come solamente il 62% dei bambini effettui una colazione adeguata, considerata il pasto principale della giornata tale da fornire un adeguato apporto di carboidrati e nutrienti (6). In aggiunta a ciò l'indagine dimostra come il consumo di frutta e verdura è poco frequente in quanto solo il 21% dei bambini ne fa un consumo solo 2- 3 volte al giorno, nonostante sia uno alimento salutare sia in età pediatrica che adulta (7).

Allo stesso modo anche il ricorso all'attività fisica risulta essere quasi assente (8). Infatti è stato dimostrato come nella nostra regione i bambini tendano a trascorrere molto tempo davanti agli schermi eccedendo nell'uso di videogiochi, tv.

Complice del fenomeno è ormai la diffusa disposizione di una propria televisione in camera facendo sì che il bambino superi il tempo raccomandato, ovvero massimo due ore giornaliere (9) (10). Allo stesso modo questa crescente disponibilità di schermi porta il bambino ad assumere cibi fuori pasto contribuendo al sovrappeso o all'obesità (11).

Dunque anche su questo fronte i dati raccolti stimano che 1 bambino su 5 è fisicamente inattivo sottolineando ancora una tendenza negativa. I dati sono stati reperiti somministrando i questionari nelle scuole, per tanto questo luogo può rappresentare il luogo d'elezione per espletare un rapporto di comunicazione reciproca con la rete familiare che sia di formazione e di aiuto (12) (13).

MATERIALI E METODI

Questa indagine conoscitiva ricalca le orme dello studio ministeriale *Okkio alla Salute* ed utilizza lo stesso questionario con l'obiettivo primario di indagare le abitudini alimentari e il ricorso all'attività fisica all'interno del macro gruppo dei bambini appartenenti alla fascia d'età 10/11 anni, frequentanti la quinta elementare.

Attraverso il riscontro della frequenza di abitudini alimentari e motorie inadeguate scorge il secondo obiettivo dello studio ovvero permettere una valutazione dello spazio di intervento dell'infermiere in ambito scolastico per educare e informare i bambini circa l'importanza di un adeguato regime alimentare e di una vita fisicamente attiva.

La ricerca ha preso in considerazione due aree geografiche umbre: Marsciano (PG) presso la scuola "IV Novembre" e, San mariano (PG) con la scuola "Aldo Capitini" utilizzando il questionario già somministrato dal sistema di sorveglianza Okkio alla salute nell'indagine del 2016 realizzato a cura dell'Istituto superiore di Sanità con la collaborazione del Ministero della Pubblica Istruzione, **INRAN** (Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione) e **CCM** (Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche).

In totale hanno risposto al questionario 82 bambini, rispettivamente 40 della scuola di San Mariano e 42 dell'istituto di Marsciano. I dati raccolti sono stati trattati nel totale anonimato e tutte le informazioni relative alla sua partecipazione sono state trattate con la massima riservatezza in conformità alle norme relative alla Tutela e al Trattamento dei dati personali e sensibili (Legge 675/1996 e successivo D.Lgs. 196/2003).

MATERIALI E METODI

Il campionamento ha visto il coinvolgimento totale di 23 bambini di sesso maschile e 19 di sesso femminile presso l'istituto di Marsciano mentre, 19 studenti maschi e 21 femmine presso la scuola di San mariano. Dunque in totale sono stati campionati 42 studenti maschi e 40 femmine e, inoltre al momento della rilevazione il 28,7% risulta aver già compiuto 11 anni.

Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che nell'89% dei casi i bambini effettuano la colazione, ritenuta il pasto più importante della giornata, mentre il restante 11% non la pratica. Nel 36% dei casi si evidenzia il consumo di latte unitamente ai cereali, nel

18% dei casi, o di biscotti nel 22%. Inoltre, vista e considerata la crescente disponibilità di televisori, è stato richiesto l'eventuale uso di quest'ultimo e il tempo trascorso di fronte alla televisione che spesso rappresenta un elemento di stimolo per l'assunzione di cibi inadeguati o fuori pasto (14).

Dall'analisi dei dati risulta che il 68% dei bambini non ha guardato la televisione nell'arco della mattinata mentre il 32% sì. Successivamente è stato richiesto il mezzo con il quale i bambini si sono recati a scuola ed è stato riscontrato come un 74% dei bambini, quindi 61 su 82 totali, sia stato accompagnato a scuola in automobile. In seguito si è passati ad indagare il secondo pasto della giornata: la merenda. Dai dati analizzati si evidenzia che il 95% l'ha effettuata, mentre il restante 5% no.

Alla luce di ciò lo strumento d'indagine ha permesso di analizzare anche l'adeguatezza di quest'ultima. Infatti si riscontra come una percentuale del 41 % abbiano mangiato un toast o un panino mentre solamente una piccola percentuale si avvale di alimenti più adeguati come frutta o yogurt. Concluso il primo settore di indagine in proseguo il questionario pone quesiti che



permettono di esaminare le attività svolte il pomeriggio antecedente l'indagine. Dai dati si evince come l'uso dei videogiochi risulta essere molto diffuso così come il ricorso alla televisione. Infatti il 63% dei bambini riferisce di aver fatto uso dei videogiochi mentre il 61% di loro di aver guardato la televisione.

Inoltre i stessi dati hanno evidenziato come il 67% di loro ha effettuato giochi all'aperto ma solamente il 12% riferisce di averle intraprese all'interno del setting scolastico. Tuttavia risulta carente il ricorso ad attività sportive poiché solo il 39% afferma di aver effettuato sport e il 61% dei bambini riferisce di non aver mai effettuato un'attività sportiva. Infine vi è l'ultima area indagata dal questionario: le abitudini riguardanti l'ultimo pasto della giornata ovvero la cena.

In prima battuta è stato chiesto l'eventuale uso di videogiochi durante il pasto e si è riscontrato come la maggior parte dei bambini, il 60%, riferisce di non averne fatto ricorso. Al contrario, però, il 68% dei campionati riferisce di aver guardato la televisione. Infine è stato chiesto se, successivamente alla cena, si è presentata la possibilità di effettuare un ulteriore pasto. Dalle risposte fornite si evidenzia come il 37% ha effettuato un pasto aggiuntivo dopo la cena ed inoltre è stato riscontrato come questa percentuale di bambini siano gli stessi che hanno fatto ricorso alla televisione durante la cena.

DISCUSSIONE

Questa indagine conoscitiva ha permesso di esplorare le principali abitudini alimentari e di ricorso all'attività fisica e motoria all'interno di un ristretto campione di bambini umbri. Alla luce dei dati elaborati il trend di questo campione umbro esaminato dall'indagine conoscitiva risulta confermare il medesimo trend dell'indagine *Okkio alla salute* condotta nel 2019.

Infatti l'89% dei bambini appartenenti a questo ristretto studio osservazionale si caratterizzano per il consumo della colazione, a fronte del 92% dell'indagine del 2019. Non a caso la colazione rappresenta il pasto principale della giornata e, per questo ne è fondamentale anche la sua qualità (15).

Infatti dai dati analizzati si evidenzia come la maggioranza dei bambini si caratterizzano per una colazione adeguata che, secondo le ultime evidenze scientifiche per essere tale deve essere composta da: latte, cereali e/o biscotti che permettono di soddisfare il fabbisogno di carboidrati e proteine. Inoltre la colazione rappresenta il primo pasto dopo il digiuno notturno e, si evidenzia

come i bambini che ricorrono a quest'ultima siano maggiormente predisposti a impegnarsi in attività fisiche volontarie (16). Sullo stesso livello possiamo valutare la merenda di metà mattina che viene raccomandata con un apporto di circa 100 calorie che, corrisponde ad uno yogurt o ad un succo di frutta (17).

Alla luce di questo razionale lo snack di metà mattina, consumato dal campione analizzato, risulta pressoché inadeguato in quanto nel 41% si caratterizza da un consumo di un toast o panino farcito. D'altronde gli stessi risultati di *Okkio* nel 2019 in Umbria evidenziano una percentuale del 61% che ricorre ad una merenda inadatta.

Successivamente lo strumento di indagine ha permesso anche di valutare il ricorso all'attività fisica o sportiva partendo dal minimo movimento, come il recarsi dalla propria abitazione al plesso scolastico attraverso mezzi che richiedano un dispendio energetico. Anche qui, ancora una volta, si conferma il trend regionale del 2019 in quanto solamente il 16% riferisce di recarsi a piedi mentre i restanti dichiarano di ricorrere all'utilizzo di mezzi privati o pubblici.

Contrariamente a ciò il 55% degli studenti riferisce di aver effettuato attività all'aperto nel dopo scuola mentre solo una piccola percentuale del 12% afferma di averla svolta durante l'orario scolastico. Questi dati ci dimostrano come l'implementazione dell'attività motoria può rappresentare uno spazio futuro d'intervento dell'infermiere scolastico.

Nondimeno i problemi di alterazione dello stato nutrizionale e, tutti gli interventi di prevenzione che ne conseguono, richiederanno anche la presenza di un'equipe multidisciplinare tale da inquadrare il problema come una responsabilità condivisa tra organizzazioni e professionisti. Infatti i risultati indicano come l'obesità pediatrica assuma il ruolo di una vera e propria sfida educativa con l'elaborazione di strumenti e protocolli basati sull'evidenza scientifica (18).

Ovviamente questa attività dovrà richiedere la collaborazione dei genitori che verranno considerati i principali destinatari della comunicazione da parte dell'infermiere, permettendo di stabilire un'alleanza basata sulla fiducia e il sostegno reciproco.

CONCLUSIONE

Alla luce dei dati finora riportati è evidente come **l'obesità soprattutto nelle fasce giovanili sia diventata un rilevante problema di sanità pubblica** tale da richiedere l'implementazione di strumenti di sorveglianza e interventi di prevenzione, sia nel contesto nazionale che internazionale. L'insorgenza di alterazioni dello stato nutrizionale, già in giovane età, incarnano un importante fattore di rischio per l'insorgenza di patologie croniche comportando danni sia al singolo che alla spesa pubblica.

Dai dati ricavati da questa indagine si conferma ancora una volta il trend regionale dell'indagine 2019 che si caratterizza da stili di vita alimentari e di attività fisica inadeguati e al ricorso al cibo al di fuori dei pasti. Per quanto riguarda i dati relativi l'attività fisica, invece, si evidenzia come la maggior parte dei bambini esegue giochi all'aperto ma solamente una piccola percentuale ricorre allo sport; inoltre queste attività non vengono promosse ed attuate all'interno del contesto scolastico.

Alla luce di ciò si configurano numerosi contesti di intervento per un eventuale infermiere scolastico i quali son legati da un principio comune: la **health literacy**. Infatti, a partire da una merenda adeguata fino ad una maggior ricorso all'attività fisica, il ruolo dell'infermiere è quello di aumentare il livello di alfabetizzazione sanitaria istruendo e informando i singoli circa i vantaggi di adeguate routine alimentari e motorie.

In aggiunta a ciò, dall'analisi dei dati, è possibile ricavare anche un ulteriore compito dell'infermiere scolastico: l'implementazione di nuove collaborazioni con enti e associazioni locali tale da rendere possibile un più ampio accesso alle attività sportive anche al di fuori dell'orario scolastico.

Segue la possibilità per l'**IFEC (infermiere di famiglia e di comunità)** di poter implementare strategie tali da rendere reale e usufruibili le life skills ovvero quelle capacità sociali, cognitive e personali che permettono di promuovere l'educazione alla salute (19). Indubbiamente il contesto privilegiato per il loro insegnamento è quello scolastico, ove si formano i bambini a pensare criticamente e permettere loro di stabilire obiettivi.

Nondimeno queste capacità non riguardano solo l'adozione di comportamenti salutari ma spaziano dal senso critico, al problem solving e al decision making, abilità da acquisire fin dalla giovane età che permettono di costruire il decorso di vita del singolo sulla base di un benessere sia fisico che mentale.

Bibliografia

- 1 Saiani L. & Brugnolli A. *Trattato di cure infermieristiche III edizione, volume primo e secondo*. Sorbona; 2019
- 2 Lauria, L., Spinelli, A., Buoncristiano, M. et al. *Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system*. *BMC Public Health* 19, 618; 2019.
- 3 Ministero della salute. *La sfida dell'obesità nella regione europea dell'OMS e le strategie di risposta; aprile 2008*.
- 4 Istituto superiore di sanità (2019). "Obesità e stili di vita dei bambini: okkio alla salute" ISSN 1123-3117; 2019.
- 5 Okkio alla SALUTE- risultati dell'indagine 2019, regione Umbria; 2019.
- 6 Blondin, S. A., Anzman-Frasca, S., Djang, H. C., and Economos, C. D. (2016) *Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature*. *Pediatric Obesity*; 2016
- 7 Ernesti, I., Donini, LM. *Dieta mediterranea per la salute del bambino e dell'adolescente*. *L'Endocrinologo* 19,288–291; 2018.
- 8 Arora, M., Nazar, G.P., Gupta, V.K. et al (2012). *Association of breakfast intake with obesity, dietary and physical activity behavior among urban school-aged adolescents in Delhi, India: results of a cross-sectional study*. *BMC Public Health*; 2012.
- 9 Hare-Bruun, H., Nielsen, B.M., Kristensen, P.L. et al. *Television viewing, food preferences, and food habits among children: A prospective epidemiological study*. *BMC Public*; 2011
- 10 Vik, F.N., Bjørnarå, H.B., Øverby, N.C. et al (2013). *Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European countries: the ENERGY cross-sectional study*. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10; 2013
- 11 Temple J, Giacomelli AM, Kristine M. K, Roemmich J.N, Epstein L..H (2007) *Television watching increases motivated responding for food and energy intake in children*, *The American Journal of Clinical Nutrition*; 2007.
- 12 Baggiani C., Cristofano M. & Santini F. *La correzione dell'obesità attraverso la prevenzione*. Pisa university press; 2014.
- 13 Hoekstra, B.A., Young, V.L., Eley, C.V. et al (2016) *School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study*. *BMC Nurs* 15; 2016.
- 14 Vik, F.N., Bjørnarå, H.B., Øverby, N.C. et al (2013). *Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European countries: the ENERGY cross-sectional study*. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10;2013.
- 15 Innocenti A. *Principi di nutrizione umana*. Società editrice esculapio;2013.
- 16 Blondin, S. A., Anzman-Frasca, S., Djang, H. C., and Economos, C. D. (2016) *Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature*. *Pediatric Obesity*, 11: 333– 348;2016.
- 17 CREA. *Linee guida per una sana alimentazione*; 2018.
- 18 Skantze, C., Almqvist-Tangen, G. & Karlsson, S (2023). *School nurses' experience of communicating growth data and weight development to parents of children 8 and 10 years of age*. *BMC Public Health* 23; 2023.
- 19 FNOPI. *Position statement l'infermiere di famiglia e comunità; luglio 2020*.

PROFESSIONE INFERMIERE

Umbria

N.1/2024 – Marzo 2024

Autorizzazione:
Registrato presso il Tribunale di Perugia
n 45 del 24/11/1997

Direttore Responsabile
Mipatrini Andrea

Comitato di Redazione
Elisa Ceciarini, Andrea Mipatrini, Volpi Nicola, Pastorelli Marta, Gaggiotti Mirko

Segreteria di Redazione
Elisa Ceciarini, Andrea Mipatrini

Editore
OPI Perugia
Via Manzoni, 82 Ponte San Giovanni – Perugia
Tel. e fax 075-59 97 832
E-mail: info@opiperugia.it
Pec: perugia@cert.ordine-opi.it

NOTE REDAZIONALI

Le norme editoriali sono pubblicate sul sito www.opiperugia.it nella sezione "rivista". Si invitano gli autori a rispettarle nella stesura dei contenuti e degli articoli da sottoporre alla prevista valutazione del comitato di redazione. I lavori vanno inviati a: professioneinfermiereumbria@opiperugia.it